

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais - Doutorado em Ciências
Sociais

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

DECESSO FETAL EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
SOCIAL EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE



Belo Horizonte
2021

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

**DECESSO FETAL EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
SOCIAL EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto-Sensu* em Ciências Sociais, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Área de Concentração: Políticas Públicas e Cidades.

Orientadora: Alessandra Chacham

Belo Horizonte

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

D585d	<p>Diniz, Solange Clessêncio Ferreira</p> <p>Decesso fetal em mulheres em situação de vulnerabilidade social em uma maternidade referência do sistema público de saúde no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte / Solange Clessêncio Ferreira Diniz. Belo Horizonte, 2021. 233 f. : il.</p> <p>Orientadora: Alessandra Chacham Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais</p> <p>1. Morte fetal. 2. Mulheres - Aspectos socioeconômicos. 3. Família - Aspectos socioeconômicos. 4. Vulnerabilidade Social. 5. Desigualdade social. 6. Grávidas - Condições sociais. 7. Cuidado pré-natal. 8. Serviços de saúde à maternidade. 9. Qualidade da assistência à saúde. 10. Maternidade - Belo Horizonte (MG). Sistema Único de Saúde. I. Chacham, Alessandra. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.</p>
CDU: 396	

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

**DECESSO FETAL EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
SOCIAL EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto-Sensu* em Ciências Sociais, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Área de Concentração: Políticas Públicas e Cidades.

Prof. Dra. Alessandra Chacham - PUC Minas (Orientadora)

Prof. Dra. Lélia Maria Madeira-UFMG/HSF (Banca Examinadora)

Prof. Dra. Torcata Amorim - UFMG (Banca Examinadora)

Prof. Dra. Maria Carolina Tomás - (Banca Examinadora)

Prof. Dr. André Junqueira Caetano - (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 29 de julho de 2021

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a Alinne e Mateus, por me permitirem
vivenciar o encantamento da maternidade.*

*Ao Hélcio, por dividir comigo esta experiência e a Luísa por me
tornar feliz em dias de tempestade...*

AGRADECIMENTOS

Sempre achei esta a pior parte da tese para escrever, talvez porque a vida não se coloca em análise de regressão e não é pelo valor “p” que descobrimos a significância das pessoas na nossa trajetória.

Finalizada esta etapa significativa de minha vida, gostaria de expressar o mais profundo agradecimento a Deus em primeiro lugar, por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse.

Aos meus familiares, pelo constante apoio e suporte. Aos meus pais, Maria de Lourdes e Jose Clessêncio, que me deram a oportunidade de desfrutar de seu amor, carinho e ensinamentos e que são meu porto seguro sempre.

Aos meus irmãos, Sandra, Sergio e Weiller, pelo convívio e pela amizade.

Em especial, gostaria de agradecer ao Hélcio por seu carinho e amor sua paciência em dias difíceis, aos meus filhos Alinne e Mateus que acima de tudo apoiaram e suportaram minhas ausências. À Luisa razão da minha vida que chegou ao meio do doutorado e foi um dos motivos que me fez mais leve e harmônica.

À Bella, que torcia demais por mim e sempre me encorajando com suas doces palavras você fez uma diferença e tanto.

À Prof. Dra. Alessandra Chacham, quero de uma forma imensa, expressar o meu muito obrigado por tudo. Pela forma amiga e generosa com que sempre me incentivou e ajudou, e pelo estímulo sentido após cada conversa; sua colaboração foi inesquecível conduzindo-me a acertos. Fez-me refletir e me fazia “carregar baterias”.

Aos componentes da banca de qualificação e de defesa pelas contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Dr Ivo de Oliveira Lopes, diretor do Hospital Sofia Feldman, pelo seu trabalho competente, por sua atenção, coerência e integridade por acreditar em mim me

apoiando e pelo exemplo de solidariedades e por sua amizade sincera um admirável defensor do “SUS”.

Minhas amigas Lélia e Torcata com orgulho, pois sempre me espelhei em vocês: o exemplo da busca do novo, da cultura diversificada e da quebra de paradigmas. A compreensão, dedicação e gratificante convívio. Tenho a felicidade de conviver com duas perolas tão iluminadas que irradiam alegria.

Aos colegas de trabalho da LEP do Hospital Sofia Feldman, pelo incansável apoio, empenho e auxílio na realização deste trabalho e por acreditar e estimular profissionais a se aventurarem na área científica, de forma tão competente e cordial.

Ao Dr. João Batista, pela capacidade incrível de ser um excelente professor em meu percurso dentro da obstetrícia com seus guias clínicos.

Ao estimado Dr. Edsom Borges, pelas ricas trocas de experiências dentro da obstetrícia e dentro do PRENABE, por partilhar seus conhecimentos e ainda com todo carinho presto minha homenagem por fazer deste curso parte de minha tese. Receba meu respeito e admiração.

À Ana Paula Valerinni, que sempre aparecia com seu jeito especial e sempre manifestou durante meus anseios com sua paz de espírito e me apoiou de alma e coração. É sempre uma excelente oportunidade poder desfrutar de uma parceria frutífera, baseada em carinho e respeito, com uma profissional exemplar e de referência como você.

À Níbia Mariane, minha amiga de sempre, agradeço as longas conversas, os telefonemas e preocupação, assim como o incentivo ao desenvolvimento deste trabalho.

As queridas Eva, Rita, Marília, Adriana, Ana Paula (Psico), RT Vera Bonazzi, Gabi Diniz por me ajudarem a alimentar as planilhas com tanto carinho e a todos funcionários da CME e Bloco Cirúrgico do Hospital Sofia Feldman pelo carinho.

Em especial a todas as minhas amigas enfermeiras obstétricas pelo suporte e incentivo; vocês foram muito importantes quando nos corredores me paravam pra dizer que eu ia dar conta.

*Ao grande amigo, admirável Edu, o meu sincero agradecimento por toda a confiança e dedicação, pela disponibilidade e conselhos, pelo apoio incondicional e compreensão; o doutorado me presenteou com você. **Falava Ele: Que você sempre foi de Humanas, todos já sabiam. Mas não há nada que diga tanto sobre você quanto seu curso. As Ciências Sociais são excepcionais e respeitadas, que se toca pelo humano, pelas pessoas e suas vidas.***

Aos meus colegas e amigos do doutorado que acreditaram em meu trabalho em especial ao Hernani, Vito e Camila que me ligava sempre não me deixando desistir. À comissão de Pós-graduações em Educação, Ciências Sociais e Geografia em especial à Valeria e ao Jansem pelo incentivo e apoio no transcorrer do desenvolvimento acadêmico desta tese.

À Maria Inêz e Graziela, exemplos de dedicação no manejo de Excel, Planilhas e Word, sempre serei grata pelo convívio, amizade e auxílio no cotidiano, uma família inoxidável que o doutorado me outorgou.

Enfim, os agradecimentos aqui registrados dão conta da magnitude da pesquisa que suplanta as páginas a seguir escritas. É com muita satisfação e imensa alegria que compartilho com todos os envolvidos nesta jornada a conclusão deste trabalho.

A gratidão desbloqueia a abundância da vida. Ela torna o que temos em suficiente, e mais. Ela torna a negação em aceitação, caos em ordem, confusão em clareza. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo. A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje, e cria uma visão para o amanhã.

(Melody Beattie)

Filho

*Queria ter te conhecido.
Para me despedir sonolento,
te ver dormir,
te acordar com um beijo;
Queria ter te conhecido.
Pra ver um pé na frente do outro,
te ver levantar
te fazer feliz;
Queria ter te conhecido.
Pra te regar todos os dias
segurar sua mão assustada
te achar só meu;
Queria ter te amado.
Ser imagem, som e gosto
Ser seu porto e seu herói
Ser um só.
(Amir Abuid)*

RESUMO

O decesso fetal é a morte de um produto da concepção, a partir de 22 semanas de gestação, antes de sua expulsão ou da extração completa do corpo da gestante. As perdas fetais são eventos estressantes que podem ocasionar sérios efeitos a longo prazo. Considerando o universo de produção científica sobre a temática do decesso fetal, verificamos que nas ciências sociais este não tem sido abordado e que, nos estudos disponíveis da área da saúde, são escassos os que correlacionam o decesso fetal com as condições socioeconômicas da mulher/família. Ao mesmo tempo, no cotidiano da prática clínica como enfermeira obstétrica de uma maternidade de Belo Horizonte, foi observado que o decesso fetal parece ocorrer mais frequentemente em mulheres/famílias de condições socioeconômicas menos favoráveis, ou seja, em situação de vulnerabilidade social. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a relação existente entre fatores sociais e econômicos e o atendimento pré-natal recebido por mulheres que evoluíram para decesso fetal em uma maternidade do sistema público de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte. Foi realizado um estudo descritivo que associou técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa. O estudo foi estruturado em duas etapas. Primeira etapa: fizeram parte da pesquisa todas as gestantes e parturientes que vivenciaram a perda do feto viável, ou seja, com idade gestacional entre 28 e 42 semanas. Na segunda etapa foi estabelecida a comparação entre dois grupos de mulheres, o primeiro em situação de vulnerabilidade social – mulheres com idade entre 15 e 44 anos, pretas e pardas, com escolaridade igual ou inferior a 10 anos de estudo e residentes em bairros com elevado índice de vulnerabilidade social (IVS) que vivenciaram a perda do feto viável. O segundo, composto por mulheres com características socioeconômicas similares, que não vivenciaram a perda fetal. Para a coleta de dados foi adotada a técnica de entrevista semiestruturada com os sujeitos a partir do esclarecimento sobre o estudo e solicitação de consentimento. Através dos resultados da etapa quantitativa foi possível verificar a ocorrência de 351 casos de decesso fetal, entre os anos de 2016 a 2018, dispersos por todo o estado de Minas Gerais, sendo que 275 destes se concentram na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Quanto aos casos abordados neste estudo, (decessos ocorridos entre mulheres aparentemente saudáveis) constatou-se um quantitativo de 55 ocorrências, entre 2016 e 2018. Não há grande discrepância entre o perfil médio, sendo mulheres

com idade entre 26 e 37 anos, pardas, residentes em áreas de vulnerabilidade social média. Contudo chama a atenção a maior ocorrência de casos de ensino fundamental, em pareamento com ensino médio.

Palavras-Chave: Decesso fetal. Desigualdade social. Vulnerabilidade social. Corpo. Gênero.

ABSTRACT

Fetal decease is the death of a product of conception, after 22 weeks of gestation, before its expulsion or the complete removal of the body of the pregnant woman. Fetal losses are stressful events that can have serious long-term effects. Considering the universe of scientific production on the theme of fetal decease, we find that in the social sciences it has not been addressed and that, in the available studies, all in the health area do not identify any that correlate the fetal decease with the socioeconomic conditions of women /family. At the same time, in the daily practice of clinical practice as an obstetric nurse in a maternity hospital in Belo Horizonte, it was observed that fetal depression seems to occur more frequently in women / families with less favorable socioeconomic conditions, that is, in a situation of social vulnerability. This research aims to analyze the relationship between social and economic factors and the prenatal care received by women who evolved to fetal decease in a maternity hospital in the public health system in the northern health district of Belo Horizonte. A descriptive study was carried out that combined quantitative and qualitative research techniques. The study was structured in two stages. First stage: all pregnant and parturient women who experienced the loss of a viable fetus, that is, with gestational age between 28 and 42 weeks, were part of the research. In the second stage, a comparison was established between two groups of women, the first in a situation of social vulnerability - women aged between 15 and 44 years, black and brown, with 10 or fewer years of schooling and living in neighborhoods with a high social vulnerability index (IVS) who experienced the loss of a viable fetus. The second, composed of women with the same socioeconomic characteristics, who did not experience fetal loss. For data collection, the technique of semi-structured interviews was adopted with the subjects after clarification about the study and request for consent. Through the results of the quantitative stage, it was possible to verify the occurrence of 351 cases of fetal loss, between the years 2016 and 2018, scattered throughout the state of Minas Gerais, 275 of which are concentrated in the Metropolitan Region of Belo Horizonte. As for the cases addressed in this study, (decessions occurring among apparently healthy women), we found a quantitative of 55 occurrences, between 2016 and 2018. There is no great discrepancy between the average profile, being women aged between 26 and

37 years, brown, living in areas of medium social vulnerability. However draws attention to the higher occurrence of elementary school education cases, paired with high school education.

Keywords: Fetal mortality. Social inequality. Social vulnerability. Body. Gender.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	O Hospital Sofia Feldman.....	31
Figura 2	Sala de massagem para as gestantes.....	34
Figura 3	Reflexologia dos pés para as gestantes	35
Figura 4	Manifestação das mulheres em Kerala - Índia.....	53
Figura 5	As mãos de Escher.....	82
Figura 6	Situação do pré-natal ao longo de 90 anos	118
Figura 7	Situação atual do pré-natal	118
Figura 8	Distribuição dos decessos no Estado de Minas Gerais	143
Figura 9	Distribuição espacial dos casos de decesso fetal ocorridos entre 2016 e 2018 no HSF na RMBH.....	152
Figura 10	Distribuição da vulnerabilidade social associada aos casos de decesso fetal ocorridos no HSF entre 2016 e 2018 na RMBH .	153
Quadro 1	Categorias de análise e objetivos analíticos.....	48
Quadro 2	Síntese das principais características das entrevistadas.....	173

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição por ano.....	143
Tabela 1	Distribuição por idade gestacional.....	144
Tabela 2	Problemas de saúde durante a gravidez atual.....	144
Tabela 3	Distribuição pela idade da gestante.....	145
Tabela 4	Distribuição pela cor da pele.....	146
Tabela 5	Distribuição por escolaridade.....	146
Tabela 6	Distribuição por ano.....	147
Tabela 7	Distribuição por idade gestacional.....	148
Tabela 8	Problemas de saúde durante a gestação.....	148
Tabela 9	Distribuição por município da RMBH.....	149
Tabela 10	Distribuição pelo IVS 2010 do local de moradia.....	150
Tabela 11	Distribuição por idade da gestante.....	154
Tabela 12	Distribuição por cor da pele.....	154
Tabela 13	Distribuição por escolaridade.....	155
Tabela 14	Distribuição por ano de mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas.....	156
Tabela 15	Distribuição por idade gestacional entre 28 e 42 semanas.....	156
Tabela 16	Distribuição por município de moradia das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas.....	157
Tabela 17	Distribuição pelo IVS 2010 do local de moradia das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas....	157
Tabela 18	Distribuição por idade das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas.....	158
Tabela 19	Distribuição por cor da pele das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas.....	158
Tabela 20	Distribuição por escolaridade das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas.....	159
Tabela 22	Distribuição por faixa etária das mulheres do grupo de controle.....	160
Tabela 23	Distribuição por cor da pele das mulheres do grupo de controle.....	160

Tabela 24	Distribuição por escolaridade das mulheres do grupo de controle.....	160
Tabela 25	Caracterização das mulheres em situação de vulnerabilidade social e dos “RN” na avaliação dos casos de decesso fetal, dos nascidos vivos e no geral.....	161
Tabela 26	Identificação dos fatores de risco associados ao decesso fetal - regressão logística univariada	164
Tabela 27	Análise de regressão logística múltipla para identificar fatores de risco associados ao “decesso fetal” - <i>modelo inicial</i>	168
Tabela 28	Análise de regressão logística múltipla para identificar fatores de risco associados ao “decesso fetal” - <i>modelo final</i>	169
Tabela 29	Avaliação da acuidade do modelo da análise de regressão logística múltipla baseada nas respostas observada e prevista para o “decesso fetal”.....	171

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG	Adequado para a Idade Gestacional
ANOVA.....	Análise de Variância
APS	Atenção Primária de Saúde
CNS.....	Conselho Nacional de Saúde
CPN.....	Centros de Parto Normal
d.p.	Desvio-padrão
DHSR	Desenvolvimento Humano Sexual e reprodutivo
EMC	Ensino médio completo,
EMI.....	Ensino médio incompleto,
ESC.....	Ensino superior completo.
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAIS	Fundação de Assistência Integral à Saúde
GIG.....	Gigante para a Idade Gestacional
HSF	Hospital Sofia Feldman
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I.C.....	Intervalo de confiança
IG	idade gestacional
IPEA.....	Pesquisas Econômicas Aplicadas
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LGBTQ	Lésbica, Gays, Transexuais, Travestis e Transgêneros, Queer
MS.....	Ministério da Saúde
NPIC.....	Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares
NTIC.....	Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares
O.R.....	<i>Odds Ratio</i> (Razão das Chances)
ODM.....	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional

PNAISM.....	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAR	Pré-natal de alto risco
PNAR	Assistência Pré-Natal de Alto Risco
PNPIC/SUS...	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde
PNRH	Pré-Natal de Risco Habitual
PRENABE	Pré-natal baseado em evidências
RC	Rede Cegonha
RC	Rede Cegonha
RMBH.....	Região Metropolitana de Belo Horizonte
RMM.....	Razão de Mortalidade Materna
SAME	Arquivo Médico e Estatístico
SAME	Arquivo Médico e Estatístico
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM.....	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC.....	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPSS.....	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS.....	Unidade Básica de saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
1.1	Hipótese	28
1.2	Trajelórias metodológicas.....	30
1.2.1	Desenho do estudo.....	30
1.2.2	O Hospital Sofia Feldman: cenário da pesquisa	31
1.2.3	Critérios e procedimentos para seleção das participantes do estudo.....	37
1.2.3.1	Primeira etapa: a pesquisa quantitativa.....	38
1.2.3.1.1	<i>Regressão logística binária univariada</i>	41
1.2.3.1.2	Regressão logística binária múltipla.....	42
1.2.3.2	Segunda etapa: a pesquisa qualitativa.....	46
1.2.3.2.1	Instrumentos para coleta de dados.....	46
1.2.3.2.2	Entrevista semiestruturada.....	47
1.2.3.2.3	Tratamento e análise dos dados.....	48
1.2.4	Aspectos éticos.....	49
1.3	Apresentação dos capítulos da tese.....	50
2	INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA GESTAÇÃO.....	53
2.1	Desigualdade e vulnerabilidade social.....	53
2.2	O desamparo e a desigualdade socioeconômica.....	55
2.3	As necessidades fundamentais e a noção de vulnerabilidade social	58
2.4	Desigualdade social e gênero.....	66
2.5	Desigualdade, gênero e saúde reprodutiva.....	70
2.5.1	A construção e regulamentação dos direitos humanos sexuais e reprodutivos (DHSR).....	71
2.5.2	O reconhecimento e implementação dos DHSR no Brasil	74
2.5.3	Planejamento reprodutivo	75
2.5.3.1	A percepção das gestantes sobre planejamento reprodutivo e fatores associados à gravidez não planejada.....	77

3	O CENÁRIO DO DECESSO FETAL: O CORPO FEMININO GRÁVIDO	82
3.1	Do corpo produtivo ao corpo objeto	84
3.2	Diferenças, desigualdade e transformação dos e nos corpos	88
3.3	O cenário do decesso fetal: o corpo grávido	91
3.3.1	Adaptações da mulher na gravidez.....	93
3.3.2	Vivências e sentimentos associados à gravidez	95
3.3.3	Os fatores determinantes de risco na gravidez, mortalidade materna e políticas de saúde	96
4	A MATERNIDADE E O PAPEL SOCIAL DA MULHER.....	100
4.1	Gravidez: suas etapas e significados na vida da mulher	104
4.2	Importância do acompanhamento durante a gravidez	107
4.3	Pré-natal	111
4.3.1	Conceito	113
4.3.2	Assistência humanizada no pré-natal: um olhar para além das desarmonias e confluências	114
4.3.3	Cuidado humanizado no pré-natal no Brasil: distinções e semelhanças.....	115
4.3.4	Políticas públicas aplicadas ao pré-natal	119
4.3.5	Tecnologias do cuidado e a humanização do pré-natal.....	121
4.3.6	A assistência centralizada na gestante, no seu protagonismo e na promoção da saúde com enfoque no profissional.....	123
4.4	Desigualdade racial, econômica e social e o pré-natal	126
4.4.1	A medicalização do parto e nascimento	132
4.5	O decesso fetal - o fencimento de um filho.....	137
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	142
5.1	Descrição do universo dos decessos ocorridos no HSF entre 2016 e 2018.....	142
5.1.1	<i>O perfil das mulheres que evoluíram para decesso no HSF entre 2016 e 2018</i>	145
5.2	Do perfil do decesso fetal na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH).....	147

5.2.1	O perfil das mulheres cuja gravidez que evoluíram para decesso no HSF entre 2016 e 2018 residentes na RMBH.....	154
5.3	Perfil dos decessos selecionados para pesquisa	155
5.3.1	Perfil das mulheres selecionadas	158
5.3.2	Perfil sociodemográfico das mulheres do grupo de controle	159
5.4	Fatores sociodemográficos e de tratamento que impactam no óbito de bebês	161
5.4.1	Regressão logística univariada	161
5.4.2	Regressão logística multivariada binária	167
5.5	Análise qualitativa dos casos de decesso.....	172
5.5.1	Perfil das entrevistadas.....	172
5.5.2	Análise das entrevistas com mulheres com decesso fetal	174
5.5.2.1	Avaliação das condições de vida	174
5.5.2.2	Condição de trabalho e renda.....	175
5.5.2.3	Condição de moradia.....	177
5.5.2.4	Condição de idade	177
5.5.2.5	Relações afetivas e familiares frente à evolução da gestação em decesso	178
5.5.2.6	Cor da pele	180
5.5.2.7	Acolhimento e acompanhamento pré-natal da gestação	180
5.5.2.8	Projeção de cenário	182
5.5.2.9	Síntese analítica das entrevistadas	183
5.6	Discussão dos resultados	186
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
	REFERÊNCIAS	200
	APÊNDICE A	220
	APÊNDICE B	223
	APÊNDICE C.....	225
	ANEXO A.....	227

Hoje? Hoje eu poderia estar comemorando com um pai, mas nunca o tive. Poderia está comemorando com um filho ou filha, mas Deus também não me permitiu. E quanto mais choro, sinto doer no peito o vazio, igual meus braços que não vão ter que ninar, babar, brincar, ensinar ou desensinar.

(Francis Silrên)

CAPÍTULO

Introdução

1

1 INTRODUÇÃO

A gravidez traz consigo um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais que envolvem o casal e o contexto social em que estão inseridos. É vista como sinônimo de vida e usualmente, não remete à perda concreta e finita. Contudo, quando por eventualidade, ocorre o óbito (decesso) fetal, toda a simbologia da vida é rompida, resultando em marcas profundas e traumáticas nos pais e nas pessoas que vivenciam este momento (BRASIL, 2014; CARVALHO; MEYER, 2007). Para além de toda dor e sofrimento envolvidos, o óbito fetal também é um importante indicador de saúde, uma vez que, por meio da sua análise podem ser reveladas informações sobre a qualidade da assistência prestada à mulher durante o período gestacional e no parto, incluindo diversos fatores patológicos, demográficos e sociais (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2000; DE LORENZI *et al.*, 2001).

Em larga escala o óbito fetal pode estar relacionado à pobreza, sobrepeso, idade materna (>35 ou <20 anos), paridade¹ (1≥5), tabagismo, falta de cuidados pré-natais, e prevalência de natimorto em gestação (BARBEIRO, 2015; QUIBEL, 2014).

Apesar da importância em se estudar a mortalidade materna e infantil, importância reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em virtude da sua inclusão nos objetivos do desenvolvimento do milênio, a análise do decesso fetal tem sido deixada de lado, sendo excluída dos estudos de carga global de doenças (FROEN *et al.*, 2011). Pesquisas recentes estimam que cerca de três milhões de óbitos fetais ocorram todos os anos no mundo, sendo 98% destes em países em desenvolvimento (LAWN *et al.*, 2011). Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, apenas em 2015, 2,6 milhões de gestações foram interrompidas no mundo por causa de óbito fetal. O óbito fetal ocorre majoritariamente em países de baixa e média renda. Enquanto em países desenvolvidos a frequência é de dois a sete óbitos fetais a cada mil gestações, no Brasil esse número atingiu 10,97% em relação aos nascidos vivos no ano 2010 (BRASIL, 2014).

¹ Paridade: número de descendentes que uma mulher pariu.

Caracostea (2003), a partir de revisão sistemática de estudos publicados em diversos países, aponta que a incidência mundial de nascidos mortos varia entre 0,15 e 10%. A maioria dos estudos com mortalidade fetal maior que 2% foram conduzidos em países em desenvolvimento, sendo a incidência mais elevada (10%) observada em Ruanda. Esta incidência foi calculada utilizando-se o percentual de óbitos fetais com 20 ou mais semanas de gestação, em relação ao total de nascimentos (vivos e mortos) (CARACOSTEA, 2012).

Ainda de acordo com Caracostea (2012), nos últimos anos, nos países em desenvolvimento verificou-se uma queda nitidamente menor nas mortes fetais, permanecendo praticamente inalterados os coeficientes de mortalidade fetal. Esses dados contrastam com os observados nos países desenvolvidos, nos quais se observou uma significativa redução da taxa de mortalidade fetal, principalmente durante o trabalho de parto, apontando para melhorias da qualidade da assistência obstétrica (CARACOSTEA, 2012).

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado em 1990 e passou a ser uma importante fonte de dados para pesquisa desde então, em conjunto com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Utilizado para a consolidação de dados sobre mortalidade, tem proporcionado melhorias no que concerne aos dados sobre óbitos fetais, embora ainda não se tenha alcançado níveis adequados em alguns fatores associados que caracterizam principalmente os óbitos fetais, tais como, idade materna superior a 35 anos, nuliparidade, perdas fetais anteriores, doenças prévias como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, gemelar idade, anomalias cromossômicas fetais, tabagismo, infecções bacterianas e viróticas, ausência ou má qualidade da assistência pré-natal e deficiência no acompanhamento intraparto (BRASIL, 2010; CECCATI; AQUINO, 1998).

Alguns dos problemas destas fontes de dados, tais como subnotificação, ineficiência no preenchimento de variáveis e/ou a discordância na informação entre dois sistemas, já foram suficientemente demonstrados (BRASIL, 2010). Neste sentido o PRENABE (2021) afirma que “A principal estratégia do Programa de Humanização

no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”. A partir dessa qualificação espera-se que seja realizado melhor controle no cadastro de gestante inseridas no sistema de pré-natal afim de que não haja discordâncias nas informações e a gestante seja melhor assistida, uma vez que pelo cadastro organizado será possível um controle de gestantes frequentes e ausentes ao pré natal.(PRENABE,2021).

Lansky *et al.* (2014, p.51) relatam que no Brasil “o desafio que se coloca é a qualificação da informação sobre o óbito perinatal, especialmente sobre o óbito fetal, além de sua incorporação na rotina dos serviços públicos de saúde”. Apesar dessas dificuldades, alguns estudos foram publicados na última década, com enfoque específico para a mortalidade fetal.

Em um estudo baseado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), Szwarcwald, Andrade e Castilho (2000) e Santos *et al.* (2002), constata-se uma mortalidade fetal, no Brasil, de 14% entre os partos registrados em 1995, chamando a atenção para o fato de esse sistema de informações apresentar uma maior cobertura dos óbitos fetais do que o SIM/MS que apresenta um elevado percentual de subnotificação dos óbitos fetais, especialmente na região Nordeste (SZWARCWARD; ANDRADE; CASTILHO, 2000).

Quanto ao diagnóstico de decesso fetal, para o Ministério da Saúde,2018, este ocorre quando há perda do produto da concepção após a 22^a semana de gestação. A confirmação do óbito fetal pode ser feita por meio de exame clínico, quando se percebe, principalmente, a parada da movimentação fetal, a ausência dos batimentos cardíaco-fetais e/ou interrupção do crescimento uterino.

Diversos fatores sociais e econômicos têm sido associados à natimortalidade, principalmente na perspectiva das disparidades nos níveis de acesso aos recursos básicos como alimentação adequada, assistência pré-natal e ultrassom, que percebidos como causas que acentuam ou atenuam a natimortalidade entre as

diferentes regiões brasileiras. Sabe-se que a etiologia da mortalidade fetal é multifatorial e, quando se estuda esse tema, é necessário considerar uma série de fatores predisponentes que estão diretamente relacionados com esse problema de saúde pública (OMS, 2010).

Apesar do coeficiente de natimortalidade desvelar dados valiosos sobre as condições de saúde e assistência durante o pré-natal e o parto, a mortalidade fetal como problema de saúde pública tem ganhado pouca atenção e pouco se tem estudado a seu respeito separadamente (CAMARGO, 2008).

Partindo do exposto, percebe-se a existência de correlação entre o decesso fetal e variáveis socioeconômicas, devido à constatação da concentração de casos em países em desenvolvimento. Desta forma, trabalhando em uma perspectiva de validação dos estudos anteriormente apontados, a primeira questão que se interpõe é, será que esta situação observada em macro escala também se reproduziria na microescala? Ou seja, no estudo das ocorrências do fenômeno em uma maternidade de referência na região Norte de Belo Horizonte, existe variação na distribuição do decesso entre mulheres em função de sua condição socioeconômica? Ou, mais especificamente, a condição socioeconômica da gestante influenciou de alguma maneira a ocorrência na qual a gestação evoluísse para o decesso?

Para ir além da mera ratificação estatística, tendo em vista o apontamento de Camargo (2008) de que ainda é preciso qualificar/aprofundar as pesquisas acerca da natimortalidade, ademais, considerando que as produções acadêmicas acerca do tema de pesquisa (decesso fetal) ainda são escassas e concentradas no campo das ciências da saúde, é necessário extrapolar as fronteiras desse campo e buscar associação com outras áreas do conhecimento, a fim de que se aprofunde a problemática do decesso. Responsabiliza-se assim, a desafiadora tarefa de problematizá-lo a partir de uma perspectiva transdisciplinar.

Desta maneira, considerando a ocorrência do fenômeno em sua distribuição dentre as variáveis e categorias socioeconômicas, é necessário fazer com que a abstração encontrada, seja ela qual for, reflua sobre a realidade empírica dos casos,

preenchendo lacunas essenciais para a formação de sua melhor compreensão. O engajamento e o compromisso dos serviços de saúde sobre o público de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de um filho, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o projeto de determinar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance os melhores graus de superação infantil.

Esses decessos fetais precoces são considerados evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo propício a serviços qualificados de saúde. Eles decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. É necessário avançar na capacidade do cuidado, além dos desdobramentos no acesso aos serviços, desde o pré-natal à assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, mantendo-se a subsistência da atenção ao recém-nascido e à puérpera. O reconhecimento de situações de risco com antecedência favorece ações básicas com grande reforço para prover uma resposta mais assertiva sobre a sobrevivência e qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2009).

Considera-se o apontado por Lansky *et al.* (2014) de que as causas do decesso podem ser facilmente detectadas ao longo de um desempenho de atenção ao pré-natal. Interpõe-se, então, uma segunda questão relevante e associada; tendo o decesso como fato dado que, porém, poderia ter sido evitado no decurso da assistência pré-natal a própria assistência fornecida se constitui, então, como variável central a ser problematizada. Desta maneira, a luz da dispersão/concentração estatística do fenômeno, que organiza os sintomas sem abordar a causa, resta buscá-la e qualificá-la. Logo a questão essencial se transforma, e refletindo sobre o processo de educação ao pré-natal, argui-se acerca da influência da condição socioeconômica da mulher em sua experiência de atenção pré-natal.

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a influência dos fatores socioeconômicos nas gestações que evoluíram para decesso fetal ocorridos em maternidade de referência do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte.

São os objetivos específicos do presente trabalho:

- a. Mapear os decessos fetais ocorridos na maternidade de referência no período de 2016 a 2018 e analisar as características socioeconômicas das mulheres que sofreram essas perdas;
- b. Analisar as características socioeconômicas das mulheres que tiveram decesso fetal no período de 2016 a 2018 comparativamente ao perfil das mulheres que não sofreram perda do produto da concepção no mesmo período, todas assistidas pelo hospital de referência pesquisado;
- c. Identificar a percepção que mulheres que sofreram perda fetal entre 2016 e 2018 tiveram da assistência pré-natal, do parto e pós-parto, comparativamente à mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nesse período.

1.1 Hipóteses

- a) O decesso fetal tem maior incidência entre mulheres em piores condições socioeconômicas, havendo maior incidência entre adolescente/jovens de 15 a 44 anos, pretas, periféricas, de baixa escolaridade, dependentes química e sem apoio familiar durante a gestação.
- b) As condições socioeconômicas da gestante interferem na qualidade do acompanhamento pré-natal disponibilizado a ela, fazendo com que haja maior possibilidade de uma gestação evoluir em decesso.

Cabe salientar que a escolha do tema envolvendo o óbito intrauterino é decorrente da inquietude da pesquisadora diante da frustração da mãe que tem como desfecho gestacional o nascimento de um natimorto, ao longo dos quase 10 anos de assistência obstétrica. A mãe não entende porque seu filho morreu e, em grande parte dos casos, não há uma explicação (científica) plausível para esse acontecimento que possa ser dada à mulher e sua família, pela equipe multiprofissional que a assiste.

Como participante do “Comitê de Prevenção de Óbito Fetal” foi vivenciado, com muita frequência, as dificuldades de identificar o fator ou causa para o óbito, apesar

de uma ampla discussão, essas dificuldades perpassam o acesso aos dados de boa qualidade da evolução da gestação e da assistência ao parto, pela falta da adequada investigação da morte. Mesmo quando os dados existem, há ainda casos complexos que requerem o uso do instrumento sistema de classificação da causa/fator de risco do óbito para o esclarecimento da causa básica da morte. Esse instrumento apresenta-se em vários formatos e propostas, mas sem uma clara evidência de qual é melhor e mais eficiente, na identificação da condição que levou ao óbito.

O decesso fetal é o menos valorizado dos itens da mortalidade em geral, provavelmente devido às dificuldades em esclarecer suas causas, resultando em escassos relatórios sobre este tipo de óbito e pela declaração de óbito com causa não especificada. A mortalidade fetal é um problema da saúde materno-infantil muito pouco estudado no país. Malta *et al.* (2010) e Duarte (2007) relatam o decesso fetal, assim como a mortalidade infantil, como eventos sentinelas² que necessitam ser investigados e estudados. Para Malta *et al.* (2010), a continuidade da ocorrência destes óbitos com grande potencial de evitabilidade pela ação dos serviços de saúde é um indicador de efetividade desses serviços, que necessita ser avaliado em sua rotina. Desta maneira, a investigação do evento sentinela é uma importante ferramenta para subsidiar a tomada de decisões e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2010). Ademais, Melo Jorge *et al.* (2002) afirmam que além de ser útil para a vigilância do óbito, investigações como esta propiciam a qualificação das informações em saúde, uma vez que em vários óbitos a causa básica da declaração de óbito original não esclarece adequadamente a sua causa real.

Considerando a assistência ofertada às gestantes vitimadas pelo decesso fetal e o universo de produção científica sobre a temática do óbito fetal, verifica-se que nas ciências sociais este não tem sido abordado e que dentre os estudos disponíveis, todos da área da saúde, não se identificou nenhum que correlacione o decesso fetal

² Em 1976, Rutstein e colaboradores propuseram o conceito de evento sentinela como ocorrência de agravo, invalidez ou óbito que não aconteceria caso o serviço de saúde operasse adequadamente dada à existência de tecnologia suficiente para evitá-la (RUTSTEIN *et al.*, 1976).

com as condições socioeconômicas da mulher/família. O mais próximo dessa perspectiva são alguns estudos que consideram os anos de escolaridade da mulher entre os fatores de risco de decesso. Contudo, estes estudos não qualificam a natureza desta correlação nem o critério para legibilidade da variável escolaridade.

Ao mesmo tempo, no cotidiano da prática clínica da pesquisadora como enfermeira obstétrica, há mais de 20 anos trabalhando em unidades complexas de cuidado gestacional de alto risco e risco habitual, foi observado que o decesso fetal parece ocorrer mais frequentemente em mulheres/famílias de condições socioeconômicas mais baixas. Dessa observação, a partir do contato com gestantes que passaram por esta perda, é que surgiu o interesse em realizar esta investigação a fim de evidenciar, dentre os possíveis fatores de risco relacionados, o inegável, porém não discutido, peso das condições socioeconômicas para ocorrência do decesso.

Tendo em vista a escassez de estudos que analisam o decesso fetal em sua correlação com variáveis sociais, este estudo ganha relevância nos campos social, político, de planejamento e administração em saúde, cuja potência de resultados pode subsidiar a reorganização das práticas assistenciais na perspectiva de estruturar a produção do cuidado em saúde. Não obstante cabe destacar também a relevância da natureza transdisciplinar desta proposta abordar serviços de saúde como um lugar onde muitos podem lançar mão de sua própria perspectiva e entendimento acerca das coisas, de si e dos outros, o que leva a considerar que o trabalho – e conseqüentemente, o cuidado em saúde – se funda no encontro entre os sujeitos. Neste contexto, abrir-se para o outro aumenta o espaço para as ações de cuidado e (por que não?) políticas, que podem produzir efeitos de melhorias na vida desses profissionais, usuários e redes sociais.

1.2 Trajetórias metodológicas

1.2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo analítico que associa técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa com o propósito de investigar qual a implicação das

características socioeconômicas das gestantes em casos de decesso fetal ocorridos em uma maternidade referência do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. Também se propõe compreender como a condição de vulnerabilidade social da mulher influencia o processo de seu acompanhamento pré-natal, fazendo com que sua gravidez evolua em decesso fetal.

1.2.2 O Hospital Sofia Feldman: cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Hospital Sofia Feldman (HSF), maternidade filantrópica de referência do estado de Minas Gerais, Brasil. Essa maternidade assiste a uma população superior a 500 mil pessoas dos distritos sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte. Possui 187 leitos obstétricos, 48 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI), 45 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCI), e 12 de outras clínicas e 8 leitos para Covid-19. São realizados cerca de 1100 partos ao mês (HSF, 2021) (Figura 1).

Figura 1 - O Hospital Sofia Feldman



Fonte: Acervo da autora-2021

O HSF é o terceiro maior hospital do País em número de partos, totalizando no ano de 2018 a assistência a 11.657 partos. Também é o primeiro em Minas Gerais, no atendimento às gestantes de mais de 200 municípios. De acordo com os indicadores assistenciais, do total de partos assistidos no ano de 2018, 40,2% foram de gestantes de alto risco, e as demais de risco habitual (HSF, 2021).

A Instituição foi inaugurada em 1982 e funciona desde o início com os princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, participação da comunidade e administração descentralizada (HSF, 2018). Pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS) é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que realiza atendimento a 100% SUS. O hospital abrange as populações dos distritos sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte. Além disso, atendendo ao princípio de universalidade do SUS, o hospital recebe mulheres de vários municípios que correspondem à sua região de abrangência, via central de leitos, ou demanda espontânea, realizando cerca de 1100 partos por mês e considerada uma maternidade de referência do distrito sanitário norte.

Trata-se ainda de um hospital de ensino e pesquisa com a presença de Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Programa de Residência Médica em Neonatologia, Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia. É referência nacional em humanização do parto, nascimento e assistência ao recém-nascido, e integra importantes projetos do Ministério da Saúde (MS) como o Apice-On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, que propõe a qualificação nos campos de atenção e cuidado aos vários aspectos ligados ao planejamento reprodutivo, dentre eles a atenção às mulheres em situação de abortamento e aborto legal (BRASIL, 2017), reafirmando a relevância de se estudar a temática na Instituição.

O HSF é uma das principais instituições nacionais que tem contribuído para a formação de enfermeiros obstetras no cenário do SUS ao longo dos anos. Mediante seu Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica implementado a partir de 2015, o referido hospital tem assumido um projeto político-pedagógico com estratégias de formação baseadas em evidências científicas, a fim de garantir um modelo de assistência obstétrica orientado pela atenção humanizada e integral à mulher, no ciclo gravídico e puerperal, bem como ao recém-nascido e sua família (JARDIM *et al.*, 2015).

A maternidade apresenta como missão “desenvolver as ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes” e possui dois centros de parto normal (CPN), o CPN Helena Greco e o CPN Dr. David Capistrano Costa Filho. A seguir serão descritos os cenários percorridos pelas mulheres que irão compor o estudo.

O CPN Helena Greco é uma unidade intra-hospitalar, que atende além de mulheres que apresentam baixo risco, aquelas que são classificadas como alto risco obstétrico. Neste setor, as mulheres são acompanhadas pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e enfermeiros obstetras) e médica (obstetras e anestesistas), e podem evoluir para o parto natural ou contam com analgesia peridural, além da possibilidade da realização de uma cesárea com indicação clínica.

Já o CPN Dr. David Capistrano Costa Filho é uma unidade peri-hospitalar, na qual apenas aquelas que contemplam alguns critérios de baixo risco podem optar pelo parto neste local. A Casa de Parto, como também pode ser designada, conta com uma equipe composta por enfermeiros generalistas para o cuidado assistencial rotineiro e enfermeiros obstetras para a condução da assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério. O setor possui uma filosofia de respeito máximo à fisiologia do corpo, permite a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, o parto natural, sem intervenção e momento de maior possibilidade de interação com a família.

A equipe que atende o ambulatório é composta por enfermeiros obstetras, os quais também compõem a equipe da maternidade do hospital. A equipe também conta com a participação pontual de médicos obstetras de plantão para eventuais discussão e condução dos casos. As gestantes que realizam o pré-natal neste ambulatório são encaminhadas diariamente pelos enfermeiros obstetras ao Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NTIC) e compõem grande parte das usuárias que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

A instituição visa o atendimento hospitalar e ambulatorial de qualidade e humanizado para a mulher no ciclo gravídico e puerperal e a criança no período neonatal. Sua assistência garante às usuárias do sistema único de saúde acesso um serviço de qualidade, que procura informar a mulher de seus direitos desde o pré-natal. Buscando a segurança de todas as usuárias diante do contexto da pandemia do COVID-19. Em 01 de julho de 2020, foi transferido todo o seu atendimento ambulatorial para a Unidade Carlos Prates com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de BH. Nesta unidade a assistência é direcionada ao ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, o Seguimento do Recém-nascido de Alto Risco, além dos atendimentos de ginecologia, pré-cirúrgicos e triagem auditiva. As unidades contam com um serviço de apoio desde 2005 destinado à assistência às mulheres em trabalho de parto, parto e puerpério e mulheres com perda fetal e abortamento.

O Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NTIC), localizado muito próximo ao hospital, iniciou suas atividades no de 2005 e trabalha com demanda espontânea de mulheres encaminhadas de diversos setores do hospital, incluindo ambulatório de pré-natal, Casa de Parto, admissão e pré-parto de indução, além daquelas encaminhadas de outros serviços. O núcleo oferece atendimento às mulheres gestantes, parturientes que estão internadas no hospital ou aquelas que aguardam reavaliação, puérperas que estão alojadas na Casa do Bebê ou na Casa de Sofias, aquelas que passaram por perda fetal e que e apresentam alguma demanda de ordem física ou emocional.

As atividades propostas pelo núcleo podem ser realizadas durante todo período gestacional, com ênfase às gestantes que se encontram com idade gestacional acima de 37 semanas, devido ao efeito estimulante ao trabalho de parto incluem a acupuntura, a auriculoterapia, o escalda-pés e reflexologia, a musicoterapia, a aromaterapia, o método Rességuier, a massagem, o shiatsu, a fitoterapia, a ventosa, a moxabustão, o Qi gong, os florais de Minas e a homeopatia (Figuras 2 e 3).

Figura 2 - Sala de massagem para as gestantes



Fonte: Imagem cedida pelo Hospital Sofia Feldman

Figura 3 - Reflexologia dos pés para as gestantes



Fonte: Imagem cedida pelo Hospital Sofia Feldman

Compreender a assistência oferecida sob a ótica das mulheres é justificável pela necessidade de melhorar a qualidade da assistência obstétrica pautada no cuidado humanizado, resolutivo e seguro para as usuárias e livre de preconceitos e/ou julgamentos. A maternidade escolhida como local de estudo é referência nacional em humanização do parto, nascimento e assistência ao recém-nascido, no entanto, surge o desejo da investigação sobre a assistência em razão de uma perda gestacional e quais os elementos da filosofia institucional permeiam este momento.

A comunidade local também é incentivada pela Diretoria a fazer o que eles chamam de “controle social”: participar tanto da administração quanto da busca por contribuições e donativos, mas também do controle sobre as despesas e o

comportamento dos funcionários do hospital. Além desta particularidade, este hospital é caracterizado por ter uma filosofia de atendimento obstétrico diferenciada de outras maternidades da cidade. Lá, eles procuram atender às mulheres dentro dos princípios de humanização do atendimento ao parto, usando de pouca tecnologia e procedimentos menos invasivos, respeitando a fisiologia do processo de nascimento.

O hospital busca incentivar o parto natural, de cócoras, e também usa enfermeiras-obstétricas para fazerem o atendimento ao parto e ao pré-natal de baixo risco: atualmente 89,9% dos partos normais são assistidos pelas enfermeiras obstétricas, como resultado da excelência desta filosofia, e do trabalho em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social. O hospital desenvolve ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e criança e mantém a taxa de cesárea mais baixa da cidade. Atende integralmente os princípios do “SUS” como universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade na assistência à saúde, e a humanização do parto e nascimento.

No Sofia Feldman, como já foi dito, no caso de partos normais, sem complicações, as enfermeiras são responsáveis pelo atendimento e pelas decisões relativas a este, consultando os médicos sempre que consideram necessário. A maternidade Sofia Feldman destaca por ser um modelo de instituição de assistência obstétrica não intervencionista, para estudar as condições institucionais que propiciam o parto normal. Deste modo, vale destacar que dentro do estudo foi possível observar a predominância de parto normal com apoio de doulas e profissionais dentro dessa assistência humanizada. Pressupõe-se assim que essa diferença no modelo de atendimento obstétrico permite ressaltar de forma mais clara o impacto dos fatores relacionados à organização dos serviços obstétricos, que influenciam o aumento da cesárea. Por outro lado, ao mesmo tempo em que o modelo de atendimento obstétrico é atípico, a clientela atendida por este é completamente típica dos hospitais que atendem pelo SUS. De acordo com o SINASC de 2014, mais de 89.9% das mulheres atendidas na instituição hospitalar vinham de bairros populares, onde a renda média é inferior a cinco salários mínimos. Deste modo, dentro do hospital foi obtido fácil acesso a um grande número de mulheres moradoras de vários bairros

populares da periferia de Belo Horizonte. Como o hospital também funciona como serviço de referência regional, ele recebe pacientes de diversas maternidades públicas de outras partes da cidade devido à falta de vagas. Deste modo, são atendidas mulheres de bairros bem distantes da maternidade e mesmo de outras cidades da Região Metropolitana. Somente 30% das pacientes atendidas pelo hospital fizeram o pré-natal no próprio hospital, tendo a maioria sido encaminhada para lá pelo posto de saúde onde foi feito o pré-natal ou por outro hospital. Portanto, o contato da maioria delas com o hospital é pequeno, pois só o procuram no momento que perceberam a perda da movimentação fetal ou foram direcionadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e nele permanecem apenas dois dias em média. Mesmo levando isso em conta, é relevante observar o impacto da filosofia de atendimento do hospital sobre um grupo de mulheres vindas das camadas menos privilegiadas, mulheres que poderiam ser atendidas em qualquer outro hospital filiado ao SUS.

Certamente o hospital sofre as consequências da crise que atinge o SUS e afeta todos os setores do serviço público de saúde. O Sofia Feldman está sempre sob a ameaça de fechar ou ter de reduzir o número de funcionários ou o atendimento. A limitação de pessoal faz com que a espera pelo primeiro atendimento possa ser longa, e, dependendo da urgência do caso, a mulher em trabalho de parto pode ter de esperar sentada no corredor um tempo considerável antes de ser atendida.

O Hospital Sofia Feldman (HSF) desde a residência obstétrica possibilitou entre outras coisas, a vivência das PICs utilizadas no contexto do ciclo gravídico-puerperal. Na condição de instituição apoiadora do movimento de humanização da assistência, criou em 2005 o Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares (NTIC), cuja proposta, ao longo dos anos, se estendeu para além dos atendimentos pontuais a parturientes e puérperas, como acontecia no início.

Durante a assistência prestada às usuárias do serviço, o pronto atendimento passou a encaminhar gestantes, parturientes e também puérperas que passaram pelo abortamento e decesso fetal para o atendimento no NTIC. A maioria das mulheres relatou alívio dos sintomas físicos e emocionais, sentiram melhor apoiadas no

sentido de ter força para o enfrentamento, além de resultados positivos sobre as expectativas em relação ao processo de parturição. O acompanhamento de perto destas mulheres possibilitou uma reflexão sobre os efeitos destas PICs neste contexto.

1.2.3 Critérios e procedimentos para seleção das participantes do estudo

O presente estudo foi estruturado em duas etapas.

1.2.3.1 Primeira etapa: a pesquisa quantitativa

Num primeiro momento foi empreendida uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório³ dos casos de decesso fetal ocorridos durante os anos de 2016 a 2018, em uma maternidade de referência do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. Fizeram parte da pesquisa todos os casos de gestantes e parturientes que vivenciaram a perda fetal, ou seja, com idade gestacional entre 22 e 42 semanas. Também foi incorporada à pesquisa amostra de casos de partos bem-sucedidos, estabelecida a partir da estimativa global de partos atendidos pelo hospital no período de referência. Os casos foram selecionados por meio de salteamento, sendo escolhidos casos entre cada ocorrência de decesso.

O acesso aos sujeitos da pesquisa foi realizado através de consulta aos Prontuários e Fichas de Investigação Hospitalar do Óbito Fetal-Infantil, obtidos junto ao Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital Referência supracitado. A pesquisadora realizou a extração das seguintes informações: idade, etnia, escolaridade, residência, idade gestacional, origem do acompanhamento pré-natal e histórico de saúde da paciente. As informações foram consolidadas em planilhas eletrônicas XML e CVS (Excel) e SAV (SPSS). Os critérios para adoção das variáveis sociais anteriormente mencionadas foram:

³ Para Salomon (1979, p. 141): Pesquisas exploratórias e descritivas são as que têm por objetivo definir melhor o problema, proporcionar as chamadas intuições de solução, descrever comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos e variáveis. Não atingem ainda o nível da explicação nem o da predição encontrados nas pesquisas “puras” ou “teóricas” nem do diagnóstico e/ou solução adequada ao problema, deparados nas pesquisas “aplicadas”. (Grifos nossos)

- a) as variáveis descrevem a condição socioeconômica da gestante;
- b) disponibilidade destas informações nos prontuários das gestantes.

As variáveis idade e escolaridade compõem um instrumental clássico das análises socioeconômica, em conjunto com as variáveis de renda pessoal e familiar, que infelizmente não são apuradas nos prontuários das gestantes. Neste sentido, foi proposta a utilização do endereço residencial como uma forma de obter indiretamente informação complementar aos critérios de renda. Para tanto, foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade Social 2010 (IVS), calculado pelo Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada (IPEA) com base no censo de 2010, à escala dos bairros da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Por meio da espacialização, com auxílio de ferramentas de geoprocessamento, das ocorrências de decesso fetal e sua correlação com os respectivos percentuais IVS do seu local de moradia, foi possível acessar de maneira mais completa informações acerca da desigualdade socioeconômica entre as gestantes, tomando como referência objetiva a estatística do IVS. Desta forma foi atribuído a cada gestante o valor do IVS da localidade em que reside. Da mesma maneira a variável cor/raça vem complementar a análise das desigualdades socioeconômicas, trazendo a busca por variações em torno de critérios extra econômicos, qualificando assim as desigualdades como um fenômeno social que abarca contextos mais amplos.

Num primeiro momento foi realizada a categorização e codificação dos campos de informação, transformando-os em variáveis, processo fundamental para a inserção das informações no *software* estatístico SPSS. Trazidas às informações procedeu-se ao uso da estatística descritiva (medidas de centralidade e dispersão) a fim de compreender a distribuição do decesso fetal dentre variáveis sociais: idade, escolaridade, cor/raça, local de moradia e acompanhamento pré-natal. Desta forma a análise de dados foi realizada da seguinte maneira:

- a) foram excluídos os casos de gestantes que apresentaram fatores de risco associado, tais como *diabetes mellitus* gestacional, hipertensão crônica, pré-

eclâmpsia, eclampsia, síndrome *hella* ou apresentando processo inflamatório agudo;

- b) foram excluídos os casos de gestantes com idade gestacional abaixo de 28 semanas⁴ e gestantes que não compareceram em nenhuma consulta de pré-natal, ou em acompanhamento no pré-natal de alto risco (PNAR).

Estas exclusões se fundamentaram no fato de se estar em busca de analisar a incidência do decesso em gestações viáveis e mulheres saudáveis atendidas no pré-natal de risco habitual, ou seja, que aparentemente não apresentaram nenhum indicativo do trágico desfecho.

Posteriormente, buscou-se, através da estatística inferencial, a existência de correlação entre o decesso fetal e a vulnerabilidade social através do uso de teste T de *Student* e indicadores probabilísticos. Neste sentido foram estabelecidos dois grupos de casos:

- a) mulheres com idade entre 15 e 44 anos, sem comorbidades associadas, que sofreram decesso fetal de uma gravidez viável;
- b) mulheres com idade entre 15 e 44 anos, sem comorbidades associadas, que, em condições socioeconômicas semelhante as das mulheres que evoluíram em decesso fetal, tiveram evolução positiva da gestação.

Procurou-se então averiguar as seguintes situações problema:

- a) existe correlação entre a idade da mulher e a evolução da gestação em decesso? De que maneira a idade é um fator que pode influenciar pode influenciar a probabilidade de a gestação evoluir para decesso;
- b) existe correlação entre o nível educacional da mãe e a possibilidade de ocorrência de decesso? De que maneira a escolaridade da mulher pode influenciar a probabilidade da gestação evoluir para decesso;

⁴ A escolha a partir de 28 semanas de gestação implica em uma prematuridade com maior viabilidade, ou seja, fetos menores que 28 semanas são categorizadas como prematuros extremos com menor sobrevida.

- c) existe correlação entre a cor da pele da mulher e a ocorrência de decesso? De que maneira a cor da pele da mulher pode influenciar na probabilidade da gestação evoluir para decesso;
- d) existe correlação entre a quantidade de consultas pré-natal até 28 semanas de gestação e a ocorrência de decesso? De que maneira a quantidade de consultas de pré-natal pode influenciar a probabilidade de a gestação evoluir para decesso;
- e) existe correlação entre o IVS do local de moradia da mulher e a ocorrência de decesso fetal? De que maneira o IVS pode influenciar a probabilidade de a gestação evoluir para decesso;

Desta forma foram realizados os seguintes procedimentos, caracterização das gestantes que sofreram perda fetal através de tabelas de frequência. Para além das estatísticas descritivas foi empreendida modelagem estatística por meio de técnicas de regressão univariada e multivariada, tais regressões contam com a comparação do grupo de decesso fetal em relação ao grupo que não evoluiu para decesso fetal.

A seguir são detalhados critérios adotados para a modelagem estatística.

1.2.3.1.1 Regressão logística binária univariada

Modelo de regressão logística é utilizado para identificar qual(is) a(s) variável(eis) / fator(e)s de risco influencia(m) / explica(m), de formas conjunta ou univariada, a ocorrência de um determinado evento de interesse (variáveis respostas / desfecho do tipo categórica subdivididas em duas categorias apenas, por exemplo, “Doente” ou “Sadio”, “Presença” ou “Ausência”; “Sim” ou “Não”; “Certo” ou “Errado”; etc.) (HOSMER; LEMESHOW, 1979).

Na presente pesquisa foi utilizada a *Análise de Regressão Logística Binária Univariada* com objetivo de avaliar se cada uma das variáveis independentes / preditoras de interesse (“fatores de risco”) influenciam ou não na resposta da variável desfecho de interesse. Além disso, a *Análise de Regressão Logística Univariada* foi utilizada para calcular os valores da *Razão das Chances (Odds Ratio*

→ O.R.) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Ressalta-se que se o Intervalo de Confiança da O.R. contiver o valor 1, o resultado indica que a variável preditora não influencia significativamente na resposta da variável Desfecho de interesse. Quando uma variável preditora contém mais de duas categorias uma delas será utilizada como referência na comparação para as demais. *Desta forma, a categoria de referência recebe o valor 1 para a Razão das Chances (ou seja, O.R. = 1,00)* (HOSMER; LEMESHOW, 1979).

Ressalta-se que as variáveis do tipo Categóricas são dicotomizadas, isto é, são transformadas em variável do tipo *Dummy* e utilizada para explicar o efeito que diferentes níveis de uma variável não-métrica (Variável categórica) têm na previsão da variável dependente / Desfecho de interesse.

As variáveis do tipo *Dummy* devem assumir apenas dois valores, 0 (zero) ou 1. Os níveis das categorias são substituídos pelos valores 0 ou 1, onde, 1 significa presença de uma determinada característica e 0 significa ausência da característica. *Cabe destacar que o número de variáveis a serem criadas para retornar ao número de categorias originais de uma variável Preditora / Independente é o número de categorias que ela possível menos 1.* Portanto, uma variável com três níveis necessita da criação de duas variáveis *Dummy*'s para representar a variável original (HOSMER; LEMESHOW, 1979).

1.2.3.1.2 Regressão logística binária múltipla

O modelo de regressão logística múltipla é utilizado para identificar qual(is) a(s) variável(eis) / fator(e)s influencia(m) / explica(m), de forma conjunta ou univariada, na ocorrência de um determinado evento de interesse, neste estudo, "decesso fetal" (sim ou não) {variável dependente / desfecho do tipo categórica} (HOSMER; LEMESHOW, 1979).

Ressalta-se que com esse modelo foi possível identificar variáveis independentes (preditoras / fatores de risco) que influenciam / explicam o resultado da variável desfecho / resposta (por exemplo, decesso fetal ou nascido vivo). As variáveis

independentes (“fatores de risco”) “idade da mãe”, “cor da mãe”, “nível de escolaridade”, “nº de partos realizados”, “multípara (sim ou não)”, “nº de consultas até 28ª semanas”, “sexo do RN” e “classificação do RN (PIG, AIG e GIG)” foram utilizadas como possíveis variáveis preditoras (independentes) para o “decesso fetal” (sim ou não).

Ressalta-se, ainda, que o teste da razão de verossimilhança é utilizado com o intuito de verificar se a retirada de variáveis não significativas no modelo completo realmente não interfere na variável resposta / desfecho e, portanto, a redução do modelo (retirada das variáveis) não prejudica na predição da variável desfecho / resposta estudada.

Segundo Hosmer e Lemeshow (1979) é utilizada para avaliar o quão bem o modelo escolhido se ajusta aos dados da pesquisa. Ou seja, esta estatística testa a hipótese de que os dados observados são significativamente diferentes dos valores previstos pelo modelo, com isso, se quer um valor não significativo para esse teste ($p > 0,05$), portanto, um indicativo de modelo que irá prever bem o variável desfecho. As medidas que avaliam a bondade do ajuste do modelo logístico, *pseudo-R²* de Cox & Snell e de Nagelkerke, são utilizados com objetivo de avaliar se as variáveis utilizadas para explicar uma determinada variável desfecho do tipo categórico dicotômica são ou não suficientes, ou seja, valores de *pseudo-R²*, próximos de zero (0) indicam modelo com baixo poder de predição e valores mais próximos 1, indicam modelo com alto poder de predição. Ressalta-se, porém, que os valores dos *pseudos-R²* de Cox & Snell nem sempre tem como máximo o valor 1, pois, o valor máximo depende das características do modelo de regressão logística gerado. O *pseudo-R²* de Nagelkerke são mais utilizados por esse motivo, uma vez que seu cálculo é corrigido para que esta estatística possa atingir até o valor 1 (HOSMER; LEMESHOW, 1979).

As variáveis categóricas com mais de duas categorias foram dicotomizadas, isto é, transformadas em variável do tipo *Dummy* e utilizadas para explicar o efeito que diferentes níveis de uma variável não-métrica (variável categórica) têm na previsão da variável dependente / desfecho.

E, no caso de ocorrer uma associação significativa entre as variáveis de interesse / fatores de risco com a variável desfecho do estudo (retinopatia diabética), avalia-se também a estatística *Odds Ratio* (*Razão das Chances* → *O.R.*), medida esta que quantifica o grau de associação entre duas variáveis categóricas. Ressalta-se que nos casos em que os valores da *Odds Ratio* foram fixados com valor 1, isso indica que a categoria da variável é a referência para o cálculo da medida desse parâmetro.

A fórmula funcional do modelo de regressão logística é a seguinte:

$$p(x) = \frac{e^{\beta_0 + \sum \beta_i x_i}}{1 + e^{\beta_0 + \sum \beta_i x_i}}, \text{ onde } \beta_i \text{'s são os coeficientes estimados para os fatores de risco}$$

x_i 's são as respostas aos fatores de riscos

O Teste de *Wald* (*Qui-quadrado de Wald*) é utilizado para verificar, individualmente, se o fator tem ou não efeito na resposta observada. Portanto, as hipóteses são:

$$H_0: \beta_i = 0$$

$$H_1: \beta_i \neq 0$$

Ressalta-se que parâmetros para avaliação de acuidade (sensibilidade, especificidade, falso positivo e falso negativo) dos modelos gerados pela análise de Regressão Logística podem ser utilizados (*mas, não aplicado neste dado o objetivo da pesquisa e a qualidade da informação obtidas das variáveis*). Abaixo segue uma descrição destes parâmetros:

- a. a sensibilidade (S) mede a capacidade de um modelo predizer o 'evento' no grupo de casos com evento confirmado e a especificidade (E) mede a capacidade do modelo predizer o 'não evento' no grupo de casos com 'não evento' confirmado;

$$S = \frac{\text{N. ode casos de 'Eventos' preditos e confirmado s}}{\text{Total de casos de 'Eventos' observado}}$$

$$E = \frac{\text{N. ode casos de 'Não eventos' preditos e confirmado s}}{\text{Total de casos de 'Não eventos' observado}}$$

- b. o valor do falso negativo (FN) é a probabilidade do modelo predizer erroneamente o “não evento” e o falso positivo (FP) é a probabilidade do modelo predizer erroneamente o “evento”.

$$FN = \frac{\text{N. ode casos de 'Eventos' observados e não predito pelo modelo}}{\text{Total de casos de 'Não eventos' predito pelo modelo}}$$

$$FP = \frac{\text{N. ode casos de 'Não eventos' observados e predito pelo modelo}}{\text{Total de casos de 'Eventos' predito pelo modelo}}$$

Em análises multivariadas tem-se a recomendação de considerar um número mínimo de 10 unidades amostrais (melhor seria ao menos 15 a 20 casos) para cada variável considerada no modelo inicial multivariado (HAIR *et al.*, 2005, p.97-98). Na utilização das *Análises de Regressão Logística Binária Múltipla* seria recomendado pelo menos 15 casos (na presente pesquisa, 15 grávidas) para cada uma das oito variáveis selecionadas para o modelo inicial, assim, uma amostra mínima de 120 grávidas (ou 160 grávidas seria melhor = 20 × 8). Como pode ser necessária a retirada de alguns casos devido a problemas de *outlier* (casos fora do “padrão” do comportamento esperado na resposta dos modelos testados), ocorrência de casos atípicos, ou mesmo outros problemas nos dados, é indicado um acréscimo de 10% na amostra a ser aplicada como margem de segurança, portanto, de 176 grávidas deveriam ser pesquisadas. Com isso, o ideal seria obter um tamanho de amostra mínimo de 176 grávidas na presente pesquisa.

Cabe destacar, ainda, que todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

1.2.3.2 Segunda etapa: a pesquisa qualitativa

Nesta etapa foram estabelecidos dois grupos, o primeiro de mulheres com idade entre 15 e 44 anos, pretas e pardas, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, que vivenciaram a perda do feto viável, ou seja, com idade gestacional entre 28 e 42 semanas. O segundo de mulheres com as mesmas características socioeconômicas que, não vivenciaram a perda do produto de sua concepção.

Foi estabelecida amostra do tipo intencional ou, como refere Turato (2003), trata-se de uma amostragem proposital, escolhida deliberadamente a fim de atender aos propósitos do estudo, neste caso, o estabelecimento de uma representação significativa do universo analisado. O critério de inclusão das parturientes foi definido pelo cadastro do livro de parto e prontuários liberado pelo Serviço de arquivo medico (SAME). A cada um decesso ocorrido em determinado dia, foram escolhidas duas parturientes cujos bebês nasceram vivo no mesmo dia com pouco tempo de intervalo no parto e que apresentavam as mesmas características exigidas pelo estudo.

1.2.3.2.1 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados optou-se pela escolha da técnica de entrevista semiestruturada com os participantes (APÊNDICE A), a partir do esclarecimento sobre o estudo e solicitação de consentimento.

Segundo Minayo (2008), são muitas as técnicas possíveis de se utilizar para a coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas e a entrevista é uma das opções de uso mais frequente, pois, até certo ponto, é a principal das técnicas de pesquisa deste campo. Porém, a autora ressalta que esta não é simples, nem deve ser tratada de maneira simplificada. Apresenta inúmeros caminhos e cuidados, devendo ser reconhecida como delicada, por proporcionar a expressão de sentimentos, crenças e

emoções; o momento da entrevista expõe o entrevistado, que faz suas colocações e interpretações, mesmo que equivocadas, acreditando na veracidade de sua narrativa. E neste sentido o tratamento das informações implica em cuidado e apresenta ao pesquisador o problema da fidedignidade (GUTIÉRREZ *et al.*, 2002; MINAYO, 2008).

Corroborando com essas ideias, Minayo (2008) menciona que o núcleo básico da pesquisa baseada na abordagem qualitativa objetiva compreender o significado dado pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, e tem como objeto as relações humanas, as representações e a intencionalidade – questões que dificilmente podem ser traduzidas em indicadores quantitativos.

Ou seja, concorda-se que sujeito e objeto coexistem na pesquisa e que ao tentar isolar o objeto, pode-se destruir a sua realidade, como aponta Morin (2002). E, com base neste autor, compreende-se a realidade da pesquisa qualitativa como realidade complexa, pois complexo é algo que ao mesmo tempo em que está sempre relacionado, é algo que está sempre inacabado, incompleto (MORIN, 2002). Além disso, sabe-se que o sujeito-pesquisador também é parte desta realidade complexa e para tanto, está sempre em busca de sua compreensão (MINAYO, 2008).

1.2.3.2 Entrevista semiestruturada

Este tipo de entrevista é um dos modelos mais utilizados, conforme Magnani (1986); a entrevista semiestruturada é direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto geralmente de questões abertas. Um bom entrevistador é aquele que sabe ouvir, mas ouvir de forma ativa, demonstrando ao entrevistado que está interessado em sua fala e suas emoções, realizando novos questionamentos, confirmando com gestos que o ouve atentamente e que quer compreender suas palavras, mas sem influenciar seu discurso (MAGNANI, 1986). Apresenta a vantagem de possuir certo grau de flexibilidade para inserção de novas questões no decorrer da entrevista. Gil (1999) ressalta que o uso consistente de um guia de entrevista pode também se constituir como vantagem, porque aumenta a comparabilidade dos dados, tornando-os mais estruturados (GIL, 1999; MAGNANI,

1986). As entrevistas foram registradas por meio de gravação e armazenadas em drives digitais.

1.2.3.2.3 Tratamento e análise dos dados

Dentro da abordagem qualitativa foi adotada a análise de conteúdo de Bardin (1977). A análise de conteúdo permite apreender os significados e a interpretação dos fatos apresentados ao pesquisador pelo conjunto de respostas dos informantes. Os resultados foram obtidos a partir da exploração do material por meio da codificação, numeração e classificação do conteúdo coletado nas entrevistas. Este tratamento corresponde a uma transformação dos dados brutos, que por meio do recorte, agregação e enumeração, é permitido definirem as unidades de significado, as quais conduzem para uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo, culminando com as categorias de análise ou analíticas (BARDIN, 1977).

As categorias analíticas adotadas estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de análise e objetivos analíticos

Categoria analítica	Objetivo analítico
Condições de vida na ocasião da gestação	Obter elementos que são estruturados nos discursos das mulheres para informar e ilustrar o seu entendimento sobre sua condição de vida na época da gestação analisada.
Condição de trabalho e renda na ocasião da gestação	Obter descrição e avaliação da mulher sobre sua condição de trabalho e renda, e como este elemento pode ter influenciado em sua experiência gestacional.
Condição de moradia na ocasião da gestação	Obter descrição e avaliação da mulher sobre sua condição de moradia, e como este elemento pode ter influenciado em sua experiência gestacional.
Condição de Idade	Obter descrição e avaliação da mulher sobre idade na ocasião da gestação, e como este elemento pode ter influenciado em sua experiência gestacional.
Relações afetivas, familiares frente à evolução da gestação	Obter descrição e avaliação da mulher sobre relações afetivas, familiares e gestações anteriores, e como este elemento pode ter influenciado em sua experiência gestacional.
Acolhimento e acompanhamento pré-natal da gestação na ocasião da gestação	Obter descrição e avaliação da mulher sobre acolhimento e acompanhamento pré-natal da gestação na ocasião da gestação, e como este elemento pode ter influenciado em sua experiência gestacional.
Percepção de raça e cor	Obter descrição e avaliação da mulher sobre percepção de raça e cor, e como este elemento pode ter influenciado em sua experiência gestacional.
Projeção de cenário ideal: o que gostaria que fosse diferente?	Estimular a entrevistada um cenário hipotético a fim de obter descrição e elucidação de elementos sensíveis que

Categoria analítica	Objetivo analítico
	possam ter afetado o processo gestacional e assim covalidar ou contrapor informações apresentadas em outros momentos do discurso.

Fonte: Dados da pesquisa.

Aqui cumpre informar que durante o processo de transcrição e análise das entrevistas ocorreu perda de informações. Acidentalmente foram excluídas as gravações do grupo de controle (mulheres que não vivenciaram a perda fetal, com características socioeconômicas similares as mulheres com decesso), estando as transcrições deste grupo incompletas. Neste sentido, diante da inviabilidade da realização de nova rodada de entrevistas com o grupo de controle em função do tempo demandado para sua realização e transcrição, optou-se por remover as entrevistas deste grupo de mulheres da análise para a presente defesa.

1.2.4 Aspectos éticos

A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, conforme as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas realizadas com seres humanos (ANEXO A).

Foram dadas às mães participantes as informações sobre o estudo, a garantia de preservação do anonimato, a ausência de ônus para sua participação, a garantia de que não haveria nenhum comprometimento para a assistência oferecida à gestante ou para o trabalho na Instituição. Foi feito a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e de Assentimento (APÊNDICE C) com autorização para utilização do gravador. A obtenção de dados e informações foi diretamente da gestante ou de seus registros de saúde sem riscos para as participantes, já que não repercute nas condições fetais ou neonatais.

O aceite em participar da pesquisa, deu-se por meio da leitura oral do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela pesquisadora. Também foi enviado por e-mail para todas que possuíam endereço eletrônico. Para as que não tinham mídia eletrônica o TCLE foi encaminhado aos e-mails de parentes ou companheiros.

Todos os consentimentos orais e via e-mail foram gravados e se encontram armazenados em mídia digital. Tal procedimento se deve à atual situação epidêmica do COVID-19 que impediu fossem realizadas as entrevistas presencialmente.

Neste contexto os dados coletados foram utilizados exclusivamente para a efetiva realização e obtenção dos resultados científicos, ao qual o estudo se destina. O sigilo individual das usuárias foi resguardado e garantido, tanto nos registros em papel quanto no banco de dados informatizado. O nome das participantes foi substituído por nomes de flores. Os serviços de saúde foram identificados de acordo com sua denominação na rede de serviços de saúde, sem mencionar o nome. Os dados ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora principal, que os guardará por um prazo de cinco anos no backup do computador da instituição na qual foi desenvolvida a pesquisa. Apenas a equipe de pesquisa tem acesso aos dados individuais. As entrevistas foram realizadas no momento mais adequado para a mulher, preservando sua privacidade. As entrevistas foram gravadas após consentimento das mulheres e transcritas posteriormente.

1.3 Apresentação dos capítulos da tese

O presente trabalho está organizado com os três capítulos iniciais dedicados à apresentação, ao desenvolvimento e à conceituação dos principais eixos teóricos norteadores desta pesquisa, que são: a noção de vulnerabilidade social, o corpo grávido e uma discussão sobre o papel social da mulher e a gestação. Em seguida a esta fundamentação, procede-se apresentação dos resultados da pesquisa de dados quantitativos e qualitativos, seguidos das considerações finais.

No capítulo 02, a seguir, são apresentadas algumas considerações sobre a influência dos fatores socioeconômicos na gestação, o desamparo e a vulnerabilidade socioeconômica, desigualdade social e gênero, os reflexos das desigualdades no acesso à saúde, em especial a efetivação do direito ao planejamento reprodutivo e os demais direitos sexuais e reprodutivos.

No capítulo 03 debatemos o cenário do decesso fetal: o corpo feminino grávido. Nesta seção do texto apresentamos a conceituação do corpo em geral, com ênfase sobre o corpo feminino, destacando-se o processo socio-histórico de transformação das possibilidades e formas dos corpos humanos. Também são debatidos neste capítulo as questões envolvidas do desenvolvimento de uma ciência médica dedicada à gestação exercendo controle e cuidado sobre os corpos femininos grávidos.

No quarto capítulo, encontra-se a discussão sobre o papel da mulher e a maternidade. Combinando elementos da discussão de gênero, que apontam para as desigualdades de tratamento e para o explícito processo de controle e medicalização dos corpos femininos por meio das etapas da gravidez, são apresentadas e discutidas as fases da gestação desde o pré-natal até o parto. Nesta seção abordam-se, ainda, o tema das políticas públicas e as tecnologias inerentes ao pré-natal, além de descrever o decesso fetal e suas causas bem como as consequências psicossociais às mulheres que vivenciam este processo.

No quinto, e penúltimo capítulo desta tese, apresentamos os resultados e discussão da pesquisa qualitativa e quantitativa. Apresentamos por meio de estatísticas descritivas e inferenciais a caracterização dos grupos de mulheres abordados por este estudo bem como a ponderação acerca das influências das condicionantes socioeconômicas sobre o fenômeno do decesso fetal. Ainda neste capítulo, em um segundo momento, são apresentados os resultados das entrevistas qualitativas, que procuraram aprofundar e ilustrar os achados da etapa quantitativa desta pesquisa, trazendo importantes reflexões e percepções das gestantes que evoluíram para decesso fetal e permitindo a efetivação da percepção da correlação entre a citada vulnerabilidade social sobre o decesso.

Ao final, no sexto capítulo, apresentamos as considerações finais deste trabalho.

*Nada neste mundo nunca fará que meu coração se cure, não existe cura pra saudade de filho, nunca mais serei eu inteira, pois a parte mais linda de mim que é a parte mãe, foi ferida deixando uma ferida que sangra todos os dias. Mas é esta parte **MÃE** que me salva, pois, filho nunca deixa de ser filho e mãe nunca diz adeus a um filho.*

(Edna F. Costa)

CAPÍTULO

INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA GESTAÇÃO



2 INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E A GESTAÇÃO

2.1 Desigualdade e vulnerabilidade social

O ano de 2019 se iniciou com uma notícia bastante peculiar, em Kerala, na Índia, uma manifestação reuniu, por 15 minutos, aproximadamente cinco milhões de mulheres em uma barreira humana de aproximadamente 620 km de extensão (Figura 4). Segundo o texto da notícia, divulgada de maneira muito marginal na imprensa brasileira, este movimento colossal aconteceu em prol da igualdade de gênero, mais especificamente, em torno da reivindicação do cumprimento de uma decisão da suprema corte indiana que derrubou uma proibição de que mulheres frequentassem templos religiosos durante sua idade reprodutiva⁵.

Figura 4 - Manifestação das mulheres em Kerala - Índia



Fonte: <https://www.facebook.com/quebrandootabu/photos/pcb.2330006937055680/2329998487056525/?type=3&theater>

⁵ <https://claudia.abril.com.br/noticias/mulheres-na-india-formam-barreira-humana-de-620-km-pedindo-igualdade/>

Os mesmos canais em que se forma e informa há outras tantas manchetes da crônica social contemporânea que são igualmente impactantes, porém, não tão inspiradoras. Não há muito esses jornais diziam que 1% da população detém em riquezas o somatório das rendas dos demais 99% da população (REUBEN, 2016). Imigrantes são rechaçados e expulsos na Europa, e inclusive no Brasil. De igual maneira, a síntese dos indicadores sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgado ao fim de 2018, apontou para um crescimento da miséria no país (RENAUX, 2019).

Ao mesmo tempo entre fotos de comida e *selfies* em locais agradáveis, bancos têm lucro recorde, a economia “se recupera”, os direitos trabalhistas adquiridos se esvaem. Entre polêmicas sobre cabelos e turbantes, biscoitos ou bolachas, à surdina de tudo isso, todos os dias, têm-se uma vítima de feminicídio a cada 90 minutos, mais pessoas se assomam aos crescentes contingentes de pessoas em situação de rua, e a maior maternidade do país é obrigada a fechar leitões fazendo com que pessoas nasçam e morram quase que silenciosamente (LAGÔA, 2018).

Este pequeno repositório de situações remete à profusão e complexidade da dinâmica social, ainda mais quando se trata de uma sociedade cyber conectada. Posto que, apesar da sua grande capacidade e inventividade tecnológica, capaz de produzir fenômenos como a rede mundial de computadores e a entrega quase instantânea de uma mensagem, carros elétricos e robôs de última geração. ainda nos debatemos com velhos temas éticos da diferença social, da pobreza, da miséria e da profunda desigualdade social entre seus membros.

Este imenso e impactante movimento das mulheres de Kerala chama a atenção por trazer consigo uma série de contextos que será discutido neste estudo, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de conceitos e noções do que sejam igualdade, desigualdade e diferença. Questão que está no cerne deste ato político, em busca da reversão de um tratamento desigual dispensado às mulheres. E que só poderia ocorrer de tal modo uma vez que existe a disseminação mais ou menos homogênea do que seria um sentimento de igualdade, relacionado

intimamente com a construção de uma ordem de direitos e garantias internacionais: os direitos humanos fundamentais.

A partir dessas considerações, neste capítulo serão discutidos os temas da diferença, desigualdade, igualdade, pobreza e vulnerabilidade, com objetivo de se elaborar uma apresentação sintética do percurso de leituras e reflexões estabelecido acerca desses temas que despontam de grande relevância operacional para execução dos objetivos desta tese.

2.2 O desamparo e a desigualdade socioeconômica

A desigualdade social pode ser compreendida como uma categoria situacional, que diz respeito às diferentes posições assumidas pelas pessoas no bojo dos processos de reprodução da vida material, considerando, concomitantemente, a produção de riquezas (trabalho) e sua distribuição (propriedade) como processos social e econômico, as teorizações da desigualdade socioeconômica tem como problema central a concentração ou má distribuição da riqueza socialmente produzida (BOTTMORE, 2000).

Mesmo a desigualdade social sendo um dos principais problemas da modernidade industrial que deu origem à sociologia, no bojo da teoria social clássica, é no pensamento de Marx (2012) que se encontram os fundamentos das teorias da desigualdade socioeconômica como as conhecemos atualmente. O autor propõe um arranjo teórico explicativo das sociedades capitalistas que se fundamenta na desigualdade original entre os agentes sociais agrupados em duas grandes classes sociais, o proletariado e a burguesia, que se definem por meio da posição ocupada pelos agentes no processo de reprodução da vida material (vendedor de força de trabalho X proprietário dos meios de produção). O mecanismo estrutural que garantiria a reprodução e acirramento da desigualdade entre estas classes sempre em favor da burguesia, para o autor, é a mais-valia, ou seja, no interior do processo produtivo de geração de bens e serviço os trabalhadores são remunerados por apenas uma pequena fração do seu trabalho, que lhes permite meramente

reproduzir-se precariamente como ser humano, enquanto o burguês entesoura lucros ao seu capital (BOTTOMORE, 2000; MARX, 2012).

Piketty (2014) argumenta que o debate acerca da distribuição de renda (desigualdade econômica) suscita paixões políticas e fundamenta-se “na abundância de preconceitos e pobreza de fatos” (p.10). No cerne deste debate o autor elenca duas tendências teóricas conflitantes. A primeira, de vertente marxista-socialista, vê em longo prazo que o capitalismo levaria a uma concentração inevitável de poder em poucas mãos. A segunda, de corte liberal, confia no livre mercado e na livre concorrência como forças capazes de regular de maneira eficiente a distribuição das rendas (PIKETTY, 2014). Contudo, constata o autor, que empiricamente não se sustentam nem o apocalipse marxiano, nem o otimismo liberal. Nas palavras de Piketty (2014, p.14):

A história da desigualdade é moldada pela forma como os atores políticos, sociais e econômicos enxergam o que é justo e o que não é, assim como pela influência relativa de cada um desses atores e pelas escolhas coletivas que disso decorrem. Ela é fruto da combinação do jogo de forças de todos os atores envolvidos. A segunda conclusão, que constitui o cerne deste livro, é que a dinâmica da distribuição da riqueza revela uma engrenagem poderosa que ora tende para a convergência, ora para a divergência, e não há qualquer processo natural e espontâneo para impedir que prevaleçam as forças desestabilizadoras, aquelas que promovem desigualdade.

Na concepção deste autor, esta engrenagem que ora tende a divergência ora tende a convergência pode ser expressa pela sequência de relações matemáticas $r > g$ e $r = g$; onde r representa a taxa de remuneração dos capitais e g representa o crescimento anual da renda e da produção. Por meio de uma pesquisa histórica o autor aponta para a ocorrência de períodos históricos de maior remuneração do capital em relação à renda, o que contribui para o acirramento de desigualdades sociais. Melhor dizendo, chama a atenção para o grande problema das heranças, uma vez que uma pessoa que herda determinada quantidade de bens obtém maior valorização destes com o tempo e distancia-se exponencialmente dos demais membros da sociedade (PIKETTY, 2014).

Já o conceito de pobreza consiste em uma formulação complexa e polissêmica. Giddens (2008) aponta para tendência dos pesquisadores em ciências sociais a se

dividirem entre duas definições: a pobreza relativa e a pobreza absoluta. Segundo o autor em ambas se encontram problemas no processo de definição. Em termos gerais, a pobreza absoluta debate-se com a construção de um parâmetro universal e aplicável a qualquer sociedade. Já a pobreza relativa debate-se com a construção de critérios particulares de pobreza que variam com tempo e com as transformações socioeconômicas das sociedades (GIDDENS, 2008). Na mesma direção, Scheefer (2013) aponta para uma natureza controversa do conceito. O autor recorre a Garcia (2005) para chamar atenção ao fato de que a pobreza pode ser avaliada em aspectos puramente econômicos (unidimensional) ou econômicos e políticos e sociais (multidimensional). Enquanto a primeira diz respeito à insuficiência de renda a segunda diz respeito a uma privação de capacidades (SCHEEFER, 2013).

No campo da definição multidimensional de pobreza, como apontado por Scheefer (2013), Demo (1996) e Telles (2001) constroem-se conceituações que chamam atenção para a pobreza como uma dimensão da existência social que, em função da ausência de rendas, condena o sujeito a reproduzir-se precariamente em outras dimensões e, principalmente, o destitui do necessário para que exerça participação ativa na determinação de sua condição na sociedade. Demo (1996) vê na pobreza uma dimensão de destituição de direitos, e de negação da cidadania. Telles (2001), no mesmo sentido, esclarece que:

No horizonte da cidadania a questão social se redefine e o pobre, a rigor, deixa de existir. Sob o risco do exagero, diria que pobreza e cidadania são categorias antinômicas. Radicalizando o argumento, diria que, na ótica da cidadania, pobre e pobreza não existem. O que existe, isto sim, são indivíduos e grupos sociais em situações particulares de negação de direitos (TELLES, 2001, *apud* SCHEEFER, 2013, p.134).

Também no âmbito do debate sobre desigualdades e pobrezas surge o termo **exclusão social**, que segundo Canettieri (2015), ao estabelecer uma breve genealogia do conceito, aponta para similaridades entre este e o conceito de marginalidade social, desenvolvido a partir da década de 1950 para estudo das sociedades latino-americanas (CANETTIERI, 2016). Afirma o autor que “o conceito de exclusão social é atribuído a René Lenoir, secretário da Ação Social da França em 1974, que o definiu como um fenômeno social causado por princípios do

funcionamento da sociedade capitalista contemporânea” (p.72). Nahas *et al.* (2006) alertam para a existência de algumas formulações imprecisas do conceito e buscam estabelecê-lo como uma dimensão dinâmica/processual. Segundo os autores a exclusão social é a reprodução das posições sociais conformadas pela desigualdade, sem se confundir com ela, em suas palavras:

O termo exclusão social é confundido comumente com desigualdade, miséria, indigência, pobreza (relativa e absoluta), apartação social e outros. Naturalmente existem diferenças e semelhanças entre alguns desses conceitos, embora não exista consenso entre os diversos autores que se dedicam ao tema. Reconhece-se, entretanto que, diferentemente de pobreza, miséria, desigualdade e indigência, que são situações, **a exclusão social é um processo que pode levar a mais desigualdade e mais pobreza e, enquanto tal, apresenta-se heterogêneo no tempo e no espaço** (NAHAS *et al.*, 2006, p.5, grifo nosso).

Contudo o conceito de exclusão social ainda se restringe à reprodução das desigualdades no campo político-econômico com forte apelo às lutas e questões de organização política nacional, mesmo que, muitas vezes, sejam apreciadas em escalas de comparação global.

A seguir será tratado o conceito de vulnerabilidade social, que tem sua origem nos movimentos pelos direitos humanos e o seu significado remete a uma busca pela efetivação de garantia de atenção a necessidades fundamentais.

2.3 As necessidades fundamentais e a noção de vulnerabilidade social

Com o avançado processo de globalização da sociedade pós-segunda guerra surge e estrutura-se a noção dos direitos humanos, que visa construir um ordenamento de garantias políticas supranacional a todos os seres humanos. Neste sentido é desenvolvido debate acerca do que é fundamental para o pleno desenvolvimento do ser humano, e quais os itens básicos a serem protegidos para que se possa conquistar essa defesa universal do ser humano. Sobre este tema Gustin (2014) salienta que o constitucionalismo moderno se alicerça em dois princípios, o primeiro visa “responder a uma heterogeneidade das sociedades humanas multifacetadas, surgindo daí a constitucionalização dos chamados direitos fundamentais” (p.31); já o segundo visa à regulamentação e indispensabilidade do exercício de limitação ao

controle do poder político-estatal (GUSTIN, 2014). E afirma ainda que é somente neste contexto histórico que “as necessidades individuais e grupais passaram a solicitar a garantia de direitos que respondessem positivamente à superação desses imperativos sociais” (p.31).

Desta forma a definição do que seja indispensável que se constitui em pauta política e social de grande relevância e repercussão no direito. E assim como o próprio direito as necessidades são sociocultural e historicamente determinadas. Contudo, adverte Gustin (2014) o caráter sócio-histórico não impede que existam necessidades humanas básicas “generalizáveis a todo ser humano dotado de potencialidade de atividade criativa e inventiva” (p.32), sendo estas, inclusive, relacionadas ao ideal de direitos humanos fundamentais.

Aponta a autora que inúmeras dificuldades teóricas e metodológicas acerca do conceito dificultam sua elaboração em termos de garantias constitucionais. A principal dessas dificuldades é o fato de que historicamente a noção de necessidade se constrói de maneira negativa, relacionando o termo sempre à falta, ausência ou carência de algo. Destaca que embora Ainón Roig (1994) tenha obtido alguns avanços no sentido de uma teorização positiva das necessidades, o seu caráter empírico e sociohistórico apresenta-se como um grande obstáculo a estes exercícios de generalização. E por fim ressalta que autores contemporâneos têm associado às necessidades, a noção de dano, conceituando-as como frustração ou indicadores negativos de inclusão, desenvolvimento, bem-estar e bem viver (GUSTIN, 2014).

Desta maneira a autora propõe em uma interpretação sintética as necessidades que se aproximam em diversos pontos das definições de vulnerabilidade social:

Necessidade é uma situação ou estado de caráter não intencional e inevitável que se constitui como privação daquilo que é básico e imprescindível e coloca a pessoa – individual ou coletiva – em relação direta com a noção de dano, privação ou sofrimento grave, um estado de degeneração da qualidade de vida humana e de bem-estar a qual se mantém até ser obtida uma satisfação que atue em direção reversa (GUSTIN, 2009, p.13).

A autora aponta para uma transformação do ideal de necessidades fundamentais dentro dos humanismos clássico, moderno e contemporâneo evidenciando um contínuo de transformações, assim resumível; na idade antiga (período greco-romano) as necessidades constituíam-se em oposição à preponderância da identidade social grupal. Segundo a autora, a concepção do homem aristotélico, ainda que vinculada a polis e ao bem da polis, carrega no aprendizado e na virtude elementos de uma autonomia que é radicalizada e expressada como resistência aos determinismos sociais do ser do epicurismo. Já na idade moderna, com seu antropocentrismo e iluminismo kantiano, o indivíduo é exaltado como ser completo uníssono e desembaraçado de qualquer constrangimento social. E a necessidade fundamental, neste contexto à luz do humanismo individualista moderno, é a autossuficiência, logo o direito vem a proteger essa autossuficiência e liberdade a despeito do social. Já na contemporaneidade destaca-se a visão plural do ser e da humanidade. Neste contexto de diversidade a retórica se desloca no sentido da auto realização de bem-estar individual e coletivo. Constantemente esta corrente costuma vincular ao mundo do trabalho duas instâncias do ser: aquele que é, desgastado pela alienação, e aquele ser do devir, que poderia se tornar se desenvolvesse livremente suas capacidades (GUSTIN, 2014).

Deste modo, caminha a autora para a formulação da autossuficiência, como única necessidade básica generalizável do ser humano, em suas palavras: “todas essas argumentações e questões propostas ao longo da história do pensamento humano sobre Necessidades e Direito sugerem que a autonomia e o ser humano emancipado devem ser considerados uma Necessidade Humana essencial” (p.35). Autonomia / autossuficiência, é a qualidade de ter independência, de ter a liberdade para tomar decisões, de ter responsabilidade sobre seus próprios atos, de autossuficiência. Gustin, (2014) recorre a Habermas para salientar que a condição de autonomia é profundamente transformadora capaz de modificar contextos socioculturais permeados pela tradição. Somente através da autonomia que atores individuais ou coletivos, em um cenário de liberdade de contexto e plena integração social, podem desenvolver a capacidade dialética de julgar e serem julgados, consolidando assim a percepção da alteridade.

Assim, propõe a autora a consolidação do que é a autonomia seja uma necessidade fundamental. Começa por qualificar o que é um ser autônomo, ou seja, um ser capaz de fazer e justificar suas escolhas, de traçar objetivos e construir meios para sua consecução, sendo desta maneira responsável por seus atos. E neste sentido, “entende-se que o grau de compreensão de uma pessoa sobre si mesma, sua cultura e sobre as relações interativas que é capaz de estabelecer com os demais, é uma variável que afeta positiva ou negativamente seu limite de autonomia” (p.40). Nessa perspectiva existem duas formas de autonomia dialeticamente integradas: a autonomia crítica, que consiste na capacidade do ser de compreender conceptualmente o mundo, suas pessoas e condições, ao elaborar sua forma de agir, e a autonomia de ação, que consiste na capacidade de elaboração e consecução de meios para realização de objetivos. Para a autora é somente quando as duas esferas da autonomia operam em consonância “que se obtém a emancipação de indivíduos, grupos e camadas sociais frente às injunções e opressões dos grupos sociais hegemônicos” (p.42).

Ademais, a disputa no campo da definição das necessidades fundamentais também perpassa ao provento de recursos para construção de um mínimo bem-estar. Conceitualmente este campo é disputado em torno de duas noções: as necessidades básicas e necessidades mínimas (SCHEEFER, 2013). No estudo do impacto dessa formulação para as políticas de assistência social no Brasil, Pereira (2006) chama atenção para o fato de que:

Mínimo e básico são conceitos distintos. Enquanto o primeiro tem a conotação de menor, de menos, em sua acepção mais ínfima, identificada com patamares de satisfação de necessidades que beiram à desproteção social, o segundo não. O básico expressa algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que a ela se acrescenta. Assim, enquanto o mínimo pressupõe supressão ou cortes de atendimentos, tal como propõe a ideologia liberal, o básico requer investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos podem ser prestados e otimizados (PEREIRA, 2006, p.26).

Em termos de mínimos ou básicos a inovação da constituição das necessidades fundamentais contribuiu para a construção de uma categoria relativamente universal

que visa englobar sujeitos que se encontram no limite da condução digna de existência: a vulnerabilidade, destrutibilidade, a fragilidade, a fraqueza.

O conceito de vulnerabilidade começou a ser trabalhado na área dos direitos humanos e mais tarde foi incorporado ao campo da saúde com os trabalhos realizados sobre AIDS na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann (1993). As primeiras discussões articulavam dois estratos de visibilidade: pessoas que eram discriminadas socialmente, tais como homossexuais e usuários de drogas; e a doença – AIDS –, associada ao medo e à moral. Essa composição inicial – grupos específicos que remetiam a questões de medo e moral – levou à ampla disseminação do conceito de “grupo de risco”. Nas pesquisas em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde. Contudo, o conceito de vulnerabilidade social, não remete ao indivíduo, a condição de vulnerável. A vulnerabilidade, conforme é vista por Ayres *et al.* (1999), está na falta ou na não condição de acesso a bens materiais e bens de serviço que possam suprir aquilo que pode tornar o indivíduo não vulnerável. “O termo vulnerabilidade social refere-se à situação socioeconômica de grupos de pessoas com poucos recursos financeiros, de moradia, educação e acesso a oportunidades para seu desenvolvimento enquanto cidadão” Ainda é importante ressaltar que a vulnerabilidade social não é sinônima de pobreza, pois o conceito refere-se a fragilidade de um determinado grupo ou indivíduo por questões, que podem ser históricas, socioeconômicas ou de raça (AYRES *et al.*,1999).

Guarechi *et al.* (2007) recorrem a Abramovay (2002) para definir a vulnerabilidade social como:

Situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais (p.22).

Prosseguem os autores a propor a existência de relação indireta entre a vulnerabilidade social e mobilidade, no sentido da capacidade dos indivíduos e

grupos de movimentar-se pelas estruturas e romper com sua inscrição original. Esta relação também está presente nos trabalhos de Janczura (2012) e Semzezem e Alves (2013). Ademais, constata-se que esta imobilidade possui origens extra econômicas, ela pode se relacionar com critérios de raça, orientação sexual, gênero e etnia, como apontam Guarechi *et al.* (2007): “Do ponto de vista, por exemplo, da raça negra, os indivíduos tendem a ter restrita sua mobilidade social em função de sua cor, sem necessariamente apresentarem uma situação econômica de desvantagem” (p.22).

Ambas as definições asseguram que a vulnerabilidade é algo não natural, que engloba fatores de ordem econômica, social, cultural, institucional, ambiental e, até mesmo psicológica, de apropriação do espaço pelo ser humano e os efeitos negativos de um perigo. A vulnerabilidade é cumulativa, uma vez que os desastres podem adicionar outros tipos de vulnerabilidade, através de outras condições de riscos. Logo, é necessário especificar o nível de análise, se é individual, grupo ou sociedade. Ela é multidimensional, isto é, varia temporalmente, espacialmente e entre grupos de indivíduos e, apresenta uma dinâmica, uma vez que as características e as forças que as conduzem são acumulativas (AYRES, 1999).

Segundo Ayres *et al.* (1999), a conformação da vulnerabilidade social acaba sendo constituída em torno de conjunturas básicas: a primeira diz respeito à posse ou controle de recursos materiais ou simbólicos que permitem aos indivíduos se desenvolverem, se aperfeiçoarem ou se locomoverem na tessitura social; a segunda remete à organização das políticas de Estado e bem-estar social, que configuram os componentes de oportunidades que provêm do Estado, do mercado e da sociedade como um todo – ligeiramente associado à capacidade de inserção no mercado de trabalho e acesso às políticas; e, por fim, a forma como os indivíduos, grupos, segmentos ou famílias organizam seus repertórios simbólicos ou materiais para responder aos desafios e adversidades provenientes das modificações dinâmicas, políticas e estruturais que ocorrem na sociedade, de forma a realizarem adequações e ocupações de determinadas posições de enunciação nos jogos de poder da organização simbólica e política.

É importante ressaltar que o conceito de vulnerabilidade social é discutido aqui não como um mapeamento linear das condições do sujeito ou do grupo, mas como um conceito que procura analisar e/ou entender, em termos de inscrição social, como pessoas ou populações são tidas como vulneráveis. Isso leva a uma análise do conceito de vulnerabilidade social de forma complexa e multifacetada, pela análise da organização de diferentes vetores que dificultam o acesso aos bens e serviços, incluindo os de saúde e educação, conforme é ilustrado, por exemplo, pela ausência de acesso à educação formal (CASTRO *et al.*, 2001).

Portanto, quando se realiza uma discussão sobre vulnerabilidade, é preciso considerar os fatores específicos da comunidade, o que desloca a questão da vulnerabilidade enquanto fator inerente ao indivíduo (plano individual) para as configurações do contexto social (plano social). Como exemplo ao discutir a epidemia da AIDS, transpondo-o para uma situação social mais abrangente. Assim, observa-se que a vulnerabilidade cresce quando aparecem algumas das situações a seguir: falta de acesso à informação, aos serviços básicos de educação e falta de confiança ou credibilidade na sustentação de estratégias de ação. Evidencia-se, a partir desses aspectos, um deslocamento na atribuição da condição de vulnerabilidade, que já não se constitui como característica própria do indivíduo, mas como resultado da combinação de determinados arranjos sociais e políticos, que vão incidir sobre os sujeitos (AYRES *et al.*, 1999).

Em nosso sistema social e econômico, diferentes dispositivos de marginalização são produzidos, contemplando dentre esses, as condições de produção para o mercado de trabalho. Distanciando-se das condições de acesso a um emprego formal, muitos adolescentes passam a ser visibilizados *a priori* como vulneráveis por programas de políticas públicas. Como dispositivo de marginalização, isso pode ter como decorrência a inserção em processos de exclusão. Embora ocorram em certos espaços da sociedade onde a pobreza é mais visível, essas práticas não podem deixar de ser questionadas para se refletir sobre os modos de subjetivação que estão sendo produzidos por determinados discursos hegemônicos de exclusão social (AYRES *et al.*, 1999).

A objetivação da vulnerabilidade social desloca-se do campo da saúde exclusivamente e amplia-se para a esfera da vida social, juntando-se aos campos da educação, do trabalho, das políticas públicas em geral, na medida em que se refere às condições de vida e suportes sociais, e não à conduta, como marcava o conceito de risco.

Para Abramovay *et al.* (2002), a vulnerabilidade social é definida como situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais. Assim, o conceito de vulnerabilidade social está indiretamente vinculado com o de mobilidade social, posto que as possibilidades que indivíduos em vulnerabilidade social possuem de se movimentarem nas estruturas sociais e econômicas, são restritas em termos de modificação de inscrição social.

O debate em torno da concepção de vulnerabilidade, hoje, pouco prolífico quando vinculado às ideias de cidadania presentes no modelo de proteção social estatal, mais do que meramente uma questão técnica, situada no campo semântico, busca trazer elementos de reflexão teórica que possam contribuir com o aprofundamento democrático no âmbito do acesso aos direitos de saúde e assistência social baseando-se no desvelamento dos rumos da seguridade social brasileira neste momento histórico. Portanto, a concepção de determinantes sociais de saúde, relacionada à vulnerabilidade ao buscar se contrapor ao paradigma estritamente biológico para a caracterização do processo saúde-doença. Tal perspectiva traz uma compreensão mais alargada das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde.

Vulnerabilidade não se restringe à categoria econômica, passando por organizações políticas de raça, orientação sexual, gênero, etnia. Do ponto de vista, por exemplo, da raça negra, os indivíduos tendem a ter restrita sua mobilidade social em função de sua cor, sem necessariamente apresentarem uma situação econômica de

desvantagem. Dessa forma, as organizações simbólicas também estão intimamente ligadas ao conceito de vulnerabilidade social.

2.4 Desigualdade social e gênero

Barbieri (1992) assinala três orientações teóricas que discutem o conceito de gênero: a primeira denominada relações sociais de sexo, aborda a divisão social do trabalho como núcleo motor da desigualdade entre homens e mulheres. A segunda orientação concebe gênero como um sistema hierarquizado de status ou prestígio social. Também enfatiza a socialização como forma de aprendizagem de papéis sociais ao longo da vida dos indivíduos. Já a terceira orientação teórica entende os sistemas de gênero como sistemas de poder, nos quais as mulheres estariam em desvantagem.

Em termos da construção do conceito de gênero em torno da sexualidade destaca-se a atenção para a construção da oposição binária elementar entre feminino X masculino, abordada desde a antropologia clássica no âmbito dos estudos das estruturas familiares. No âmbito destes estudos Suárez (1995) afirma a tendência da reprodução do modelo patriarcal, qual proposto pelo evolucionista James Morgan, como um estágio mais evoluído da civilização. E neste sentido, ocorre a apreciação do homem como um ser social completo e da mulher como um ser social incompleto e desprovido do direito de se expressar.

Suárez (1995) também afirma que no escopo da teoria antropológica clássica houve poucos etnógrafos que procuraram romper com esta percepção secundária do papel do feminino. Dentre estes destaca: “Bronislaw Malinowsky e Gregory Bateson, na Inglaterra, e Margaret Mead, nos Estados Unidos, foram pioneiros no desenvolvimento de temáticas privilegiadas na atualidade pelo pensamento feminista acadêmico, tais como a sexualidade e a construção do feminino e do masculino” (SUÁREZ, 1995, p.6). Com uma produção acadêmica descontinuada entre as décadas de 1930 e 1960, é na década de 1970 que estudos na produção acadêmica em redor do conceito ganham maior vulto. Tal movimento se encontra associado aos movimentos de revisão crítica dos paradigmas da ciência e à

incorporação das críticas e de integrantes de movimentos feministas a produção científica (CORRÊA, 2001; SUÁREZ, 1995). Nas palavras de Corrêa (2010, p.125):

De fato, creio que foi o feminismo que mudou a antropologia - e as ciências em geral. Há um belo artigo de uma cientista muito respeitada, Evelyn Fox Keller (cadernos pagu, 27, 2006) que mostra como, depois da emergência dos movimentos feministas contemporâneos, mudaram as perguntas nas ciências biológicas – que é o que realmente transforma a ciência.

Assim, as análises de gênero procuraram denunciar que esta visão da sexualidade como impulso biológico instintivo é historicamente aplicada muito mais à sexualidade **masculina**, que domina, controla e é violenta, justamente por ser dificilmente controlável: "a ideologia dominante enfatiza que a dominação, o controle e, até mesmo, a violência masculina na sexualidade são 'naturais'" (CAULFIELD, 1985, p.360, grifo do autor). De fato, a novidade do conceito é atribuída à construção social que torna desiguais homens e mulheres. Até então, o corpo humano bastava para nos diferenciarmos. Para Bruschini e Lombardi, em o *Tesouro para estudos de gênero*, o conceito é exposto como sendo:

Princípio que transforma as diferenças biológicas entre os sexos em desigualdades sociais, estruturando a sociedade sobre a assimetria das relações entre homens e mulheres. Usar "gênero" para todas as referências de ordem social ou cultural, e "sexo" para aquelas de ordem biológica (BRUSCHINI; LOMBARDI, 1999, p.131, grifos do autor).

Seidler (1987, p.87) cita que na medida em que, no ocidente, a mulher é identificada com a natureza/corpo/emoção, e o homem com a cultura/mente/razão, as mulheres são vistas como "constantemente tentando os homens a desviarem do caminho da razão e da moralidade". A mulher é sedutora, pecadora, responsável pela atração sexual do homem e, portanto, guardiã da moralidade. Pela mesma lógica contraditória a mulher sempre pode ser culpada pelos ataques sexuais que "ela atrai". Esta carga feminina é reforçada pela definição do sexo como elemento situado na esfera privada, território feminino também por definição, embora outra forma comum de expressão do caráter ambivalente da identidade sexual feminina seja a afirmação de que existem dois tipos de mulheres: as "da rua" e as "da casa" (SEIDLER, 1987).

Portanto, o desenvolvimento do conceito de gênero veio operar uma desconstrução das categorias "sexo feminino / sexo masculino", apontando a naturalização de aspectos sociais antes fundidos com os aspectos biológicos nestas duas categorias. No combate às explicações biologicistas, antes hegemônicas, num primeiro momento foi preciso demonstrar que anatomia não era destino e que o corpo feminino não determinava a condição social da mulher. *A priori*, a utilização do conceito apresentou um caráter de contraponto respondendo as interpretações biologistas que vinculam a diferença sexual às posições sociais hierarquicamente diferentes entre mulheres e homens. O entendimento moderno do mundo mudou esta configuração, principalmente a partir das primeiras tentativas de superação das desigualdades sociais entre homens e mulheres.

Sob outra perspectiva gênero também designa uma perspectiva identitária e performática, isto é, uma construção social relacionada à forma como os sujeitos sociais expressam diferentes comportamentos e corporalidades na sociedade. Para tanto é preciso transpor os limites normalizadores propostos pela categorização binária, que associa gênero e sexo (masculino x feminino), nas palavras de Butler:

Asumir que el género implica única y exclusivamente la matriz de lo «masculino» y lo «femenino» es precisamente no comprender que La producción de La coherencia binaria es contingente, que tiene un coste, y que aquellas permutaciones del género que no se encuadran con el binario forman parte del género tanto como su ejemplo más normativo, Fusionar la definición de género con su expresión normativa es reconsolidar, sin advertirlo, el poder que tiene la norma para limitarla definición del género. El género es el mecanismo através del cual se producen y se naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino, pero el género bien podría ser el aparato através del cual dichos términos se deconstruyen y se desnaturalizan. De hecho, puede ser que el mismo aparato que trata de instaurar la norma funcione también para socavar esa misma instauración, que ésta sea, por así decirlo, incompleta por definición (BUTLER, 2006, p.67).

Rodrigues (2012) aponta para o papel fundamental de Butler na década de 1990, para a desconstrução de noções que naturalizam o gênero. Segundo a autora, Butler propõe uma desconstrução do dualismo sexo/gênero e propõe a apreciação exclusiva do gênero. Neste sentido Rodrigues (2012) compara o movimento de ruptura teórica propiciado por Butler no campo dos estudos de gênero ao propiciado pelo filósofo linguista francês Jaques Derridá. Na percepção da autora tal se deve a

percepção de Butler do gênero como uma categoria performática, isto é, que é construída pelo sujeito e não herdada de uma essência. Nas palavras de Rodrigues:

Assim como Derrida desmontou a unidade do signo, e fez com isso uma crítica à metafísica e às filosofias do sujeito, Butler desmonta a estrutura binária sexo/gênero. Por isso, proponho articular a desconstrução de Derrida ao vínculo significado e significante e a desconstrução de Butler ao vínculo entre sexo e gênero. O paralelo se evidenciaria também quando Butler afirma que não existe uma identidade de gênero por trás das expressões de gênero, e que a identidade é performativamente constituída. O que Derrida diz sobre o signo é que não há significado por trás do significante, e que o sentido é efeito constituído por uma cadeia de significantes (RODRIGUES, 2012, p.15-16).

Neste sentido, enquanto performance, o gênero emerge como um papel social que poderá ser desempenhado por qualquer corpo biológico. E como tal não se encontra desvinculada dos processos sociais mais abrangentes, como aponta Monteiro (2017) ao responder à pergunta “*como se produz um homem?*”:

Considero que se produz um homem com os meios de produção a que conseguimos ter acesso. Os meios de produção são culturais, são instituições (a família, o Estado, a Igreja, fábricas, escolas), são espaços (públicos e privados), são locais (casa, rua, quadra, cozinha, sala, corredor), são cores (azul, rosa, preto, branco), são saberes (educação, ciência, arte, filosofia) [...] Os meios de produção são os que podem reger, castrar, hierarquizar, privilegiar, punir; são, nos termos de Foucault, os “marcos regulatórios” (Foucault, 2015). Os marcos regulatórios nos obrigam a ter certos comportamentos que aqui considero performances (MONTEIRO, 2017, p.12).

Desta maneira a produção acadêmica e o ativismo sobre o tema vieram a incorporar em sua prática os chamados recortes interseccionais, que procuram apreender a condição performática à luz de sua interação com outras condicionantes sociais, como raça, renda, escolaridade, etc., como aponta Silva (2014, p.4):

Mesmo que as taxas de participação da população negra com 10 anos e mais no mercado de trabalho urbano sejam superiores às dos não negros (DIEESE, 2005), há diferenças salariais não explicadas objetivamente, implicando uma situação discriminatória. Gênero e raça são padrões que produzem um continuum de segregação e diferenças de salários, pois afetam pressupostos sobre habilidades e responsabilidades (ACKER, 2006). A população negra é o segmento que ingressa mais cedo no mercado de trabalho e mais investe em formação, em comparação com outras parcelas da população, e ainda assim é o que recebe menos retorno em relação à sua qualificação e sofre as taxas mais altas de desemprego (SILVA, 2014, p.4).

Neste sentido é crucial retomar as elaborações de Barros (2006) e diferenciar desigualdade e diferença que, segundo o autor, as duas traçam uma importante linha histórica até os dias atuais, por se tratarem de questões que ocupam o cenário principal na maior parte das formações sociais. Desigualdade se trata de riqueza/pobreza, acesso desigual à educação e à cultura, acesso desigual a direitos políticos, oportunidades desiguais, tratamento desigual para grupos diferenciados, preconceitos e hierarquia; já a diferença, entra no contexto de nacionalidades, necessidades especiais, faixas etárias, religiosidades, gêneros e etnias (BARROS, 2006).

Deste modo, ainda hoje, é notória a desigualdade social entre gêneros, e isso acaba se tornando um grande desafio para a ampliação da inclusividade, principalmente quando se fala em questões materno-infantil e gestação, o tratamento diferenciado relacionado à licença-maternidade, um direito garantido à mulher, não ocorre na mesma integralidade quanto à licença-paternidade, havendo este contraste e reforçando a discriminação de papéis sociais, mesmo sendo um direito regido por lei, conferido a homens e mulheres (TEIXEIRA, 2010).

2.5 Desigualdade, gênero e saúde reprodutiva

Uma grande conquista da mulher com relação à sua saúde sexual e reprodutiva foi efetivada na IV Conferência Mundial da Mulher, em 1995, resultado da luta pela ampliação da cidadania e dos direitos humanos.

Foram reconhecidas as propriedades universais humanas (BRASIL, 2013) e o direito a saúde sexual e reprodutiva como necessidade humana básica e parte dos direitos sociais (BRASIL, 2013; LEMOS, 2014).

De acordo com Corrêa *et al.* (2006), direitos humanos sexuais e reprodutivos (DHSR) abrangem questões amplas relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e a liberdade de se reproduzir e de decidir quando e com que frequência se reproduzir. Os direitos sexuais fazem parte da saúde reprodutiva e representam a capacidade de homens e mulheres expressarem sua sexualidade, sem riscos de

infecções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação (BRASIL, 2013; CORRÊA *et al.*, 2006; LEMOS, 2014).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984 com o objetivo de assegurar tais direitos incluindo o planejamento reprodutivo nas ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher.

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, em seu art. 2º, define planejamento reprodutivo “como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996, *on-line*). Para isto é necessário que políticas públicas estejam articuladas ao trabalho dos profissionais de saúde, pois eles são os principais executores junto à população.

2.5.1 A construção e regulamentação dos direitos humanos sexuais e reprodutivos (DHSR)

A Conferência Internacional sobre Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), conhecida como Plano Cairo e realizada em 1994, reuniu 179 países no Cairo, Egito e é considerada um marco histórico conferindo papel fundamental à saúde, à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos tomando o lugar do limite de crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades (CORRÊA *et al.*, 2006). Nesta conferência foram abordados conceitos sobre saúde reprodutiva que concedia à população o direito de decidir livremente sobre a reprodução, com vida sexual segura e satisfatória, com acesso e informações sobre métodos contraceptivos seguros e provendo as mulheres de melhores condições de segurança na gestação e parto, proporcionando ao casal uma melhor qualidade da assistência (BRASIL, 2013).

O Plano Cairo provocou uma transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, em especial, à saúde e aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2013).

A IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim - China, em 1995, reafirmou os acordos estabelecidos no Plano Cairo (1994) e avançou na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos, apresentando objetivos estratégicos na promoção dos direitos da mulher e temas como liberdade, discriminação e violência.

A conferência de Pequim apontou, ainda, três aspectos importantes na busca desses direitos: a) o conceito de gênero, que permite uma análise da situação da mulher baseado no aspecto biológico; b) a noção de empoderamento, destacando a importância que a figura feminina representa para o seu próprio desenvolvimento; c) o enfoque da transversalidade, que assegura que a perspectiva de gênero passe a integrar as políticas públicas em todas as esferas de atuação governamental (BRASIL, 2013).

Na Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, participaram 189 países, entre eles o Brasil, e estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável, que foram chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2013). Dentre os oito ODM, quatro possuem relação direta com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva reafirmando o Desenvolvimento Humano na Saúde Reprodutiva (DHSR):

- a) a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- b) a melhoria da saúde materna;
- c) o combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças;
- d) redução da mortalidade infantil.

Os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a saúde reprodutiva, integrados aos direitos humanos envolvem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e a contracepção auto decidida (BRASIL, 2013). Segundo Lemos *et al.* (2014), estes direitos são interdependentes e indivisíveis e fundamentais para a execução das diretrizes governamentais e políticas públicas no campo da atenção à saúde

A aceitação dos direitos reprodutivos como direitos humanos percorreu um longo caminho. A primeira menção dos direitos reprodutivos, como parte dos direitos humanos, aconteceu vinte anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Na conferência de Teerã, em 1968, foi incluído um artigo que declarava que os pais têm "o direito humano básico de decidir livremente e responsabilmente o número e o espaçamento dos filhos" e também incluía o direito à informação e educação necessárias ao seu exercício. Na declaração das Nações Unidas sobre o Progresso Social e o Desenvolvimento, em 1969, foi incluída a provisão por parte dos governos dos meios necessários para a regulação da fecundidade. Na Conferência Mundial de Bucareste, o plano mundial de população foi estendido para abranger os direitos dos indivíduos, acrescentando que se deve levar em consideração as necessidades das crianças e as responsabilidades individuais em relação à comunidade, sendo este princípio reafirmado na II Conferência Mundial de População realizada no México em 1984 (FREEDMAN; ISSACS, 1993).

A construção social define e dá sentido à sexualidade e à reprodução humana. O poder do gênero opera com mais força durante os anos reprodutivos das mulheres, quando os meios de controlar a sexualidade, a reprodução e o acesso ao trabalho são mais focalizados e funcionam de uma maneira mais clara e intensa (CORRÊA, 1997).

De acordo com Faria (1989), o fracasso da implantação do PAISM e a contínua omissão do governo na área de planejamento familiar, o agravamento da situação denunciada naquela época pelas feministas tornou a esterilização o método anticoncepção preferido de um número cada vez maior de mulheres. Infelizmente o sistema de saúde brasileiro não consegue atender as demandas mínimas na área da saúde reprodutiva, não disponibilizando condições para que as mulheres e os homens possam exercer seus direitos reprodutivos. Através das instituições médicas e da rede de farmácias que a população, na falta de uma política oficial de planejamento familiar, tem acesso aos meios efetivos de contracepção. A falta da oferta de meios de regulação da fecundidade, além dos de mercado, tende a prejudicar os segmentos sociais mais modestos, devido à falta de informação e de acesso a uma ampla gama de métodos contraceptivos. Justamente neste aspecto

que reside o efeito perverso dessa ausência de uma política pública de planejamento familiar. A tecnologia reprodutiva está sendo mal utilizada e representa prática inadequada às necessidades da maioria das mulheres.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final dos anos 80 visando à universalização do atendimento à saúde também trouxe grandes esperanças de que os serviços de planejamento familiar e pré-natal ficassem ao alcance de todos. Entretanto, as demandas mínimas na área de saúde reprodutiva estão longe de serem supridas e os percentuais de cobertura permanecem limitados, mesmo no caso da assistência pré-natal, que seria a parte mais tradicional do programa.

2.5.2 O reconhecimento e implementação dos DHSR no Brasil

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS), em 1984, contou com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades e é referência em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, principalmente para a mulher. Centralizado na integralidade e na equidade das ações, o PAISM propunha uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2013).

Em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS, elabora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o compromisso de criar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. A PNAISM enfatiza melhorias da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e atenção as mulheres vítimas de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2013).

Em 2005, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos que teve como propostas mais importantes:

- a) a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS;

- b) capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS;
- c) implantação de redes integradas de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- d) ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento.

Em 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, em que os gestores do SUS elencaram algumas propostas que tem correlação com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva como: redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Em 2021 o Pacto afirma que a realidade exige de todos, especialmente de governantes e representantes do povo, o exercício de uma cidadania guiada pelos princípios da solidariedade e da dignidade humana, assentada no diálogo maduro, corresponsável, na busca de soluções conjuntas para o bem comum, particularmente dos mais pobres e vulneráveis.

Somos conclamados a dar passos significativos de uma nova cultura: a cultura da proteção, promoção e defesa da vida em todos os sentidos. Temos que nos conscientizar que a vida humana não pode existir sem a proteção da vida das águas, sem a vida da terra, sem a vida dos micro e macro organismos. Se continuarmos matando a terra, estaremos nos condenando a morte, a nós mesmos, afirma o documento.

2.5.3 Planejamento reprodutivo

Além dos marcos já citados para o planejamento reprodutivo, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento reprodutivo, nos seguintes termos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício

desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988, *on-line*).

O planejamento familiar é definido pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento reprodutivo e estabelece:

Art. 2º Para fins desta Lei entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

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

O planejamento reprodutivo constitui-se, então, em um direito sexual e reprodutivo e, como visto pela legislação existente, deve-se sempre levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos tomarem decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2013). Deve abranger assistência à concepção, ao atendimento ao pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das infecções sexualmente transmissíveis e o controle e prevenção do câncer cervicouterino, câncer de mama e do câncer de pênis (MORAES; VITALLE, 2011).

Por se tratar de uma concepção mais abrangente planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade (BRASIL, 2002; 2012).

Devido ao grande número de mulheres no mundo que não desejam a gravidez, mas não utilizam nenhum método contraceptivo (BRASIL, 2012), o Ministério da Saúde elaborou, em 2007, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos em que uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento reprodutivo que não se resume somente à oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013).

2.5.3.1 *A percepção das gestantes sobre planejamento reprodutivo e fatores associados à gravidez não planejada*

O pré-natal é o momento oportuno para abordarem-se tanto as questões biológicas quanto emocionais, mas também as relacionadas aos direitos sexuais, sociais e trabalhistas (BRASIL, 2013). Deve-se investir nas ações de educação em saúde para que as gestantes disponham de informações corretas e adequadas para vivenciar essa fase cercada de tantos mitos e incertezas.

Visando o cuidado integral à saúde da mulher é preciso a abordagem dos mais diversos temas como saúde sexual e reprodutiva, métodos de contracepção, sexualidade durante a gestação e após o parto. Dentre eles encontra-se o planejamento familiar/reprodutivo, visto que é um direito da mulher dispor de informações claras e seguras para escolher de modo livre e esclarecido o método de contracepção mais apropriado, o número de filhos e o intervalo entre estes, além da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (SILVA; NUNES, 2017).

Diversos fatores indicam a importância do intervalo entre os partos para a mulher e o recém-nascido. Cabe destacar alguns como, por exemplo, o fato de que neonatos concebidos em intervalo menor que 18 meses possuem maior risco de apresentarem prematuridade e baixo peso, entre outras complicações.

No que diz respeito à mulher, por se tratar de um período de readaptação, não é recomendável que uma nova gravidez seja concebida no período puerperal, também conhecido como resguardo ou quarentena. O puerpério é um processo após o nascimento do bebê, fase de readaptação para o corpo feminino que tem início logo após o parto que se estende, em média, até a oitava semana, visto que seu organismo sofreu inúmeras modificações tanto físicas quanto emocionais, encontrando-se fragilizada, o que torna ainda mais difícil outra gestação (SOUSA; LEÃO; VIEIRA *et al.*, 2016). Na ocorrência de decesso fetal esta readaptação torna-se ainda mais relevante, tendo em vista a experiência para quem vivenciou a perda e passou pelo trauma desse momento que já é difícil.

Apesar de todo o avanço no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos, estudos realizados no Brasil mostram que ainda permanece baixo o nível de conhecimento acerca do planejamento reprodutivo o que implica em altos índices de gravidez não planejada (CUERVO-VERGARA *et al.*, 2015; EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015; MORENO-GONZALEZ; ORTIZ-MARTINEZ, 2016; SILVA; NUNES, 2017). Tal situação é preocupante, uma vez que pode trazer repercussões tanto para as mães quanto para os filhos, expondo-os a riscos e trazendo consequências tanto sociais como de saúde (CUERVO-VERGARA *et al.*, 2015).

O planejamento reprodutivo, bem como os métodos anticoncepcionais, deve contemplar o casal/parceiros em suas particularidades e sua escolha está relacionada a vários aspectos, sejam culturais, econômicos, sociais e/ou biológicos (LIMA *et al.*, 2015). Para tal, encontram-se disponíveis vários métodos, sejam eles comportamentais, hormonais, de barreira, intrauterinos ou definitivos, sendo que os profissionais de saúde são responsáveis por oferecer informações pertinentes sobre todos, explicitando as vantagens e desvantagens que cada um apresenta, assim como as contraindicações, em alguns casos, para que o casal/parceiros possa decidir qual a melhor opção (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, verifica-se que o planejamento reprodutivo ainda se constitui como uma das fragilidades dos serviços de saúde, que persiste e precisa ser superada pelos gestores e profissionais assistenciais para que, de fato, os usuários possam exercer sua sexualidade de modo livre e esclarecido. Foucault (1994), em uma de suas obras, cita a necessidade da enfermagem resgatar e introjetar a necessidade do cuidado, e a olhar a sexualidade como uma questão essencialmente biológica, política, histórica e universal. É preciso que o paciente seja assistido não em partes isoladas e desarticuladas, mas em seu cuidado holístico. Neste sentido a sexualidade não é aquilo que o poder tem medo, mas aquilo que se usa para seu exercício. O autor registra que é preciso olhar para trás, rever o passado, para compreender o mundo contemporâneo e prever o futuro. O comportamento social da sexualidade atual, ou seja, a forma como a sexualidade está regulamentada deixa dúvidas se não vivemos noutra forma de opressão, na qual se deve desfrutar do prazer pelo prazer (FOUCAULT, 1994).

Dessa forma, parece-me que a representação é a de que as mulheres vão se constituindo mães ao longo de suas trajetórias de vida, e que a maternidade é uma experiência de continuidade, de repetição, de realização de um plano desde sempre elaborado no passado feminino. Seria uma perspectiva do passado que se atualizaria em cada mulher no presente (COSTA, 2002, p.6).

No campo da sexualidade e reprodução, a informação é um instrumento para a mulher, que antes de tudo deve conhecer o seu corpo, ter informações adequadas sobre a concepção, acesso aos meios anticoncepcionais, para, então, ter autonomia para usufruir os direitos conquistados e exercer sua sexualidade de forma sadia.

No cotidiano do atendimento às gestantes no ambulatório do pré-natal de risco habitual, observa-se a partir da primeira consulta de acolhimento que grande parte delas referiu não ter planejado a gestação e, quando questionadas quanto aos métodos contraceptivos, parte das mulheres afirmava estar utilizando algum método seja hormonal, de barreira, entre outros. Quando questionadas sobre a forma de utilização, algumas gestantes relataram o uso incorreto/irregular do método e outras informaram que realmente não estavam utilizando nenhum método. Desse modo, acredita-se ser necessário avaliar o conhecimento das gestantes participantes do pré-natal de risco habitual, assim como os fatores associados ao planejamento reprodutivo e o índice de gravidez não planejada.

O índice de gestação não planejada no Brasil, de acordo com o estudo de Barbieri (2015), aponta que as taxas descritas na literatura atual se apresentam alta, embora no que diz respeito aos métodos contraceptivos, 71,4% das mulheres que não planejaram a gestação referiram conhecer os métodos contraceptivos e não estar utilizando. Estudo brasileiro conduzido em 2015 com 394 gestantes apontou um índice de 58,9% de gestações não planejadas (EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015). Já um estudo colombiano com 361 participantes demonstrou 70,1% das gravidezes não foram planejadas (MORENO-GONZALEZ; ORTIZ-MARTINEZ, 2016). Já o estudo conduzido por Brito *et al.* (2015), que buscou analisar a associação entre gestação não planejada e depressão pós-parto, apresentou um percentual de 60,2% de gravidez não planejada e dessas 30,0% exibiram algum sintoma de depressão pós-parto, mostrando associação entre as variáveis. Essa

informação revela um dos riscos a que essas mulheres estão expostas diante de uma gestação não planejada, que pode ir além daqueles relacionados a danos possíveis à vida e qualidade de vida da mulher, mas podem interferir no seu autocuidado e cuidado com o bebê.

O PRENABE (2019) destaca que as gestantes possuem peculiaridades que devem ser destacadas no momento das consultas no acolhimento qualificada destinada ao acolhimento no pré-natal. Dessa forma conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na perspectiva de atividades educativas individuais e coletivas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável. Desse modo o cuidado na gestação, parto e puerpério devem ser realizados por “profissionais de saúde acreditados – como obstetrizes, médicos ou enfermeiras – que foram educados e treinados até o nível de proficiência nas habilidades necessárias para manejar gestações normais (não complicadas) (PRENABE, 2019).

Embora estivesse sem o filho havia poucas horas, a saudade que sentia não cabia em lugar nenhum, muito menos dentro dela.

(Daniela Arbex)

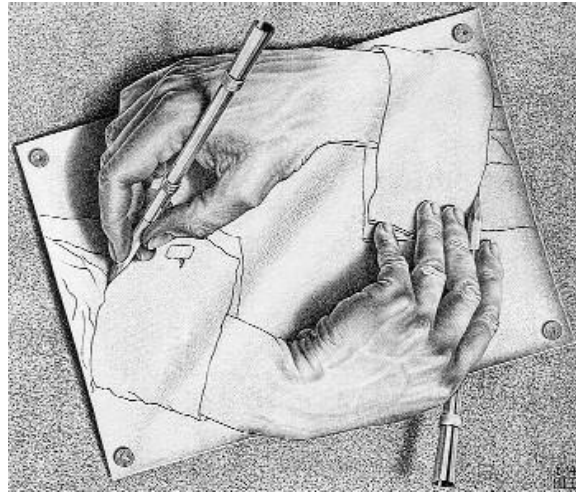
CAPÍTULO

O CENÁRIO DO DECESSO FETAL: O CORPO FEMININO GRÁVIDO

3

3 O CENÁRIO DO DECESSO FETAL: O CORPO FEMININO GRÁVIDO

Figura 5 - As mãos de Escher



Fonte: <https://goo.gl/images/Rq8oTF>

Atualmente o culto ao corpo e os investimentos sobre o mesmo encontram-se em evidência. Revistas, programas de TV, *lives* em redes sociais e, seria possível citar, mais uma infinidade de produtos voltados ao corpo, bem-estar, estética etc. Todo este aparato sociocultural voltado aos corpos não é novidade ou exclusividade da sociedade capitalista ocidental pós-moderna (GIDDENS, 2008).

O que é o corpo? Para Souza Neto (1996, p. 9): "*O corpo é a base da percepção e organização da vida humana nos sentidos biológico, antropológico, psicológico e social*". Esta rápida conceituação de Souza Neto permite evidenciar o caráter multidisciplinar e os elementos sócio antropológicos e psicossociais do corpo. Neste sentido é possível afirmar que em cada época e em cada sociedade são estabelecidos moldes do corpo para o ser humano, levando-se em consideração os valores, as crenças, os mitos, as exigências e os interesses sociais e culturais de cada povo. Como afirma Daolio (1995, p.105): "No corpo estão inscritas todas as regras, todas as normas e todos os valores de uma sociedade específica, por ser ele o meio de contacto primário do indivíduo com o ambiente que o cerca".

Tem-se em vista que o corpo é um receptor e transmissor da diversidade dos significados sociais e culturais. É preciso então esclarecer que, historicamente, e tão

somente nas sociedades ocidentais modernas, se reúnem as condições para que o corpo seja culturalmente formulado como uma massa de modelar, ou seja, modulável e, principalmente nos idos da década de 1960, surge a liberdade para que o corpo figure como um objeto modificado conforme o estilo de vida de cada indivíduo.

Hoje, em pleno século XXI, nunca o corpo foi tão valorizado, nunca o corpo foi tão cultuado, conforme afirmam Codo e Senne (1985, p. 9):

Nunca se falou tanto do corpo como hoje, nunca se falará tanto dele amanhã. Um novo dia basta para que se inaugure outra academia de ginástica, alongamento, musculação; publiquem-se novos livros voltados ao autoconhecimento do corpo; descubram-se novos preconceitos quanto a sexualidade, outras práticas alternativas de saúde; em síntese, vivemos nos últimos anos perante a incontestável re-descoberta do prazer, voltamos a dedicar atenção ao nosso próprio corpo. [...].

Diante disto, percebe-se que o corpo humano não é do domínio de ninguém, nem de nenhum conhecimento, mesmo que exista imposição deste como natural de alguma ciência específica. Como anteriormente dito, a modernidade ocidental transforma o corpo em várias formas individualizáveis, desenvolve sobre ele e direciona para ele um conhecimento sofisticado e um aparato tecnológico. E ao passar por tais mudanças ele deixa de ser natural e passa a ser construído (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011; LACHI; NAVARRO, 2012).

Chacham e Perpétuo (1996) observam que o corpo vem sendo investigado ao longo dos anos, tentando ser esclarecido em suas origens.

Porém, mediante o fato de o corpo ser processualmente construído no bojo de processos sociais e simbólicos, evidencia-se que não é possível esclarecer ou precisar uma origem ao corpo. Desta forma é mais produtora compreender suas transformações ao longo do tempo e do contexto social em que se encontra, para estabelecer sua efetiva compreensão.

Assim, salienta-se que a presente seção do texto busca apresentar a reflexão atual acerca do corpo e dos conceitos a ele correlatos como identidade de gênero e

sexualidade, na sociedade contemporânea. Em especial, procura-se focar os corpos femininos, pois é nestes que se desenrolam todas as transformações sofridas pela gestação. E a este corpo estão intimamente relacionados os fenômenos da concepção e da morte do feto viável sendo, portanto, o cenário por excelência do fenômeno do decesso fetal.

3.1 Do corpo produtivo ao corpo objeto

É tão somente na modernidade ocidental que existem as bases simbólicas para que o corpo surja como dimensão a ser regulada, modulada, moldada e transformada. A emergência da percepção do corpo como matéria amorfa está associada aos processos simbólicos operados neste tempo histórico, enfeixados por Weber (1997) na expressão *desencantamento do mundo*. É própria da modernidade a separação do ser humano em relação à natureza, e sobre isto Silva (1999, p.8) afirma:

A perspectiva de independência que se verá surgir na Modernidade tem, entre seus fundamentos, o entendimento do indivíduo como um "ser moral, independente, autônomo e, assim, essencialmente, não social" (Dumont 1985). Esse entendimento vai se constituir, concretamente, apenas entre os séculos XVIII e XIX, e ser interiorizado no século XX. A Modernidade é o momento de culminância de um processo em que não só se encontra a separação entre ser humano e natureza, como também a separação, ainda que formal, entre todos os seres humanos que se tornam, desde então, indivíduos.

A colocação de Silva (1999) é relevante não somente por lembrar que a modernidade aprecia o ser humano como independente da natureza, mas também inaugura à figura do ser humano independente de outros seres humanos, formalmente, a ideia de indivíduo. Estão nestas interpretações sociais e culturais as bases para a transformação do corpo em algo modulável.

Ao pensador René Descartes é atribuída a base do pensamento racional especulativo que predominou na ciência empírica moderna. Tendo em vista que na modernidade a ciência de bases cartesianas passou a ser o elemento explicador da realidade, tanto Silva (1999) quanto Almeida, Wiggers e Jubé (2014) apontam para centralidade da concepção cartesiana para concepção moderna do corpo. "Em Descartes, o corpo humano é do domínio da natureza, o corpo é puramente corpo,

assim como a alma é puramente alma, princípio que autoriza a razão e a ciência, como sua instituição, a conhecer e dominar o corpo humano [...]” (SILVA, 1999, p.11).

Esta transformação simbólica do corpo como dimensão a ser conhecida e dominada abre espaço para a aplicação do corpo como recurso dentro dos usos econômicos emergentes na modernidade industrial. Almeida, Wiggers e Jubé (2014) propõem a noção de um corpo produtivo:

Em face do acelerado processo de industrialização moderno, o corpo assume, com efeito, outros contornos. É material, concreto, produtivo. Instauram-se outras concepções de corpos, que submetidos ao processo de produção capitalista, tendem a se mercadorizarem e se alienarem (WIGGERS; JUBÉ, 2014, p.967).

WIGGERS, 2014 deixa claro que o corpo se torna um capital a ser utilizado e aprimorado como uma mercadoria. O autor recorre a Foucault quando registra que essa politização dos corpos a que vem tratar-se da vida humana na sua materialidade constituinte, ou seja, dos corpos humanos que a ordem social capitalista pretende utilizar e deles extrair valor.

Na concepção de Foucault (1984, p.146): “nada é mais material, nada é mais física, mais corporal que o exercício do poder”. Assim é a relação entre o corpo humano, dotado de características singulares e a ordem socioeconômica que é colocada em questão. Refere-se então de assinalar uma inscrição gradual no ordenamento social que avança sobre diferentes aspectos da vida biológica e social do humano. É o que se pode observar na passagem que se segue:

O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo [...] Tudo isso conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio (FOUCAULT, 1984, p. 146).

Ainda que seja latente em nossa sociedade a função econômica do corpo, todo o processo de objetificação e individualização relacionado à sua construção social,

enquanto corpo produtivo, permitiu a construção de ressignificações e identidades sobre este corpo. Segundo Chacham (1999), o corpo como objeto tornou-se um símbolo dentro da sociedade que o considerará aceitável, ou não, conforme a cultura daquela estrutura social. O indivíduo é visto através de uma lente cultural, e encontra-se uma idealização da imagem corporal como padrão que deverá ser seguido. No meio escolar, por exemplo, que é constituído por crianças e adolescentes, que estão se sociabilizando, a imagem do corpo é tomada como importante fator de identidade e de comunicação. Neste contexto a autora destaca que o corpo tenta avançar para além de uma abordagem naturalística que enfatiza o carácter biológico, em detrimento de relevantes questões sociais (CHACHAM, 1999).

Ao passo em que a modernidade e seu investimento sobre o corpo criam espaço para a modelação e imposição de padrões socioculturais sobre este, por meio dos mecanismos da individuação, o avanço deste mesmo mecanismo científico e técnico cria condições para radicalização desta condição de indivíduo e libertação do corpo. ao apresentar o decurso histórico de transformação das identidades na modernidade, evidencia os postulados basilares da teoria marxista que recusa a visão de ser humano como derivado de uma essência única, racional e especulativa, associados à descoberta freudiana do inconsciente, como dimensão paralela à racionalidade, com forte influência sobre ela. Estes preceitos epistemológicos foram elementos que abriram brechas para dissolução da figura moderna do ser humano como ser parido e guiado pela razão instrumental. (MARTINS, 2019).

É, contudo, no âmbito do pós-segunda guerra, em um contexto cultural em ebulição, que no ocidente capitalista gesta o movimento da contracultura, que segundo Diniz (2005 *apud* MARTINS, 2019, p. 45) pode ser concebida: “como um conjunto de valores (em sua vasta maioria não formalizada) e, sobretudo, como experiência e prática”. Uma manifestação de insatisfação da juventude com o modo de vida padronizado por uma métrica de consumo mascarado como liberdade. Em idos da década de 1960, as brechas anteriormente expostas são exploradas por meio de movimentos de contestação social que buscavam se contrapor ao denominado “sistema” afirmando a individualidade e a liberdade do corpo como uma fronteira subversiva.

Albuquerque (2001) relembra que ao largo de sua trajetória a modernidade teve sempre de lidar com movimentos contraditórios a ela que, em geral, sempre procuraram afirmar valores ligados à tradição e à natureza. O movimento *hippie* da década de 1960 apresenta-se nesta perspectiva para a autora. Este movimento, em especial, dá origem à contracultura e, como destaca Albuquerque (2001), trata-se do movimento político e cultural mais influente do século XX.

Inspirados na defesa da espontaneidade e na nostalgia da unidade, esses rebeldes cabeludos chamados *hippies* foram buscar alternativas à civilização moderna em práticas e crenças tradicionais e estranhas ao nosso quadro cultural, bem como em saberes e conhecimentos populares e nativos. Ioga, *tai-chi-chuan*, meditação zen-budista, medicina chinesa e hindu, ervas medicinais, astrologia e alimentação vegetariana são algumas das práticas que passaram a ser divulgadas no ocidente através da contracultura, **com fortes conseqüências (SIC) para o corpo** (ALBUQUERQUE, 2001, p.9, grifo nosso).

Ainda que movidos por intenções subversivas, os contestadores *hippies* são absorvidos pelo sistema que procuravam questionar. E, a partir das décadas de 1980 e 1990, seu estilo de vida subversivo e contra cultural torna-se um ramo da cultura denominado cultura alternativa. Uma cultura que, segundo Albuquerque (2001), associa todo o tradicionalismo resgatado pelos movimentos da década 1960, ao progresso técnico científico, sem construir uma incoerência interna. “Outros aspectos característicos da cultura alternativa são, por um lado, a ausência da dimensão política e de uma visão mais coletiva e, por outro a presença marcante de questões ligadas ao auto-conhecimento (SIC), saúde, psicoterapia e ecologia” (ALBUQUERQUE, 2001, p.10).

É justamente neste contexto da cultura alternativa que as práticas de cuidado e bem-estar corporal vão ganhando grande espaço, principalmente por passarem a ser difundidas pelos diversos tipos de mídia (ALBUQUERQUE, 2001). A dedicação ao cuidado do corpo exacerbou os aspectos meramente físicos, tornando-se o próprio corpo um cartão de visitas que antecede a própria comunicação verbal do indivíduo. O corpo, paradoxalmente, passa a ser algo muito mais do que os seus aspectos físicos ou funcionais. Ele, em si próprio, comunica mais do que o próprio indivíduo, já que é por meio dele que se dá a primeira percepção do mundo exterior ao nascer, antes mesmo da consciência do próprio ser (CHACHAM, 1999).

Shilling (1993, p.5 citado por CHACHAM,1999) relata que os corpos são usados como criadores de separações sociais, principalmente na sociedade contemporânea, pois o “eu” e a identidade de uma pessoa estão significativamente emparelhados a eles. Da personalidade inacabada do corpo, surge a noção do corpo como um delineamento, isto é, ele é visto como uma entidade que está em processo de ser remodelado; um projeto no qual o indivíduo deva trabalhar e apossar-se dele como parte da construção de uma identidade própria. Criar e manter um corpo saudável e em boa forma física, mantendo uma aparência jovem, é um exemplo de um tipo de “projeto corporal” cada vez mais comum na sociedade contemporânea.

O controle e a modelação do corpo, para Giddens (2002), transformaram-se em projeto de vida e é a fonte de identidade na era pós-moderna. As desigualdades sociais são construídas e desenhadas nos corpos. Deste modo, reconhece-se o seu significado prático enquanto recurso pessoal e simbólico que transmite mensagens sobre a identidade do indivíduo e sua maleabilidade, que permite sua modelação através da vigilância e esforço de seus proprietários. Tais ações corporais, instituídas por meio da comunicação, do embelezamento corporal, da indumentária entre outras expressões, são assimiladas por Giddens “[...] um fluxo em que a monitoração introspectiva que o indivíduo mantém é fundamental para o controle do corpo [...]” e que devem ser sustentadas diariamente em suas vidas. (GIDDENS, 2002).

3.2 Diferenças, desigualdade e transformação dos e nos corpos

Como consequência do metabolismo biológico o corpo está sujeito a transformações típicas das diferentes fases do ciclo vital. O corpo humano, apesar de ser biologicamente constituído da mesma forma, varia em sua tenacidade constitutiva, em relação ao sexo (variação esta que é essencial para esta pesquisa), em altura, em peso, em quantidade cabelos, cor da pele, cor dos olhos etc. Sobre este ciclo vital dos corpos a cultura refluí e o sequestra para seu universo de símbolos, significados e rituais, engendrando a este processo natural uma perspectiva eminentemente simbólica (DAOLIO, 1995).

Como visto anteriormente, em nossa sociedade o corpo transforma-se em receptor e emissor de uma mensagem simbólica, socioeconômica e cultural, atrelada às perspectivas de transformação de seus proprietários. Como receptor, enfeixam-se sobre o corpo regras, valores, publicidades, etc. que visam conformá-lo aos padrões socialmente aceitáveis. Enquanto emissor por meio das roupas, dos gestos, dos pelos, dos cheiros etc. o corpo transmite de volta à sociedade sua aceitação ou não dos padrões. Neste sentido o corpo permite identificar a posição do sujeito seu proprietário dentro da amplitude do espectro socioeconômico (WIGGERS; JUBÉ, 2014)

Neste sentido é preciso ponderar a dimensão das desigualdades sociais construídas e reafirmadas sobre o corpo. Barros (2006), ao debater a relação existente entre os conceitos de igualdade, desigualdade e diferença, lança questionamento de por que, a despeito das inúmeras diferenças físicas que a diversidade da constituição dos corpos humanos apresenta apenas algumas delas – como a cor da pele ou sexo – são mobilizadas como chave para estruturação de processos de desigualdade social.

Em resposta a esta questão Barros (2006) propõe uma interpretação semiótica das relações existentes entre os conceitos de igualdade, desigualdade e diferença. Como aponta o autor, a igualdade é um conceito complexo e ao longo da história da humanidade, se define em contraposição aos seus antônimos, “por um lado, a Igualdade opõe-se a Diferença, mas, por outro lado, se contradita com Desigualdade” (BARROS, 2006, p.200). Neste sentido o autor propõe-se a conceituar os antônimos da igualdade, ponderando que as diferenças, em primeiro lugar, estão relacionadas à diversidade da condição humana, sendo a diferença inerente a questões essenciais da existência. Já a desigualdade, por seu turno, é uma questão circunstancial e deriva da dinâmica das relações sociais, nas palavras do autor:

[A desigualdade] é sempre circunstancial, seja porque estará localizada historicamente dentro de um processo, seja porque estará necessariamente situada dentro de determinado espaço de reflexão ou de interpretação que a

especificará (um determinado espaço teórico definidor de critérios, por assim dizer) (BARROS, 2006, p.201).

Quando pensa então a operação destes conceitos, em termos de suas consequências sociais práticas, Barros (2006) propõe que nem todas as diferenças que os seres humanos podem apresentar entre si são convertidas em relações sociais desiguais. Em termos de uma exemplificação da operação de sua proposição o autor recorre à condição de desigualdade riqueza e as diferenças de nacionalidade, cor da pele e sexo biológico. Na formulação do autor entre um rico e o miserável existem inúmeras graduações e uma possibilidade de transitar-se entre elas, como também, a desigualdade de riqueza destes sujeitos se transforma em diversas outras desigualdades correlatas, como restrição da liberdade de ir e vir. Por outro lado, no termo das diferenças de sexo biológico, por exemplo, não é concebido a existência e um meio termo entre o macho e a fêmea, bem como no campo cultural a homossexualidade não se afirma como um meio termo e sim como uma essência própria; em termos de uma comparação, não há como dizer que um homem homossexual é mais ou menos homossexual que uma mulher lésbica. Da mesma maneira a cor da pele e as nacionalidades, entre o branco o negro e o pardo surgem como uma nova essência, ou, entre um brasileiro e um argentino o inglês desponta como outra essência completamente diversa e tampouco se pode dizer que haja um que seja mais do que outro (BARROS,2006).

De maneira mais simplificada, pode-se dizer que as Desigualdades relacionam-se mais freqüentemente (SIC) ao Estar ou mesmo ao Ter (pode-se "ter" mais riqueza, mais liberdade, mais direitos políticos), enquanto as Diferenças relacionam-se mais habitualmente ao Ser ("ser negro", "ser brasileiro", "ser mulher") (BARROS, 2006, p.206).

Neste sentido, pode-se concluir junto a Barros (2006) que a seleção dos aspectos relacionados às diferenças humanas que serão operacionalizados como fundamento para relações de desigualdade são deliberadamente objeto de uma construção simbólica e exclusivamente social, historicamente datável.

E deriva deste processo de apreciação das diferenças e desigualdades dos corpos, ao longo do desenvolvimento histórico da sociedade ocidental, como anteriormente

debatido na transformação do corpo produtivo em corpo objeto, a possibilidade de transformação e apropriação dos corpos como parte de uma expressão sociocultural ao mesmo tempo individual e coletiva. Pensando nestas formas de expressão Carreteiro (2005) define o corpo como quatro subtipos: território, viril, excesso e beleza. O corpo quando considerado como território, traz expressões ou marcas que transmitem alguma mensagem ao público que o assiste, ou serve como objeto de maus tratos do próprio dono; já o corpo viril é aquele que se mostra forte diante das pessoas, é considerado sob a modalidade de força física e em que o olhar do outro poderá influenciar sobre a virilidade do corpo; o corpo do excesso é aquele que utiliza o corpo para praticar excessos consciente ou inconscientemente, sejam de formas práticas que geram dependência ou quando se planeja uma imagem de corpo desejável; e por fim, o corpo-beleza, aqueles que apresentam cada vez mais tendência em modificar seu corpo pela estética, com finalidade de torná-lo no padrão de beleza definido pela sociedade (CARRETEIRO, 2005).

3.3 O cenário do decesso fetal: o corpo grávido

Quando se refere a transformação do corpo, não se deve esquecer a gestação e as mudanças corporais ali existentes, pois, a gravidez exige um enfrentamento de importantes eventos vitais, como as mudanças físicas e psicossociais, com repercussões na prática familiar e na formação de laços afetivos entre os envolvidos. O processo gestacional, ainda pode ser considerado como um período de adaptação que demanda equilíbrio, e tais mudanças estão intimamente relacionadas aos ritmos metabólicos, hormonais e ao processo de adequação à nova imagem corporal (ARAÚJO, 2009).

As alterações que ocorrem no organismo feminino para acomodar o feto durante o período gestacional são enormes. Envolvem todos os sistemas e são de grande relevância e o conhecimento destas alterações é importante para a detecção de quadros anormais ou patológicos (BURTI *et al.*, 2006). Dentre as principais alterações pode-se citar: endócrinas (hipervolemia, aumento na velocidade da circulação sanguínea, aumento da frequência cardíaca, diminuição da tolerância ao calor, extra-sístoles, dispneia, ansiedade, entre outros sintomas); cardiorrespiratórias

(desenvolvimento acentuado da rede vascular do útero, aumento da pressão venosa dentre outros); digestórias (modificações funcionais e estruturais como resultado das alterações hormonais, metabólicas, musculoesqueléticas e físicas); urinárias (rins aumentam de peso e tamanho, sofrem dilatação da pélvis renal, aumento da taxa de filtração glomerular); dermatológicas (as alterações na pele e anexos durante a gravidez ocorrem principalmente pela ação dos hormônios e pelo aumento do metabolismo); musculoesqueléticas (conforme o útero cresce, o abdome dilata e a mulher muda seu centro de gravidade (CG) tendo seu peso anteriorizado. Para manter o equilíbrio, é necessário adaptar a postura e a musculatura responsável por esta).

O corpo gravídico busca um novo equilíbrio para adaptar-se às alterações sofridas nesse período. As alterações não acontecem apenas no corpo da mulher, mas também na vida das 'pessoas grávidas', nas suas relações e nos seus sentimentos. Estas alterações multifatoriais que envolvem mudanças bioquímicas, hormonais, fatores psicológicos, como tensão emocional, oscilações entre aceitação e rejeição da gravidez, dentre outros, têm também a participação ativa do pai com o seu corpo nesse processo. "Atualmente, o homem participa e se envolve mais ativamente no período gestacional da companheira. Ele vem se fazendo mais comprometido no ciclo gravídico-puerperal, pelas mudanças de comportamento" (SILVA; SILVA, 2009, p.399).

Segundo as autoras, as unidades de saúde não valorizam a realidade afetiva pela qual passa a gestação, focando-se apenas no aspecto biomédico e centraliza a atuação do profissional apenas no processo biofisiológico da gestação. É necessário que haja também um enfoque humanizado para se perceber a gestação em sua plenitude. A enfermagem deve valorizar, durante o cuidado com a gestante, o enfrentamento singular de cada um em seu contexto histórico e cultural.

Kellner e Lake (1996) relatam que por ocasião do decesso fetal rompem-se bruscamente as relações que estavam sendo estabelecidas entre a mãe e seu filho e que além de perderem uma parte do seu corpo as mulheres detectam grandes alterações em sua imagem corporal, sentindo-se sujas e com rompimento da

integridade corporal. Ressaltam que os profissionais da saúde devem ter em mente que o processo de luto é normal e doloroso e que não tem como evitar as expressões de dor e pesar e que cada resposta é única.

Para Felzmann (2000), a enfermagem da área obstétrica deve dispensar o mesmo cuidado prestado às mulheres com bebê vivo às puérperas com feto morto, distinguindo apenas no apoio psicológico. A autora concluiu que grande número de variáveis pode causar a morte fetal e que a não realização do pré-natal ou uma assistência de pré-natal e hospitalar de má qualidade podem ser decisivas para o decesso fetal. Tais questões devem ser bem avaliadas pelos profissionais de saúde.

3.3.1 Adaptações da mulher na gravidez

A gravidez é uma experiência singular na vida de algumas mulheres, São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem acarretar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo, num período de cerca de 40 semanas e que vai desde a concepção até o parto. A presença da placenta gera modificações endócrinas por produzir hormônios similares ou idênticos aos maternos, há alterações em todo o sistema circulatório e endócrino metabólico, com repercussões em outros sistemas do corpo. Não só modificações fisiológicas, mas as transformações físicas e hormonais preparam a mulher para a vida com o novo ser (CANAVARRO, 2001).

Segundo Justo (1986, p.12), a grávida irá desenvolver e integrar diversas adaptações psicológicas, em sincronia com o normal desenrolar das adequações fisiológicas que acompanham, numa sequência cronológica, o crescimento e desenvolvimento do novo ser humano. A gravidez pode representar para algumas mulheres o momento de desenvolvimento e construção que traduz reações biológicas de sentimentos e comportamentos. Neste sentido pode representar níveis de ansiedade por ela experimentados durante a gravidez, dependendo dos fatores genéticos, socioculturais, fatores associados à história pessoal (idade, relação com a mãe, profissão, experiências prévias de gravidez e maternidade), personalidade e

relações familiares, sociais, religiosas, amorosas ou educacionais (CANAVARRO, 2001; CONDE; FIGUEIREDO, 2003).

Para um grupo de mulheres a maternidade desempenha um papel concreto que seria o papel feminino, no entanto para outras elas acreditam ser algo que remete à dor e ao sofrimento, remete cuidar de filhos e marido, além de ser superprotetora, trocar fraldas, dar banho, dar carinho, dar beijinho, dar colo, cuidar de todos (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; LEMOS *et al.*, 2014).

OLIVEIRA (2005), aponta o período da gestação como um terremoto hormonal, físico e psicológico, que encerra os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano, ou seja, a gestação é repleta de sentimentos intensos em que se percebem diversas mudanças no organismo das mulheres e que pode vir cercada de estranhas reações que acompanham todo o desenvolver do processo até o parto. De acordo com De Marco *et al.* (2012), as mudanças interpessoais e intrapsíquicas ocorridas durante a gravidez envolvem perdas e ganhos que justificam os sentimentos opostos vivenciados, como a potência e fertilidade dos pais, mas também o medo e angústia causados pela chegada do bebê, que causará grandes mudanças.

Na psicologia da gravidez, os três trimestres são concordantes com os do período gestacional biológico (BAYLE, 2006). No primeiro trimestre da gravidez, como efeito da ação hormonal da progesterona e estrogênio, as alterações corporais confirmam à mulher o seu novo estado (BAYLE, 2006). O segundo trimestre da gravidez é um período mais corporal em que a mulher começa a perceber os movimentos fetais. A partir da maneira como são percebidos estes movimentos que as gestantes vão atribuindo características de temperamento ao bebê, além de expressarem que a interação passou a ser recíproca (BAYLE, 2006). Nessa fase, as modificações no corpo se tornam mais evidentes e do ponto de vista emocional pode-se considerar um período mais estável em que a mulher pode sentir o prazer de gerar uma nova vida, porém os conflitos emocionais podem continuar presentes (BAYLE, 2006). Durante o terceiro trimestre aumenta novamente o nível de ansiedade pela proximidade do parto. Os sentimentos são contraditórios: a vontade de ver o filho, de

terminar a gravidez e, simultaneamente, o desejo de prolongá-la em razão de tudo o que lhe contaram sobre o parto, como a dor no trabalho no parto, o medo de morrer e o medo de não ser uma boa mãe (MOTA, 2011).

3.3.2 Vivências e sentimentos associados à gravidez

Segundo Pio (2012), algumas mulheres podem se sentir vulneráveis quando recebem o diagnóstico de gestação, ao absorver o impacto da necessidade de alterar seu dia a dia. Além disso, podem concretizar os temores e ansiedades agravando o estado de ambivalência comum em gestações, em que alegria e medo, vida e morte estão implicados, repercutindo na vivência da gestação e retroalimentando a condição patológica em razão da vulnerabilidade emocional.

A vulnerabilidade emocional se passa no decorrer do trimestre, o medo de abortar, as oscilações de humor, os desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço são comuns no primeiro trimestre. Já no segundo trimestre a gestação vai ficando mais concreta com a percepção dos movimentos fetais, ansiedade e alteração no desejo sexual. Com a proximidade do parto no terceiro trimestre, a ansiedade se intensifica, medos e aumento de queixas físicas.

Segundo Oliveira (2005), em geral, as mulheres ao vivenciarem a gravidez, atribuem diversos significados ao processo reprodutivo, principalmente quando elas têm conhecimento de pertencer a um grupo de alto risco, podendo constituir um evento gerador de vulnerabilidades, estando propensas a desenvolverem um desgaste psicológico advindo do medo e das incertezas que ameaçam a sua saúde e do seu bebê.

Ao não conseguir suportar a realidade do seu diagnóstico e as limitações impostas, a gestante pode sabotar as alternativas de tratamento, negar sua condição ou acreditar não ser real a existência de conflitos, expondo-se a riscos que agravam o processo, protelando o tratamento ou a realização de exames, podendo acarretar dificuldades para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê (PIO, 2012).

Os efeitos da gravidez de alto risco pode ser classificados em distúrbios emocionais e de desintegração familiar. As famílias que resistem ao estresse emocional provocado pela gravidez de alto risco, são aquelas que se adaptam melhor às mudanças e mobilizam recursos para manter o funcionamento familiar. Qualquer gravidez tem uma parcela destas, mas a de alto risco impõe maior pressão sobre o indivíduo e suas relações ao incluir níveis mais elevados de ansiedade e depressão, diminuição da satisfação conjugal e os temores sobre o bem-estar materno e fetal (LUTZ, MAY 2007).

É importante que o profissional de saúde tenha conhecimento e sensibilidade para identificar e compreender o processo emocional relacionado ao acompanhamento da gestação tanto de risco habitual bem com a gestação de alto risco, e assim orientar as gestantes sobre o momento vivenciado por elas, de forma a atenuar seus medos e ansiedades (BRASIL 2010; COSTA *et al.*, 2010). É comum neste momento que exista um grau elevado de ansiedade, dúvidas e preocupações com a gestação. Cada mulher tem um desempenho diferente sobre a maternidade e vive esse período de acordo com seu histórico familiar e sua forma de ver o mundo. A ambivalência nos sentimentos sobre o desejo ou não pela gestação, medo real da perda do bebe tão esperado, mudanças no humor por conta dos hormônios, alterações no corpo e sintomas como enjoos, desejo e negação por alguns alimentos (BRASIL, 2010).

3.3.3 Os fatores determinantes de risco na gravidez, mortalidade materna e políticas de saúde

Risco se refere à probabilidade de ocorrer um desfecho desfavorável para a saúde, seja de um dano biológico ou um fenômeno indesejado, evidenciado pela relação de causa-efeito (AYRES, 2011). A Organização Mundial da Saúde estabelece que o risco esteja atrelado à identificação de fatores maternos e fetais que contribuem para o surgimento de complicações durante a gestação, parto e nascimento (AYRES, 2011).

Gestação de alto risco é aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2012). Compreendem uma variedade de condições clínicas ou clínico-obstétricas que complicam a gestação, requerendo adaptações físicas e psicológicas e atenção especializada (BARROS, 2009).

Uma parte das gestantes acompanhadas no pré-natal já possuem fatores de risco ou doença pré-existente para serem classificadas como gestantes de alto risco. Mas, há um grupo de gestantes que apresentarão algumas alterações durante o acompanhamento pré-natal e serão reclassificadas a partir do risco identificado (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco gestacionais podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as alterações que possam surgir nas etapas da anamnese, exame físico geral e obstétrico que apontem algum risco gestacional e encaminhar as gestantes ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde, no ano de 2000, dividiu os determinantes de risco na gestação em quatro grupos. Essa classificação é usada como referência no encaminhamento das unidades básicas de saúde para o atendimento especializado de pré-natal de alto risco (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal pode ser considerada um importante prognóstico ao nascimento (BRASIL, 2012). As baixas taxas de adequação no atendimento pré-natal, nos diferentes níveis, podem resultar em desfechos indesejáveis como o nascimento de crianças prematuras, além de contribuir para a mortalidade materna e perinatal (MARTINELLI *et al.*, 2014).

O indivíduo tem direito a uma assistência à saúde com qualidade que depende de uma série de componentes em que os serviços de saúde devem oferecer uma atenção efetiva, eficaz, eficiente, segura, com foco no sujeito, com respeito aos seus direitos, acessibilidade e equidade (ANVISA, 2013). Ainda assim vemos gestantes sem acesso a informações confiáveis, sem vinculação ao sistema de saúde e muitas vezes sem condições de frequentar as consultas. Na nossa realidade esta atenção

não atende o idealizado; as gestantes iniciam o pré-natal tardiamente e os serviços nem sempre cumprem o conjunto mínimo de ações preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Nesse sentido, em 2000, iniciou-se a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que é mais um esforço do Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade de todo o processo da gravidez, embasando-se nos direitos de cidadania. Este programa propõe a redução da mortalidade materno-infantil e a melhoria da qualidade da assistência pautada em princípios da humanização, para atender a mulher em todo o processo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

Portanto faz-se necessário uma ação conjunta entre a sociedade civil, profissionais da saúde e o poder público, A participação de muitos é sempre voltada à atualização de todos; é uma tarefa contínua em busca de renovar conceitos e aprimorar conhecimentos aplicáveis a assistência, agindo com o propósito de melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher no período gravídico puerperal torna-se fundamental para o exercício do cuidado humanizado no parto e nascimento. (PRENABE, 2019).

Aqui, quero apenas ressaltar que, ao negar às mulheres o controle sobre seus corpos, o Estado privou-as da condição fundamental de sua integridade física e psicológica, degradando a maternidade à condição de trabalho forçado, além de confinar às mulheres a atividade reprodutiva de um modo desconhecido por sociedades anteriores.

(Sílvia Federeci)

CAPÍTULO

A MATERNIDADE

E O PAPEL

SOCIAL

DA MULHER

4

4 A MATERNIDADE E O PAPEL SOCIAL DA MULHER

Se o debate sobre gênero escancara um movimento ideológico deliberado de construção de uma identidade social que – por meio de um discurso biológico procura construir a naturalização da desigualdade a partir de sua justificação pela diferença entre homens e mulheres – inferioriza as mulheres. É na percepção do papel da mulher com relação à gravidez, a esfera mais essencial e o sentido mais estrito da ideia de reprodução do ser social, que encontramos a materialização deste processo histórico de marginalização da mulher.

A efetiva compreensão deste movimento pede a percepção de movimentos históricos associados em relação à consolidação da sociedade capitalista industrial moderna: a desvalorização do trabalho reprodutivo em relação ao trabalho produtivo e, concomitantemente, o movimento de construção de dispositivo de controle social sobre as práticas corporais e a reprodução destes.

Os valores da era moderna capitalista industrial são baseados nos princípios renascentistas que, dentre outras coisas, recuperam a antiga divisão Greco-romana entre o público e o privado de maneira alterada, dissolvendo-as em uma perspectiva niveladora: o social (ARENDR, 2007). O social é interpretado por Arendt (2007) como uma força niveladora que impõe aos diferentes um nivelamento dos comportamentos, da colocação dos homens em uma grande família comum que normaliza. Um grande mecanismo que faz das ações dos seres previsíveis e é esta previsibilidade que fundamenta a estatística e a economia política. E este movimento é descrito pela autora como a elevação à esfera pública de questões relacionadas à organização do processo vital, antes restritas ao ostracismo e a indignidade da esfera privada, nas palavras de Arendt (2007, p.56):

A promoção do labor à estrutura de coisa pública, longe de eliminar seu caráter de processo [...] liberou, ao contrário, esse processo de sua recorrência circular e monótona e transformou-o em rápida evolução, cujos resultados, em poucos séculos, alteraram inteiramente todo o mundo habitado.

Apesar de na modernidade ocorrer determinada revalorização do trabalho, nem todo trabalho é avaliado da mesma maneira. No escopo de uma divisão sexual do trabalho, que é conhecida pela arqueologia e pela etnografia desde os tempos pré-históricos (ENGELS, 1984), nos tempos modernos distingue-se de maneira perversa os trabalhos produtivos dos trabalhos reprodutivos, isto é, o trabalho que é alienado no mercado do trabalho que é alienado no lar (doméstico).

Na visão de Rodriguez (2010, p.33):

O trabalho reprodutivo por sua vez é o conjunto das atividades que se realizam para o cuidado das pessoas e seu desenvolvimento, inclusive a “produção de produtores” ou reposição da força de trabalho. A maior parte delas é realizada por mulheres em forma gratuita, e ainda que também sejam necessárias para cobrir necessidades humanas, quando não passam pela valorização do mercado, não são remuneradas (grifos do autor).

De uma perspectiva histórica Federici (2004) sustenta que esta divisão e a consequente desvalorização do trabalho reprodutivo, nos tempos modernos, remete aos idos da idade média quando se transformavam as relações de trabalho nos rudimentos do processo que hoje conhecemos como assalariamento. Aponta a autora para uma atuação deliberada das instituições políticas no sentido de coibir, desvalorizar e não remunerar o trabalho exercido pela mulher mesmo em função equivalente ao homem, tornando-a uma mulher instável perante a sociedade.

Assim, se uma mulher costurava algumas roupas, tratava-se de “trabalho doméstico” ou de “tarefas de dona de casa”, mesmo se as roupas não eram para a família, enquanto que, quando um homem fazia o mesmo trabalho, se considerava como “produtivo”. A desvalorização do trabalho feminino era tal que os governos das cidades ordenaram às guildas que ignorassem a produção que as mulheres (especialmente as viúvas), realizavam em suas casas, por não se tratar realmente de trabalho, e porque as mulheres precisavam dessa produção para não dependerem da assistência pública, Wiesner acrescenta que as mulheres aceitavam esta ficção e até mesmo se desculpavam por pedir trabalho, suplicando por isso devido à necessidade de se manterem (ibidem, p.84-5). Rapidamente, todo o trabalho feminino, quando realizado em casa, seria definido como “tarefa doméstica”, e até mesmo quando feito fora de casa era pago a um valor menor do que o trabalho masculino – nunca o suficiente para que as mulheres pudessem sobreviver dele. O casamento era visto como a verdadeira carreira para uma mulher e a incapacidade das mulheres de se manterem sozinhas era algo dado como tão certo que, quando uma mulher solteira tentava se assentar em um vilarejo, ela era expulsa, mesmo se ganhasse um salário (FEDERICI, 2004, p.169).

Porém, a efetivação da sociedade capitalista industrial se produz por meio do estabelecimento de refinado dispositivo de controle e disposição dos corpos. Ao investigar a genealogia do poder, Foucault (1999) propõe de maneira semelhante à Arendt (2007), que a economia política e a estatística emergem enquanto dispositivos de operação de um poder que visa homogeneizar os comportamentos. Este “biopoder”, qual denominado por Foucault (1999, p.132),

[...] foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.

Este biopoder, como parte de um projeto estrutural, não se dirige diretamente ao corpo do homem (a este se dirige a disciplina, que inclusive lhe subsidia), mas sim humanidade em suas manifestações coletivas,

[...] o homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, se vocês quiserem, ao homem-espécie [...] na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 2005, p.289).

E sua operação consiste em produzir uma ordem de controle social que prolongue a vida (o “fazer viver”); neste sentido constitui-se em um poder cuja essência é a produção de um saber especializado que controle os fenômenos da vida: natalidade, doença e mortalidade. É a transformação das diferentes áreas da vida em campo de domínio de especialistas: o saber poder (FOUCAULT, 2005).

Foucault (1999), ao discutir a existência de uma repressão ao sexo na sociedade industrial, descreve que os dispositivos de saber-poder atual no sentido de controle da produção narrativa sobre o sexo, colocando-o em uma perspectiva normalizadora, conduzindo e condicionando seu efeito a reprodução. Neste processo “quem tem o poder na ordem da sexualidade (os homens, os adultos, os pais, os médicos) e quem é privado de poder (as mulheres, os adolescentes, as crianças, os doentes)” (FOUCAULT, 1999, p.94). Também aponta o autor para a construção de uma visão médica que normatiza a função da procriação ao corpo feminino por meio da *histerização*.

Federeci (2004) afirma que a diminuição do controle das mulheres sobre a procriação, por meio de processos de criminalização, é um fenômeno cuja importância não pode deixar de ser enfatizada, tanto do ponto de vista de seus efeitos sobre as mulheres, quanto por suas consequências na organização capitalista do trabalho (FEDERECI, 2004). Na visão da autora: “Um elemento significativo, neste contexto, foi à condenação do aborto e da contracepção como um malefício, o que deixou o corpo feminino — o útero foi reduzido a uma máquina para a reprodução do trabalho — nas mãos do Estado e da profissão médica” (p.262). Por meio de um relato histórico ela afirma que:

Está bem documentado que, durante a Idade Média, as mulheres haviam contado com muitos métodos contraceptivos, que consistiam basicamente em ervas transformadas em poções e “pessários” (supositórios vaginais) usados para estimular a menstruação, para provocar um aborto ou para criar uma condição de esterilidade. Em *Eve’s Herbs: A History of Contraception in the West* (1997) [Ervas de Eva: uma história da contracepção no Ocidente], o historiador estadunidense John Riddle nos oferece um extenso catálogo das substâncias mais utilizadas e os efeitos esperados ou mais prováveis. A criminalização da contracepção expropriou as mulheres desse saber, que havia sido transmitido de geração a geração, proporcionando-lhes certa autonomia em relação ao nascimento dos filhos. [...] **Aqui, quero apenas ressaltar que, ao negar as mulheres o controle sobre seus corpos, o Estado privou-as da condição fundamental de sua integridade física e psicológica, degradando a maternidade à condição de trabalho forçado, além de confinar as mulheres a atividade reprodutiva de um modo desconhecido por sociedades anteriores** (FEDERECI, 2004, p.166-167, grifo nosso).

Desta maneira o papel da mulher, principalmente após o século XVIII, define a maternidade como uma de suas responsabilidades primordiais. Ele se constrói historicamente em consonância com os imperativos do modo de produção industrial, tendo como ideal máximo a maternidade, visto como caminho de plenitude e realização feminina. A maternidade assim, se configura, ao longo da história, como uma função valorizada socialmente. Desse modo, ser mãe seria pertencer a uma classe especial, ter uma posição de aparente prestígio na sociedade, que considerava a mulher não mãe, histérica, não realizada e perigosa.

4.1 Gravidez: suas etapas e significados na vida da mulher

Para a concretização da maternidade, a mulher passa por um percurso biológico denominado período gestacional ou gravidez. As mulheres vivenciam a gravidez atribuindo significados ao processo reprodutivo, às necessidades e intercorrências enfrentadas, às causas destas, às ações e aos recursos dos serviços de saúde e outros. Segundo Gough (1971), a mulher é biologicamente predeterminada a gestar e, nos tempos primitivos, ocupou o lugar de cuidar da sua prole. Enquanto a mulher possuía a função doméstica, do cultivo da terra e dos cuidados com os filhos, o marido possuía a função da caça e de outras atividades que exigiam força. Nas antigas estruturas familiares, os homens dirigiam a família e cabia à mulher a função de gerar filhos, cuidar da casa e da prole (GOUGH, 1971).

Quando a mulher se encontra no período gestacional, ocorrem diversas mudanças corporais, onde a mesma deve apresentar-se preparada para a aceitação dessas transformações. Pesquisas relatam que a maioria das gestantes não se apresentam insatisfeitas com o corpo e se sentem livres para engordar, também foi identificado três principais dúvidas das mulheres ao se descobrirem grávidas: quando elas vão aparecer grávidas, onde as mudanças no corpo irão aparecer e o quanto será fácil voltar para o corpo pré-gravidez. Mesmo a maioria das gestantes apresentarem satisfeitas com a imagem corporal, preocupações como estas indicam que a gravidez pode se tornar vulnerável para problemas alimentares (MEIRELES *et al.*, 2015).

Os mesmos autores ainda relatam que a gestação pode produzir sensação de relaxamento, fazendo com que o aumento da gordura corporal possa ser aceito com maior facilidade, porém é constatado que existem outras variáveis patológicas relacionadas ao ganho de peso como a depressão e a falta de atividade física, que pode comprometer diretamente a saúde da gestante e podem influenciar certamente na imagem corporal.

Estudos trazem que um alto número de gestantes é afetado psicologicamente pela sua imagem própria, afetando diretamente a autoestima, em virtude das mudanças

corporais durante o período gestacional e que também afetam no período pós-parto. Araújo (2009) afirma em um dos seus estudos que nos dias atuais, existe uma supervalorização do corpo e beleza advinda da mídia, instituindo um padrão estético e de boa forma.

Com isso, é perceptível a importância da assistência de qualidade durante o pré-natal, pois o mesmo ajuda a mulher a compreender as mudanças ocorridas no corpo, uma forma de informar à gestante sobre a presença do profissional enfermeiro que deve utilizar ações educativas, com o intuito de esclarecer dúvidas e orientar sobre alimentação saudável e deixar claro o reflexo que a melhora da alimentação traz durante o período gravídico e após o parto, principalmente durante o aleitamento materno, promovendo uma gestação e puerpério tranquilo.

Com tais aspectos relevantes diante do exposto, conclui-se que a imagem corporal está intimamente relacionada à discriminação social e de gênero. A sociedade atual tem determinado normas e condutas fundamentadas apenas em relações de homens e mulheres, relações estas que se tornam representações sociais do âmbito masculino e feminino; isso tem tornado a mulher um ser frágil, incapaz e inferior. Portanto, notou-se que foi necessária a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde.

Kehl (1998, p.58) em seus estudos afirma que:

[...] a feminilidade aparece como o conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e de sua capacidade procriadora; partindo daí, atribui-se às mulheres um pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico – a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade.

Mas essa significação não é do indivíduo; configura-se nas relações sociais e nas interações entre as pessoas sendo, portanto, de natureza social. Os significados são constituídos nos espaços sociais coletivos que as pessoas partilham de algum modo e são deles constituintes (FAJARDO *et al.*, 2010; MINAYO, 2012).

A qualidade de vida destas gestantes não é apenas um reflexo de escolhas, de sentimentos e percepções, mas também resultado de políticas e situações sociais a elas impostas; estas mudanças são ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro. Outros temas como alimentação saudável também podem ser discutidos nos grupos de ações educativas. Destacam-se os agravamentos principalmente quando se trata de gestação na adolescência, que vem crescendo cada vez mais no Brasil, como mostra o estudo de Dadoorian (2003), em que desde a década de 1970 é cada vez maior o número de partos entre adolescentes em comparação com o total de partos realizados.

Segundo a Organização das Nações Unidas do Brasil (ONUBR, 2018), o Brasil tem a sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul, com um índice de 65 gestações para cada uma mil menina de 15 a 19 anos, segundo dados referentes ao período de 2006 a 2015. Diante deste contexto Brasil (2010) define que as adolescentes estão classificadas como gravidez de “alto risco”, o qual cita o risco nos seguintes termos:

[...] a gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo, o grupo de grávidas na adolescência ou outras gestantes que desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2010, p. 11, grifo do autor).

Segundo Quayle (1997), na gravidez de alto risco, as intercorrências patológicas e sociais são consideradas fatores de agressão ao binômio gestante-feto, levando a uma instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica.

Quando a gestante de alguma forma deixa de receber uma assistência de qualidade este risco pode ser potencializado e, ela pode sofrer consequências e complicações expondo a risco sua vida e a vida do feto. Um estudo realizado no Brasil com cerca de 430 gestantes, foi identificado que em aproximadamente 77,7% das gestações ocorrem complicações graves (ALVES *et al.*, 2017). Quando se aborda o contexto de complicações gestacionais, é relevante discutir sobre o processo de morte e sua

aceitação, além da importância do profissional da saúde diante deste processo (ALVES *et al.*, 2017; QUAYLE, 1997).

O feneçimento, mesmo sendo uma única certeza do ser humano, ainda é um assunto desconfortante. É caracterizado como um fenômeno natural que gera várias discussões em opiniões diversificadas, porém é cientificamente explicado como parte do desenvolvimento humano, e inerente ao ciclo de vida, porém, podendo se tornar ameaçador e inimigo, pois o não saber assusta, apavora e traz angústia (CORALLI, 2012).

O impacto da notícia promove a necessidade de (re) organização da vida e a privação de certos recursos associa-se à insegurança e ao medo. Mulheres se sentem vulneráveis, temem morrer, receiam a morte do filho, o nascimento prematuro e deformidades, ainda que tenham alguma confiança no sucesso da experiência.

4.2 Importância do acompanhamento durante a gravidez

No Brasil antes da segunda guerra mundial a gestação ocorria na intimidade do lar e não era trazida para a esfera pública. Isto porque a gravidez e a vida pertenciam à natureza e não à sociedade, portanto não deveria ser questionada. As gestantes recebiam atendimento de parteiras em domicílio e dessa forma não se observavam grávidas circulando nos ambientes públicos. Com a conquista das mulheres de novos espaços, a gestação deixou de ser um evento privado para algo de domínio público e médico. A gestante deveria ser uma mulher obediente, que seguia as ordens médicas e que ater aos costumes tradicionais daquela época (TOSTES, 2012).

O discurso de Ester Fischer Homberger sobre o declínio do *status* social da procriação se referiu ao que a autora considera um indicador da mudança da família para funções públicas como marca de status. Ao nível da família, a produção de novos membros não garante a sua inserção na força de trabalho produtivo. A subordinação da reprodução à produção é, também, refletida em tendência mundial, com o aumento da interferência do Estado na esfera da reprodução, embora de

forma mais hegemônica na tentativa de regulamentação da fecundidade, do aborto, do casamento, do divórcio, do que no apoio à reprodução da qualidade da força de trabalho, na sociedade como um todo. O conceito de que a contribuição feminina independente para a reprodução acompanhou a desvalorização da procriação (STOLKE, 1980). Verena Stolke sugere que, embora a sexualidade feminina seja a raiz da sua subordinação, tem estatura menor, menor força muscular, as dimensões do cérebro e o processo reprodutivo que "enfraquecia" caracterizavam a chamada "inferioridade biológica da mulher", ter um útero significa parir, este controle na sociedade burguesa é determinado pelo papel da família na reprodução da desigualdade de classes (STOLKE, 1980).

[...] Esta autora aponta o papel da ciência e o fato de que as teorias biológicas das diferenças sociais foram suportes ideológicos importantes, no Século XIX, para explicar as crescentes desigualdades sociais nas potências colonizadoras. A manutenção da condição privilegiada da classe dominante, na sociedade burguesa que propagava uma ideologia de igualdade, foi justificada pela hereditariedade de características biológicas superiores. Para sustentar a justificação, ao nível das classes sociais, era necessário, portanto, garantir a reprodução biológica intraclasse que, por sua vez, implicava o controle da sexualidade das mulheres, e seu isolamento social e reclusão doméstica (GIFFIN, 1991,36 p).

Um crescente reconhecimento de que mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente das mulheres, esta era vivida em condições de opressão (AQUINO *et al.*, 2003). Nesse momento sedimentava-se um movimento de mulheres cuja palavra de ordem era "nosso corpo nos pertence", fortalecendo-se a luta para dar visibilidade a iniquidade de gênero, defender a integralidade e a humanização, evitar a discriminação e a opressão, e alcançar o protagonismo de sua saúde reprodutiva (AQUINO *et al.*, 2003). A gestação neste período foi redefinida e passa a ser vista como um objeto simbólico, sua barriga não é mais sua, o seu ventre se torna um espaço que os outros se sentem autorizados a interagir (DAVIS-FROYD, 2003; LOURO, 2013; TOSTES, 2012).

Os valores atribuídos à gestação, parto e nascimento ao longo dos séculos, mudam de perspectiva, o processo que era exclusivo do universo feminino e ações que antes elas "realizavam" se transformam em um acontecimento médico; são estágios pelos quais as mulheres "passam" ou fatos que "acontecem com elas" (MANICA,

2006). A mulher precisa ser salva pela medicina médico-cirúrgica, a tecnologia e as intervenções tomam conta do nascimento e a gestante perde a autonomia de próprio corpo, pois já não é mais capaz de fazê-lo por si só (CASTRO; CLAPIS, 2005). Tal fato abre caminhos para a afirmação da obstetrícia como matéria médica na formação profissional e institucionalizou-se, assim, o parto hospitalar intensificando sua intervenção (MOURA *et al.*, 2007).

Em 1970, com os movimentos feministas e nas lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o modelo biomédico da assistência ao parto começou a ser questionada (TORNQUIST, 2002). Os estudos liderados pela medicina baseada em evidências desmistificam a necessidade de tantas intervenções no parto e o corpo que era incapaz de parir volta a ser apto a dar à luz (JONES, 2008). Neste sentido, as políticas da OMS desde o ano de 1985 têm se desdobrado para alertar aos profissionais da assistência ao pré-natal, parto e nascimento sobre a desmedicalização do parto. Os riscos inerentes ao excesso de medicalização têm apresentado repercussões prejudiciais ao binômio mãe e filho. Portanto vincula uma necessidade de disseminação de novos conceitos de cuidado em saúde na gravidez e no parto, é preciso que a equipe que presta cuidados ao parto e nascimento mude paradigmas. Torna-se necessária mudança da cultura e dos valores predominantes na sociedade brasileira com relação ao parto e ao nascimento, conforme cita-se:

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos (TESSER, 2006). Esta contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto (LEÃO *et al.*, 2013, p.2396).

A generalização do uso de exames pré-natais e monitoramento médico excessivamente tecnificado, expõe mãe e filho a intervenções muitas vezes desnecessárias (CHACHAM, 1999). Observa-se uma correlação positiva entre o número de consultas pré-natais e a probabilidade de uma cesariana, mesmo em gestações de menor risco (HURST; SUMMEY, 1984). É essencial que a mulher participe ativamente do processo de parturição e, assim, deve ser informada sobre

seus direitos em saúde em geral e no ciclo gravídico puerperal. A falta de informação e/ou o recebimento de informação equivocada contribuem para que a gestante desconheça as vantagens do parto vaginal em relação à cesárea, quando não há indicação para realização de parto cirúrgico (SOUZA *et al.*, 2013). A cesariana além de aumentar a morbi-mortalidade materna, por estar associada à maior predisposição a intercorrências como hemorragias, infecções e possibilidade de laceração acidental de alguns órgãos internos, contribui para a prematuridade iatrogênica, onde bebês são retirados sem indicação, em mulheres com cesarianas agendadas ou avaliação incorreta da idade gestacional, desmame precoce e desvios do crescimento infantil (PRIOR *et al.*, 2012; VILLAR *et al.*, 2006).

Em estudo de Domingues *et al.* (2014) que teve por objetivo escrever os fatores referidos para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação e reconstruir o processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil, a taxa de cesárea em São Paulo ultrapassa 40%, sendo que em serviços privados chega a atingir 88%, o que coloca o Brasil entre os países com maior proporção de cesárea, com 52% do total de nascimentos no país ocorrendo por meio dessa cirurgia e muito longe da taxa apresentada há décadas como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS): 10 a 15% (WHO, 1985).

As iatrogenias começam a ser questionadas e o parto volta a ser um evento familiar, desde que a mulher se empodere e se torne protagonista desse processo, no Brasil este movimento ficou conhecido como humanização de parto e nascimento (DINIZ, 2005). Neste sentido, as consultas de pré-natal têm papel fundamental na disponibilização das informações para autonomia da mulher no processo gravídico que vivencia.

A consulta de pré-natal desde o início da gestação permite que a gestante se torne crítica e entenda seus direitos como cidadã e da assistência que deve ser oferecida. A cada consulta a criação de vínculo com os profissionais de saúde, as conversas, troca de informações faz com que as dúvidas e medos vão sanando e aproximando a mulher e sua família do parto vaginal. Entre os benefícios do parto vaginal estão: o contato precoce entre a mãe e o bebê; possibilitando uma melhor recuperação

materna; permite a compressão pulmonar do recém-nascido pela via de parto, resultando em menor ocorrência de desconforto respiratório; contribui para baixos índices de infecção, hemorragia pós-parto e morte materna e resulta em menor custo, por dispensar uso de procedimentos cirúrgicos.

Uma assistência de pré-natal individualizada, com foco nas necessidades da mulher é o que faz com que essa gestante seja alguém consciente e responsável por suas escolhas, além de detectar de forma precoce os fatores que podem transformar uma gravidez de risco habitual em uma de alto risco, possibilitando ações e monitoramento para aqueles que são passíveis de mudanças (LAFURIE *et al.*, 2011).

4.3 Pré-natal

A gestação é um processo biológico do organismo feminino que implica em modificações fisiológicas, sociais e emocionais, sendo considerada saudável quando sua evolução permite o desenvolvimento adequado do feto e a redução de complicações à mulher (BRASIL, 2012). O acompanhamento de pré-natal na atenção básica, sistemático e organizado atendendo a normatização preconizada acerca da periodicidade das consultas, e das ações a serem realizadas, permite o desenvolvimento do vínculo, e atribui aos serviços de saúde o reconhecimento dos mesmos como locais adequados para o desenvolvimento de um trabalho individual ou coletivo, de orientação e preparo da gestante para o parto normal, na perspectiva da desconstrução de um modelo de medicalização e de práticas intervencionistas ligadas ao parto (COSTA *et al.*, 2011).

Apesar da maioria das gestações evoluírem de forma fisiológica, há uma pequena parcela de gestantes que, por apresentar características pré-existentes, ou então algum agravo de saúde instalado, fazem parte do chamado alto risco, que atualmente corresponde a 20% da gestação de risco materno (NASCIMENTO *et al.*, 2018). As principais causas de gravidez de risco no Brasil estão relacionadas à infecção do trato urinário, obesidade, hipertensão arterial e diabetes gestacional. Ao passo que a prevalência dessas enfermidades evidenciada em estudo realizado na

cidade de Francisco Beltrão acomete cerca 21,3%, 52,5%, 52,4% e 1,6%, respectivamente (COSTA *et al.*, 2011).

A classificação usual divide os fatores de risco em relação às condições pré-existentes, caracterizadas por condições sociodemográficas desfavoráveis, perfil individual e história reprodutiva anterior; e as que se manifestam ao longo da gravidez, parto ou puerpério e são definidos como agravos obstétricos diretos, exemplificados pela hipertensão arterial, hemorragia e aborto (KASSEBAUM *et al.*, 2013). Eles podem ser evitados com o adequado encaminhamento e manejo das situações de alto risco aos serviços de saúde, conferindo responsabilidade à equipe de saúde em todos os níveis de atenção, para identificação precoce das possíveis alterações e realização dos encaminhamentos necessários (BRASIL, 2012).

De acordo com as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.020 de 2013 e nº 1.481 de 2017, o atendimento à gestante de alto risco e risco habitual deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, de forma a reduzir os riscos de um desfecho desfavorável para o binômio mãe/bebê (BRASIL, 2017).

Dentre esses cuidados, a consulta pré-natal é considerada um indicador importante de qualidade da assistência materno-fetal (MEDEIROS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018). A assistência pré-natal é um componente fundamental na atenção à saúde da mulher. Práticas adequadas estão relacionadas à redução da morbimortalidade materna e perinatal, uma vez que, identificam os possíveis riscos e proporcionam o manejo adequado (DOMINGUES *et al.*, 2015; GARCIA *et al.*, 2019; WHO, 2016; ZAMPIERI, 2006; 2001).

Nesse sentido, em 2000, foi instituído pelo governo federal brasileiro, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000). Além disso, outros programas como a Rede Cegonha, instituída no ano de 2011, visavam a ampliação da cobertura, facilidade de acesso, qualidade da assistência e resolutividade (BRASIL, 2011).

No entanto, apesar de a cobertura da assistência pré-natal ser maior que 90% no Brasil, a adequação dessa assistência ainda é considerada baixa (VIELLAS *et al.*, 2014). Ou seja, em muitos casos as consultas não são iniciadas precocemente e não há a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis (MARTINS; NAKAMURA; CARVALHO, 2020; MARTINELLE *et al.*, 2014).

A partir desses dados é possível perceber o longo caminho a ser percorrido para melhoria dos indicadores da saúde da mulher (SANINE *et al.*, 2019). É de suma importância a identificação dos fatores que influenciam na situação de saúde da gestante e a detecção de fragilidades assistenciais (GUERRA; VALETE; ALVES, 2019). Em situações de alto risco gestacional, o manejo correto objetiva a diminuição dos impactos negativos que esse período pode causar (ROLIM *et al.*, 2020).

4.3.1 Pré-natal conceito

O pré-natal é um conjunto de exames que auxiliam no acompanhamento da saúde, na prevenção e detecção precoce do desenvolvimento de doenças maternas e fetais. A assistência deve avaliar o desenvolvimento psíquico, social e físico da gestante, de maneira acolhedora, e ser realizada por uma equipe multiprofissional, sendo essencial o apoio familiar e comunitário (SILVA, 2018). A consulta do pré-natal promove a diminuição de complicações na gestante (como a pré-eclâmpsia e as infecções sexualmente transmissíveis) e no bebê (como a prematuridade e as más formações). Conforme FEBRASGO (2014), por meio do pré-natal, a mulher é orientada a respeito de:

- a) hábitos de higiene e vida;
- b) aleitamento;
- c) trabalho de parto;
- d) mudanças no organismo advindas da gravidez;
- e) uso de drogas;
- f) vacinação;
- g) saúde odontológica;
- h) alimentação e exercícios posturais;
- i) Puericultura;

- j) Uso de medicamentos;
- k) Apoio psicológico;
- l) Paternidade;
- m) direitos sociais.

Segundo a FEBRASGO (2014), em uma consulta do pré-natal ocorrem:

- a) anamnese – são verificados dados referentes à identificação da cliente, como nome, idade, atividades laborais e de lazer, escolaridade, religião, hábitos de vida; a história atual de suas queixas e antecedentes mórbidos, familiares e obstétricos;
- b) exame físico – são examinados o pulso arterial, o estado nutricional, o peso, a altura, as mamas, a pelve, o abdômen e a vagina;
- c) exames laboratoriais e de imagem – são estudados os exames referentes à ultrassonografia, hemograma, exame parasitológico de fezes, urocultura, glicemia de jejum, papanicolau, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite, toxoplasmose, rubéola e clamídia.

4.3.2 Assistência humanizada no pré-natal: um olhar para além das desarmonias e confluências

Reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento é condição necessária para a humanização no parto, e isto implica que os profissionais de saúde respeitem a fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, oferecendo suporte emocional à mulher e à sua família, de modo a garantir os direitos de cidadania. O preparo para o parto o antecede, sendo o período da gravidez adequado ao desenvolvimento de práticas educativas tanto nos espaços de atendimento individual, quanto nos processos coletivos através de trabalho de grupos. A educação em saúde traduz-se como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes, é um dos modos estruturantes de práticas de saúde, sobretudo durante o pré-natal, para a promoção do parto normal (SILVA *et al.*, 2009).

4.3.3 Cuidado humanizado no pré-natal no Brasil: distinções e semelhanças

O conceito de humanização na atualidade durante o pré-natal, parto e nascimento tem sido amplamente discutido no Brasil, o respeito à individualidade da mulher, à cultura, crenças, valores e a diversidades de opiniões das gestantes e suas famílias são fundamentais para uma nova forma de atenção e cuidado (PARADA; TONETE, 2008). É neste momento que a gestante se prepara e é incentivada a colocar-se no papel de protagonista no processo de parturição. A escuta qualificada das gestantes faz-se necessária, através de um diálogo aberto, com empatia, acolhimento dos seus ideais e que exista a busca para o atendimento pensando no seu bem-estar, num parto mais natural possível em que a gestante tem livre escolha e seja vista como protagonista deste cenário (TONETE, 2008).

É importante ressaltar a importância deste cuidado no início do pré-natal. A informação deve chegar de forma oportuna e identificação precoce e adequada dos problemas de saúde que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Os sentimentos, percepções e expectativas dessas gestantes são fundamentais para o bom desenvolvimento da gestação, pois, com o diagnóstico de alguma alteração, passam por uma experiência estressante em virtude dos riscos a que estão submetidos o feto e a mãe (SILVEIRA *et al.*, 2016). Dessa forma, se torna imprescindível conhecer as necessidades de cada gestante, para o oferecimento de uma assistência humanizada e que possa contribuir para uma melhoria da qualidade na atenção pré-natal, proporcionando uma gestação mais tranquila. Aspectos que se reforçam ainda mais na situação de gestação de alto risco (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Assim, conhecer a percepção e as vivências dessas gestantes é de suma importância, pois ao serem encaminhadas para um hospital de referência em alto risco, sentem-se inseguras, com medo do diagnóstico e quebra da expectativa da gestação que elas haviam idealizado (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A carência de informações, ou informações inadequadas durante o pré-natal e parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo. Foi pensando nesse contexto que o PRENABE (2019) tem trazido informações baseadas em evidências a fim de potencializar o conhecimento de profissionais da rede básica de saúde. Nesse sentido é possível trocar experiências vivenciadas e compreender o fluxo dos usuários, além de discutir o modelo de assistência ao pré-natal parto e nascimento proposto pela rede a partir de uma abordagem clínica baseada em evidências (BRASIL, 2016; PRENABE, 2019). As propostas da Rede Cegonha relacionam com os pilares do Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE) e são:

- a) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- b) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e plano de parto;
- c) garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- d) garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- e) investimento em educação continuada dos profissionais de saúde que conduzem o pré-natal na rede primária;
- f) ênfase nas práticas assistenciais baseadas em evidência;
- g) construção coletiva de um olhar de respeito às mulheres;
- h) promoção da equidade e integralidade do cuidado no ciclo gravídico e puerperal .(PRENABE,2019).

O PRENABE tem o objetivo de conscientizar, qualificar e alinhar a assistência da gestante na rede SUS/BH em parceria com a Rede Cegonha. Desta forma o pré-natal baseado em evidências torna-se:

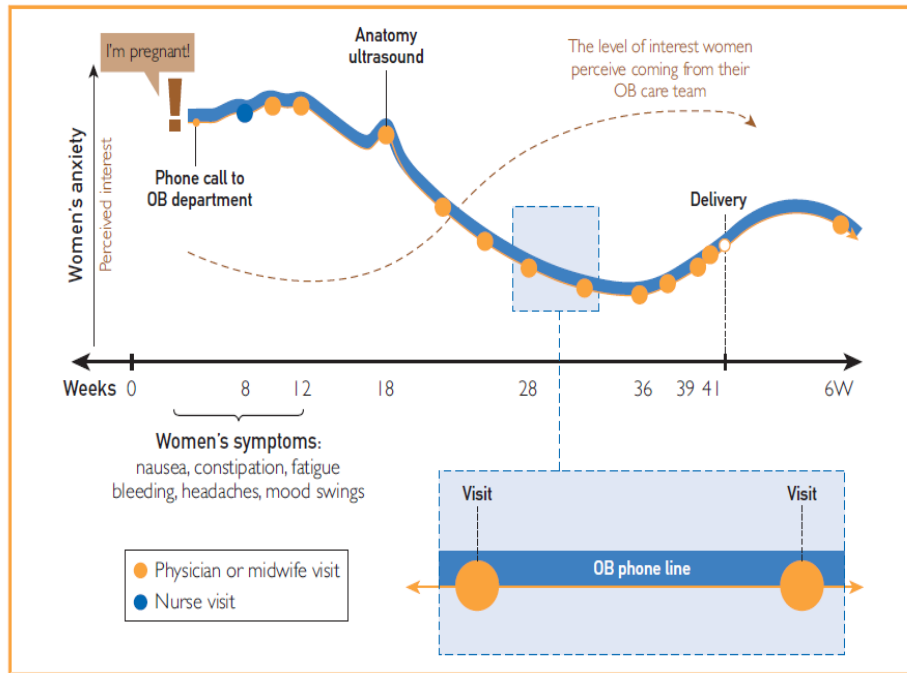
[...] conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades), na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico, e na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2012, p. 7).

O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (RIOS; VIEIRA, 2007, p. 479).

Humanização também é ter acessibilidade à assistência de forma rápida, precoce e prioritária: primeira consulta, retornos, exames, encaminhamentos aos níveis de atenção à saúde, continuidade da atenção nas instituições hospitalares e consulta no pós-parto nas UBS (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

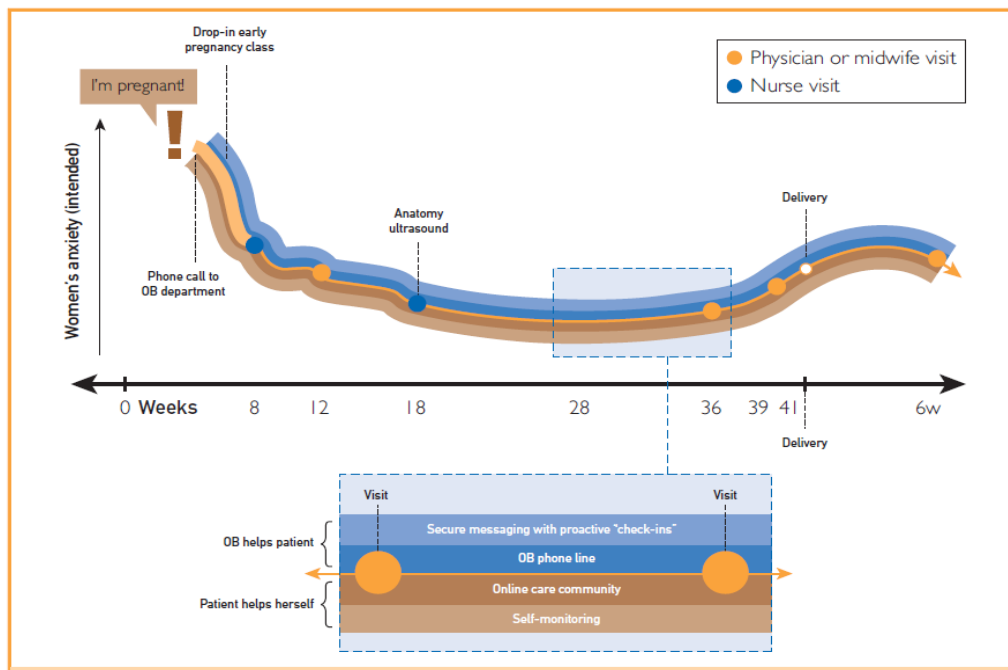
Apesar de todos os avanços e tentativas de melhorar o acolhimento, aconselhamento e acompanhamento das mulheres grávidas, durante décadas, ainda hoje verificam-se deficiências e poucos avanços no sentido de otimizar o processo gravídico, conforme pode ser observado nas Figuras 6 e 7.

Figura 6 – Situação do pré-natal ao longo de 90 anos



Fonte: Aula do Prof. Dr. Edson Borges, proferida no curso de especialização em PRENABE (2019).

Figura 7 – Situação atual do pré-natal



Fonte: Aula do Prof. Dr. Edson Borges, proferida no curso de especialização em PRENABE (2019).

Neste sentido o Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE, 2019) apresenta-se como um fortalecimento na qualificação dos profissionais atuantes na assistência da gestação, parto e puerpério.

4.3.4 Políticas públicas aplicadas ao pré-natal

A crítica ao modelo intervencionista de assistência ao parto surgiu em 1950, com os movimentos pelo parto sem dor na Europa, e de mulheres pela Reforma no Parto, nos Estados Unidos da América (DINIZ, 2005). As realizações das conferências “Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento”, em Cairo, no ano de 1994, e “ Conferência Mundial sobre a Mulher”, em Beijing, no ano de 1995; dentre os oito objetivos estabelecidos pela Conferência do Milênio, em 2000, para o desenvolvimento sustentável das nações, havia a redução da mortalidade infantil. O número cada vez mais crescente de cesarianas e a estagnação das elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal ampliou o questionamento ao modelo obstétrico no Brasil (BRASIL, 1995). O ano de 1990 foi marcado pela formulação de políticas públicas de saúde para promover redução das taxas de cesariana, mudança nas práticas obstétricas e melhoria da assistência ao parto e nascimento no SUS (SCHNECK *et al.*, 2012).

Com a proposta de humanizar o atendimento a gestação e ao parto, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que possui como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (RN) (BRASIL, 2002).

A humanização da assistência ao parto compreende pelo menos dois aspectos fundamentais, a tecnologia e o fator humano (DESLANDES, 2004). Sendo assim, é dever dos municípios proverem unidades de saúde com estrutura física e recursos humanos adequados para receber com dignidade a mulher, seus familiares e o RN, adotando medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, que evitem práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002; DESLANDES, 2004).

A Rede Cegonha desde 2011 surge como um espaço rico na qualificação do cuidado materno e infantil e na redução da mortalidade. Medidas criadas para garantir um atendimento humanizado, igualitário, integral e acessível durante a preconcepção, o pré-natal, o parto, o nascimento, o puerpério e o sistema logístico. A princípio a Rede Cegonha oferece a segurança no transporte, a oferta de métodos contraceptivos, a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, a prevenção e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e a realização do pré-natal de acordo com a classificação de risco (BRASIL, 2015); na qual é dividida em Assistência Pré-Natal de Risco Habitual (PNRH) e a Assistência Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) (TOMASI *et al.*, 2017). Segundo Brasil (2012, p.7) fica definido que:

[...] conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades), na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico, e na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2012, p. 7).

No Brasil, houve um intenso desenvolvimento de movimentos de mulheres que desejavam um atendimento à saúde com prioridade à gestante e à criança, com uma maior participação da mulher no pré-natal. Em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que promove uma abordagem integral das necessidades da mulher em todos os ciclos de sua vida. Como resultado, o Ministério da Saúde adotou medidas realizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), tais como, limite para o pagamento de cesáreas por hospital e o aumento da remuneração do parto normal (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Em consonância com o PAISM, foi criado no Brasil, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual serve como modelo para a padronização das condutas dos profissionais de saúde em relação à assistência às gestantes, como ações de educação em saúde e parto humanizado e oferta mínima de seis consultas do pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014). Este programa resultou na diminuição de 51%

da mortalidade materna e de recém-nascidos, no qual houve a redução de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). Assim sendo:

[...] incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2012 p.17).

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (PHPN, 2004, grifo do autor).

Para ocorrer o financiamento do acompanhamento do pré-natal pelo PHPN, o município deve garantir atendimento nos serviços de saúde a gestantes de alto risco, realizar atividades de educação à saúde, prover vacina antitetânica, oferecer no mínimo seis consultas, prestar uma consulta no puerpério, providenciar exames laboratoriais e fornecer a primeira consulta até o quarto mês de gestação (BRASIL, 2012). O PHPN contém um programa de humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) que é um sistema de informações no âmbito municipal, estadual e federal com objetivo de monitoramento da atenção durante o puerpério e no pré-natal (ARAÚJO *et al.*, 2010). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde publicada em 2009 indicou redução na proporção de mães que não realizaram o pré-natal (de 14,0% em 2000 para 2,7% em 2006). A proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal aumentou, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006. Em 2010, a cobertura do pré-natal no País foi de 98,0% (BRASIL, 2011).

4.3.5 Tecnologias do cuidado e a humanização do pré-natal

Conforme Vieira (2016), as tecnologias podem ser divididas em: leves (advindas das interações entre pessoas nos processos de trabalho), leves-duras (são os conhecimentos técnico-científicos médicos e psicanalíticos) e duras (são as normatizações e as máquinas). Para Silva (2012), o pré-natal requer uma

assistência holística e humanizada. Percebe-se que ainda há um grande déficit de realização de atividades como grupos educativos, e orientações gerais que necessitam ser oferecidas durante as próprias consultas. Neste sentido é preciso que haja mudança de tal realidade, inserindo a necessidade da educação permanente e sensibilização dos profissionais, a respeito da importância das ações educativas, e de aprimoramento da escuta desses profissionais implementando tecnologias leves associadas à assistência humanizada no cuidado mãe e filho a fim de potencializar e proporcionar um saber voltado para as boas práticas no processo de gestar, parir e nascer. Uma das atribuições dos profissionais atuante (SILVA, 2012).

Segundo Silva (2012), as tecnologias leves podem ser classificadas em:

- a) vínculo e acolhimento - significa dar atenção, levar em consideração as necessidades da mulher e ter o compromisso de atendê-las. É escutar as moléstias relatadas pelas gestantes, assegurando confidencialidade, estabelecer um diálogo claro, empático e aberto que esclareça suas dúvidas e orientar sobre as condutas advindas da assistência pré-natal. Possui como objetivo a formação de um vínculo duradouro entre os profissionais de saúde, que incentivam o autocuidado e a cliente;
- b) autonomia – é o processo em que a gestante tem consciência de sua capacidade em impulsionar ações benéficas ou maléficas à sua saúde. O cuidado deve ter o planejamento de recursos físicos e organizacionais e regulamentos. Além disso, a assistência deve ter a participação da mulher e ser centrado em suas demandas físicas e psicossociais;
- c) corresponsabilização – está relacionada à responsabilidade mútua entre a usuária e os profissionais de saúde em promover os cuidados à saúde. A gestante necessita ter consciência de que seus hábitos de vida influenciam em sua condição física e psicológica.

Considerando as tecnologias utilizadas nos serviços de saúde, o enfermeiro é imprescindível em planejar, realizar e coordenar atividades de educação em saúde; solicitar exames complementares; gerenciar o estoque de insumos; atuar em consultas de enfermagem; prescrever medicamentos e prover uma assistência

integral à comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção de complicações, diagnóstico e tratamento (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

Em relação à assistência pré-natal, o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) deve: identificar sinais de risco à gestação; solicitar exames de rotina e papanicolau; estimular atividades educativas junto aos familiares; registrar o atendimento no prontuário e no cartão da gestante; realizar consultas pré-natal de baixo risco; encaminhar os casos de alto risco ao médico; prover acompanhamento no pré-parto, parto e puerpério e promover visitas domiciliares (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

4.3.6 A assistência centralizada na gestante, no seu protagonismo e na promoção da saúde com enfoque no profissional

A assistência baseada no cuidado humanizado no pré-natal é reforçada pelos profissionais como aquele cuidado centrado na mulher e na promoção de sua saúde, com vistas à autonomia da gestante no processo, o que foi expresso de forma subliminar pelas gestantes. A PNPN salienta aos profissionais a importância de devolver à mulher o protagonismo na gestação, no parto e pós-parto, considerando-os como situações normais da vida, não como doenças, eventos femininos que apresentam significados diferentes para as mulheres dos atribuídos pelos profissionais. O reflexo do aprimoramento profissional na qualidade da atenção prestada às gestantes coopera para fortalecer a “Política Nacional do Parto Humanizado”, a qual enfatiza a importância da educação permanente na reformulação das práticas em saúde (BRASIL, 2018).

As estratégias de promoção e educação em saúde, enriquecidas no espaço da atenção básica, se sobressaem na garantia do protagonismo e autonomia das gestantes, conforme preconizado pela PNH. Neste sentido é importante ressaltar que as condutas no cuidado à gestante durante o pré-natal são alicerçadas nas recomendações do Ministério da Saúde (MS). Como por exemplo, a implementação do plano de parto durante o pré-natal (OMS, 2018).

Nesta busca pela autonomia da mulher e promoção de saúde os profissionais de saúde trazem para os seus consultórios de pré-natal uma ferramenta para que as gestantes tomem decisões compartilhadas com a equipe de saúde (OMS, 2018). O Plano de Parto, com o propósito de facilitar a comunicação entre gestantes e profissionais de saúde, além de encorajar tomadas de decisão informadas sobre escolhas, riscos e resultados de trabalho de parto. Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, confeccionado juntamente com o pré-natalista onde as gestantes expressam antecipadamente suas preferências e expectativas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, considerando seus valores, desejos e necessidades pessoais, de modo a evitar intervenções indesejadas (OMS, 1996). Além das preferências e expectativas relacionadas ao manejo obstétrico, o conteúdo a ser registrado pode incluir pessoas de apoio que estarão presentes no momento do trabalho de parto e parto; escolhas quanto à ingesta hídrica e alimentar; posições corporais a serem adotadas; cuidados desejados com o recém-nascido; intervenções médicas diante de possíveis complicações e observações culturais (ARAGON *et al.*, 2013).

Ratifica-se que se perdeu de vista o ser que gesta, a mulher e a família. Apesar da relevância desse cuidado, na prática, os programas governamentais parecem não alcançar a efetividade esperada. A atenção à saúde da gestante, no âmbito público, está aquém das necessidades e expectativas das gestantes e do que os profissionais almejam, havendo hipervalorização da doença (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). A consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas. É preciso um resgate disso. O pré-natal não pode ser visto como anomalia. Contrapor-se à tecnificação e à medicalização tem a ver com a humanização. O pré-natal é cuidar da pessoa, a gestação deverá ser cada vez menos centrada nos profissionais de saúde. Faz-se necessário que a mulher tenha mais autonomia. (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

O primeiro passo na humanização da atenção ao pré-natal abarca o reconhecimento do outro, ou seja, reconhecer a gestante como um sujeito de direitos, marcado por

uma história de vida e familiar, sendo sua cultura norteadora na adesão aos cuidados de saúde. Parece ser possível dizer que um modelo de assistência humanizado seria usuário/centrado em que as tecnologias leves/duras regem essa assistência como um processo na produção em saúde em que se destaca a importância de perceber a relação entre profissionais de saúde e usuárias. As consultas de pré-natal podem ser realizadas por enfermeiros e médicos generalistas e/ou obstétricos. De acordo com o Ministério de Saúde e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal na rede básica de saúde. Todavia, é importante que os atendimentos sejam intercalados com um profissional médico (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Segundo PRENABE (2019), muitos profissionais acreditam que humanizar a atenção em saúde significa ter um olhar ampliado para as necessidades da clientela, agir em conformidade com princípios éticos como respeito pelo outro, dignidade e autonomia, além de facilitar o acesso aos serviços de saúde e redução do tempo de espera. Não só preparar a gestação para o parto, os profissionais devem estar sensibilizados quando à importância da preparação e trabalho conjunto em práticas interdisciplinares, de forma a entender e lidar com as diversas variáveis que possam interferir nos processos de gravidez e parto.

A integralidade, em nível micro, deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional para traduzir e atender as necessidades de saúde, sendo plena quando há articulação nos serviços de saúde, entre eles e com outras instituições sociais. A integralidade ampliada seria a relação articulada, complexa, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado dado pelo profissional, pela equipe e rede de serviços de saúde (CECILIO, 2001). Somente assim os profissionais estarão qualificados a auxiliar a mulher e sua família a se preparar física, psicológica e emocionalmente ao longo da gestação (PARADA; TONETE, 2008).

A assistência pré-natal deve ser prestada por uma equipe multiprofissional, sendo que o enfermeiro obstetra é um dos membros que, geralmente, acompanha mais

frequentemente a gestante, conjuntamente com o médico. Cabe ao enfermeiro realizar consulta de pré-natal, solicitar exames de rotina, bem como realizar ações de educação em saúde (SOUZA, BERNARDO, SANTANA, 2013).

Quando se cumpre este papel a parturiente se sente mais segura e satisfeita durante o seu processo de gestar e parir. Centrar o cuidado no ser humano é acreditar nas suas potencialidades para fazer escolhas e conduzir os eventos do ciclo do seu desenvolvimento. Nesta perspectiva, a promoção da saúde foi considerada pelos participantes vitais para que as mulheres possam assumir o seu papel na gestação e parto e controle de sua saúde. A promoção da saúde constitui-se em um processo que envolve mudanças nas condições de vida e de trabalho e busca capacitar indivíduos, famílias e comunidades, com vistas à empoderá-los para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, visando melhorá-la e propiciar autonomia. Esse processo exige um trabalho em rede com a sociedade e a implementação de políticas públicas favoráveis a saúde e a vida (BRASIL, 2006). Apesar da assistência pré-natal no nosso país abranger quase 100% das gestantes, ela ainda não é realizada de forma adequada (VIELLAS *et al.*, 2014) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Deste modo vimos que o pré-natal é de extrema importância para as futuras mães, pois é através dele que alterações são detectadas e tratadas a tempo, evitando-se, assim, problemas para a saúde da mãe e do bebê. Outro ponto destacado será propor a qualificação nos campos de atenção e cuidado aos vários aspectos ligados ao pré-natal e assistência ao ciclo do planejamento reprodutivo, dentre eles a atenção às mulheres em situação de Decesso Fetal e abortamento (BRASIL, 2017).

4.4 Desigualdades racial, econômica e social e o pré-natal

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, todos os cidadãos têm o direito à vida e à saúde, sendo dever do Estado garanti-lo, independentemente da raça, cor, posição social, sexo e idade. A partir da implementação da Lei N° 8.080/90, o Estado possibilitou o fornecimento, por meio do SUS, da saúde de maneira integral

(com a continuidade do acesso da população aos serviços de diferentes complexidades da atenção básica), igualitária (através da prestação de serviços sem qualquer preconceito) e universal (por via da promoção de todos os níveis de assistência à saúde) à sociedade (THEOPHILO, 2016).

Nota-se a importância do trabalho em equipe na assistência pré-natal que deve ser prestada por uma equipe multiprofissional, sendo que o enfermeiro obstétrico é um dos membros que, geralmente, acompanha mais frequentemente a gestante, conjuntamente com o médico. Há aspectos a serem aprimorados para que sejam contemplados os critérios exigidos para a assistência ao pré-natal, especificamente voltados para a avaliação de indicadores como a escolaridade, a renda e o local de moradia os quais determinam tanto o acesso, quanto a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. No Brasil, a assistência pré-natal encontra as desigualdades econômicas, raciais e sociais como obstáculos para o acesso igualitário do SUS às mulheres com baixa escolaridade e renda, adolescentes, pretas, indígenas e moradoras nas regiões Norte e Nordeste. Como consequências pode haver o desenvolvimento de agravos à gestante e a criança como prematuridade, mortalidade infantil e intervenções obstétricas (sendo o Brasil um dos maiores rankings de cesarianas no mundo) (ALMEIDA, 2018). No que diz respeito ao Brasil, verifica-se avanço na redução da mortalidade infantil nos últimos anos, o que, em parte, pode estar relacionado ao comprometimento dos seus gestores com o alcance dos objetivos do novo milênio. Uma das metas estabelecidas no novo milênio é: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a qualidade da assistência das gestantes (BRASIL, 2000).

O cuidado em saúde voltado para a assistência ao pré-natal tem impacto na diminuição do índice de mortalidade infantil ainda que as condições socioeconômicas estejam desfavoráveis (BRASIL, 2009, MARTINS *et al.*, 2013). Portanto, é preciso discutir a qualificação da assistência pré-natal, mesmo para aquelas mulheres que realizam o número adequado de consultas, pois segundo a literatura, elas também apresentam problemas e podem ter desfecho desfavorável da gestação uma vez que está atrelada à assistência oferecida ao longo da gestação (BRASIL, 2012).

A pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e nascimento”, realizada em 2011 e 2012, ocorreu com 23.894 mulheres distribuídas no país. Os dados mostram que as desigualdades regionais ainda são evidentes no Brasil, no que diz respeito ao acesso e qualidade do atendimento pré-natal e ao parto entre as usuárias dos serviços públicos. Sessenta por cento das gestantes iniciou seu pré-natal tardiamente - depois da 2ª semana de gestação. Apontam também que somente 59% das mulheres receberam orientação, durante o pré-natal, sobre que maternidade procurar no momento do parto, e cerca de um quinto das mulheres teve de procurar mais de um serviço de saúde no momento do parto, devido à falta de profissionais ou de vagas no primeiro serviço procurado. A peregrinação para o parto se associou a todos os desfechos perinatais estudados, exceto para crescimento intrauterino restrito. As *odds ratios* variaram de 1,48 (IC95% 1,23–1,78) para *near miss* neonatal a 1,62 (IC95% 1,27–2,06) para prematuridade iniciada por intervenção obstétrica. Entre as mulheres com alguma complicação clínica ou obstétrica, a peregrinação se associou ainda mais com a prematuridade iniciada por intervenção e com Apgar no 5º min < 8, *odds ratio* de 1,98 (IC95% 1,49–2,65) e 2,19 (IC95% 1,31–3,68), respectivamente. A inadequação do pré-natal se associou à prematuridade espontânea em ambos os grupos de mulheres (LEAL, 2020).

Os dados ainda apresentaram que as mulheres pretas e pardas têm uma maior prevalência no trabalho de parto, parto e pós-parto, são caracterizadas por um grande número de gravidez na adolescência, apresentam menor número de consultas, não têm acompanhantes, possuem os piores indicadores de atenção ao parto, recebem menos anestesia quando estão sujeitas à episiotomia por serem mais “resistentes” ao parto devido à estrutura óssea de sua pelve (LEAL *et al.*, 2017). A pesquisa identificou experiências de violências verbal, física e psicológica. Esses achados denunciam uma prática institucional excludente denominada nas ciências sociais como racismo institucional.

Quando a gestação ocorre na adolescência o problema se potencializa. À situação de pobreza se soma a falta de estrutura emocional da jovem grávida, que muitas vezes não conta com o apoio do pai da criança e/ou da própria família. No Brasil, as taxas de fecundidade neste grupo etário vêm crescendo nos últimos anos,

especialmente nas camadas mais pobres da população. A taxa de fecundidade no Brasil em mulheres de 15-19 anos, entre 1986 e 1991, chegou a ser 40% maior nas mulheres cujas famílias apresentavam renda de até um salário mínimo, comparadas às de renda familiar acima de dez salários mínimos. Na Região Sudeste, a disparidade era ainda maior, chegando a ser de 52% a diferença entre as taxas de fecundidade nos grupos extremos de renda (CAMARANO, 1998). No Município do Rio de Janeiro foi também evidenciado aumento das taxas de fecundidade em adolescentes, sobretudo entre as meninas de 10 a 14 anos (GAMA *et al.*, 2004).

O risco gestacional está associado ao desemprego, à baixa renda, à desnutrição, à pobreza e às condições precárias de moradia, saneamento básico, infraestrutura e transporte. Existe um menor número de consultas, exames complementares e orientações realizadas pelos profissionais de saúde, resultando em negligência na assistência pré-natal em relação a mulheres com renda mais alta e um aumento do risco de mortalidade e morbidade materno-infantil. Como, por exemplo, há uma baixa cobertura dos serviços de saúde de modo geral devido à falta de informações a respeito da importância do cuidado (TOMASI *et al.*, 2017).

A OMS preconiza que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gestação, isto ainda é um problema para muitas mulheres. Sabe-se que além da disponibilidade de acesso ao serviço, a percepção quanto a necessidade de acompanhamento pela gestante é uma dificuldade vivenciada nos locais de atendimento a estas mulheres. Em estudo realizado no Município do Rio de Janeiro que tinha por objetivo comparar as características socioeconômicas, a assistência pré-natal e o estilo de vida de três grupos de puérperas, um composto por adolescentes (< 20 anos) e os demais por mulheres de 20-34 anos, categorizadas segundo experiência (ou não) de gravidez na adolescência, pode-se considerar que a cobertura do pré-natal foi relativamente satisfatória, uma vez que apenas 6% das mulheres não foram assistidas e mais de 80% delas tiveram quatro ou mais consultas. Entretanto, essa cobertura foi diferente entre os grupos maternos, sendo mais adequada, pelo menos em termos do número de consultas, no grupo de 20-34 anos sem experiência de gestação na adolescência. Chama a atenção que no grupo de pior cobertura do atendimento pré-natal (0-3 consultas), as adolescentes se

mostraram como o grupo de maior sensibilidade em relação ao baixo peso ao nascer e a prematuridade, evidenciando um papel diferenciado do pré-natal nestas mulheres. Esse efeito desaparece quando cresce a frequência ao pré-natal (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2004).

Outra dificuldade que as gestantes enfrentam é a locomoção para a realização de consultas e exames, apesar do PHPN recomendar que o local de escolha para o acompanhamento de pré-natal seja selecionado pela proximidade geográfica do local onde a gestante reside. A não realização do pré-natal se deve, principalmente, a fatores socioeconômicos, baixas renda familiar e escolaridade, de acesso às consultas, local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento, de qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social (OMS, 2018). Outros fatores potencialmente relacionados são: idade materna, adolescência e idade mais avançada, não convivência com companheiro, uso de álcool ou outras drogas na gravidez, multiparidade, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito sobre o pré-natal. No Brasil, as mulheres com maior nível de escolaridade apresentam entre 2000 e 2009, maior proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas (GAMA *et al.*, 2004). Victora *et al.* (1989), em estudo longitudinal realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, encontraram que as crianças pertencentes às famílias mais pobres apresentam menor peso ao nascer, têm maior frequência de internações no primeiro ano de vida, têm estatura inferior e recebem assistência médica de pior qualidade.

Para a OMS (2011), as disparidades socioeconômicas se refletem nas taxas de mortalidade neonatal e infantil. Na tentativa de reduzir as desigualdades raciais, econômicas e sociais, o Brasil cria políticas públicas, como a Rede Cegonha (RC), para atenderem as demandas psicossociais e físicas das gestantes por meio da assistência pré-natal e do acompanhamento do puerpério e do recém-nascido. É possível observar que no contexto atual, apesar da RC destacar suas metas e objetivos, existe dificuldade de articulação entre os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) de média complexidade para atender os objetivos da RC já

mencionados, principalmente no que se refere à vinculação ao hospital de referência e o que se observa é uma descontinuidade do cuidado assistencial (BRASIL, 2012).

Segundo Ceccim e Cavalcanti (2011), a RC apresenta algumas fragilidades quando precisa criar estratégias e propor rearranjo na estrutura e processo dos serviços de saúde, no âmbito do SUS. O programa é ainda bastante recente, mas já tem gerado controvérsias. Segundo as feministas em suas manifestações, elas teriam divergido e tentado esclarecer que o termo cegonha vem atrelado à ideia de transporte, e não de gestar e de parir, cabendo, portanto, à mulher parir, mas à sociedade viabilizar o seu transporte e suporte. É preciso fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança e a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência (BRASIL, 2011). Esse cenário, longe de nos apresentar respostas, coloca ainda mais questionamentos com relação à eficácia e às consequências de uma política universalista de saúde. Por um lado, a população de um modo geral tem urgência da resolução da falta de infraestrutura das instituições hospitalares, dos altos índices de mortalidade materno-infantil e da qualidade da assistência prestada.

É necessário que haja uma intervenção de medidas educativas para o enfrentamento das iniquidades não apenas pelos serviços de saúde, mas por toda a sociedade. Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma aceleração expressiva na queda mesmo assim ficando aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (THEOPHILO, 2016).

As barreiras no acesso a uma assistência de qualidade refletem no elevado número de mortalidade materna e infantil (MARTINS; NAKAMURA; CARVALHO, 2020; SANINE *et al.*, 2019). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil aumentou de 62 para 64/100.000 nascidos vivos, entre 2015 e 2017 (BRASIL, 2019). Já a Taxa

de Mortalidade Infantil (TMI) em 2018 foi de 13,4/1.000 nascidos vivos, seis vezes maior que a do Japão, com 2/1.000 nascidos vivos (UNICEF, 2019).

Cabe ressaltar que no Brasil, o grande desafio é sanar as desigualdades de mortalidade entre as regiões brasileiras, que cresce à medida que se afasta da capital. Os guetos, por exemplo, apresentam taxas bem mais elevadas que as áreas ricas do município, revelando que as vulnerabilidades socioeconômicas têm influência direta na qualidade de vida das pessoas (FRIAS; NAVARRO, 2013).

4.4.1 A medicalização do parto e nascimento

Historicamente, o parto sofreu modificações drásticas e significativas em algumas particularidades essenciais deste fenômeno. A partir do século XX, houve um movimento de institucionalização da assistência à saúde, fato que deu um novo lugar para o evento do parto e nascimento, antes visto como um acontecimento de âmbito familiar e domiciliar e agora, tornando-se mais um procedimento médico hospitalar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). O movimento levou não apenas a hospitalização, mas também à adoção de diversos procedimentos durante a assistência à saúde da mulher e, embora, a hospitalização tenha representado a queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Neste contexto de transformações, a mulher deixa de ser a protagonista do seu parto e dá lugar ao mais novo ator da cena, o médico, e em meio ao desenvolvimento da medicina, o corpo feminino se torna o objeto de estudo médico (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Paralelamente a isto, o ato de partear que permaneceu durante muitos anos como uma função exclusivamente feminina, a partir do século XIV, passa a sofrer um processo de regulamentação por parte dos órgãos de poder (VIEIRA, 2002), contribuindo ainda mais para a centralização da figura médica, detentora do saber científico.

A assistência à saúde também experimenta a chamada medicalização social, que Tesser (2006, p. 348) define como sendo “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”. Há uma crítica sobre este fenômeno, no que diz respeito à incorporação de tecnologias sem controle e conseqüente efeito antagônico de sua utilização. Neste contexto, a tecnologia, uma ferramenta que deveria buscar a melhoria da assistência à saúde, acaba comprometendo a qualidade da relação entre profissional e paciente. Em paralelo a esta indignação, há um crescente interesse por parte de diversos setores da sociedade pela medicina alternativa, e pela procura por estratégias e orientações de caráter minimizador da medicalização (TESSER; BARROS, 2008).

O sistema de saúde que não mais satisfazia simbólica e tecnicamente a população passava por uma crise, a “crise da medicina” descrita por Luz (2005), cujas causas de natureza institucional estavam na regressão da relação médico-paciente e a perda do caráter curativo da medicina. Desta forma, surge nos anos 1960 e 1970 o movimento de contracultura, uma tendência para a importação de novos sistemas terapêuticos, na tentativa de atender as demandas da população, tais como a necessidade do cuidado no sentido holístico ao ser humano, além da procura pela cura, um aspecto cuja importância voltou a ganhar significado para a população que estava interessada não apenas no diagnóstico, mas queria ser efetivamente tratada (LUZ, 2005; TESSER; BARROS, 2008).

Sob esta perspectiva, a medicina alternativa ganha força dentro do sistema terapêutico ocidental e inicia uma disputa de espaço. A “medicina alternativa”, termo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pela primeira vez em 1962 para se referir às práticas e conhecimentos da medicina tradicional, é considerada uma tentativa de combate ao reducionismo biológico e rotina mecanicista da medicina alopática. A medicina tradicional vai de encontro com a medicina moderna ocidental na essência do cuidado, enquanto o primeiro focaliza a energia vital do indivíduo, o segundo dá ênfase à doença (LUZ, 2005; QUEIROZ, 2000).

No que diz respeito às abordagens terapêuticas da medicina alternativa, ou práticas integrativas e complementares (PICs), como foi designado pelo Ministério da Saúde (MS) conforme a Portaria GM nº 971 de 3 de maio de 2006, por meio do qual aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC/SUS), é de natureza pouco intervencionista, de forma que compreende que certas manifestações clínicas ocorrem devido a um desequilíbrio entre corpo e mente, e são de ordem natural, devendo elas serem tratadas de forma abrangente, com a finalidade de atingir aspectos mais profundos do indivíduo (QUEIROZ, 2000).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde veio como uma proposta de tentar integrar estas abordagens ao nosso sistema de saúde vigente, e do ponto de vista da qualidade de assistência esta política pode contribuir para o fortalecimento do SUS, favorecendo a promoção da saúde e estimulando a corresponsabilização do indivíduo pela sua própria saúde (BRASIL, 2015; MONTEIRO, 2017). Esta intervenção também fortalecia a tentativa de mudança no modelo de assistência à mulher, que a partir da segunda metade do século XX, iniciava um movimento denominado humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2014).

Na tentativa de resgatar o processo natural que envolve o parto e nascimento e busca pelo “empoderamento” da mulher, sobretudo na condição de protagonista deste evento, a humanização do parto e nascimento apresenta propostas para garantia do direito da mulher em usufruir do livre poder de escolha sobre como deseja vivenciar o processo da parturição, bem como a presença de um acompanhante que lhe dê suporte emocional durante este momento, considerado marcante e de grande relevância dentro do ciclo gravídico-puerperal (BORGES; MADEIRA, 2011; LONGO; FONTANA, 2010).

O fenômeno parto é de significado único e singular para o binômio mãe e filho, desta maneira, profissionais qualificados devem respeitá-lo e dar conta de assistir à mulher de forma acolhedora e integral, considerando os aspectos não apenas biológicos, mas também os emocionais e sociais mesmo no que tange a perda fetal (BARBOSA

et al., 2003; REBELLO; NETO, 2012; VIEIRA *et al.*, 2011). Uma possível explicação para as condutas profissionais pauta-se na formação deficiente dos profissionais de saúde, nos quais a discussão de temas como o aborto e o decesso fetal é precarizada ou pautada nas técnicas e procedimentos a serem realizados, desconsiderando os fenômenos sociais e psicológicos (BRITO *et al.*, 2015). Para além das opiniões pessoais sobre as situações que envolvem perda fetal, os profissionais da saúde devem respeitar o sigilo e a ética profissional, conforme estabelece o Ministério da Saúde (MS) através de normatizações, bem como os Códigos de Ética Profissionais (SANTOS *et al.*, 2017).

O trabalho de parto é dividido em estágios, sendo o primeiro caracterizado por contrações uterinas com frequência, intensidade e duração que são suficientes para provocar o amadurecimento, dilatação e apagamento do colo de útero (SANTOS *et al.*, 2017). Quando por algum motivo, não se atinge este objetivo naturalmente, adota-se alguns procedimentos para auxiliar no desencadeamento do processo, o que chamamos de “indução do trabalho de parto”.

A necessidade pelo nascimento em tempo adequado é uma busca comum há muitos séculos, e diversos tipos de métodos de indução têm sido utilizados desde a segunda metade do século passado, época em que se descobriu a vantagem da associação entre a manipulação física com a estimulação farmacológica do útero (SANTOS *et al.*, 2017). Aos poucos, tornou-se notória a utilização de métodos não farmacológicos como um meio de complementar as terapias convencionais por enfermeiras obstétricas.

Estudo conduzido por Samuels *et al.* (2010) em Israel, concluiu que as enfermeiras obstétricas, presença fundamental na assistência ao parto, nascimento e puerpério, acreditam na potencialidade da energia vital, como forma de favorecer a preservação da saúde, além disso, apoiam as práticas da medicina alternativa como forma de complementar a medicina convencional. Observou-se também que mais de 80% das enfermeiras obstétricas estudadas consideram importante a incorporação das experiências, crenças e valores das pacientes no cuidado. Ademais, é importante respeitar as decisões da mulher sobre o uso ou não uso destas práticas

durante a gestação, trabalho de parto e cuidado no puerpério (STEEL; ADAMS, 2011).

Nos últimos anos, tem-se percebido um aumento considerável na utilização das PICs, fato que despertou interesse para investigação sobre a medicina alternativa no ciclo gravídico-puerperal. Deve-se ter em mente que ao estudar a medicina alternativa, as instituições governamentais poderão compreender a importância e a necessidade delas para a sociedade durante a gestação (STELL; ADAMS, 2011).

Segundo Hall *et al.* (2011), seria um desperdício ignorar o contexto da prática das terapias alternativas, já que o fato de não haver muitos ensaios clínicos sobre o assunto, não significa a falta de efeitos benéficos, mas sim a necessidade de se estudá-lo mais. Acredita-se que os aspectos que permeiam estas atividades são positivos, e o seu risco relativamente baixo, uma vez que não há relatos de efeitos adversos no uso destas práticas sendo, portanto, uma valiosa ferramenta de contribuição para uma experiência segura e satisfatória do binômio mãe e recém-nascido (HALL *et al.*, 2011; SAMUELS *et al.*, 2010; TESSER; BARROS, 2008) e constituindo uma estratégia de humanização da assistência do parto e nascimento (BORGES; MADEIRA, AZEVEDO 2011).

No que concerne a utilização das PICs, o estudo de Borges, Madeira e Azevedo (2011) observou que há grande aceitação por parte das mulheres no uso de aromaterapia, musicoterapia, reflexologia e escalda-pés, sendo esta última destinada apenas às gestantes a partir da 37^a semana devido ao seu efeito estimulante ao trabalho de parto. Outras práticas tais como a aplicação da acupuntura, têm sido associadas à diminuição no tempo de trabalho de parto, bem como o aumento nas taxas de parto espontâneo (ASHER *et al.*, 2009; MAFETONI; SHIMO, 2015). Por fim, os estudos acima mencionados mostram os benefícios das práticas integrativas de alívio da dor, água quente, por exemplo, é uma grande aliada nas contrações dolorosas durante o trabalho de parto. O papel da assistência no trabalho de parto é orientar e oferecer os métodos farmacológicos de alívio da dor, além de prestar um atendimento humanizado.

Observa-se que os métodos farmacológicos estão sendo cada vez mais substituídos pelos métodos não farmacológicos uma vez que permitem menor incidência dos efeitos colaterais.

4.5 O decesso fetal - o feticídio de um filho

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a morte fetal como:

[...] a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009, p. 25).

Esta se distingue do aborto na medida em que a mulher guarda, em seu útero, o feto morto antes de expulsá-lo. Só há duas formas de expulsão deste feto: ou esperar pelas contrações que podem vir uma ou duas semanas mais tarde, ou fazer a indução do parto. Promover a sua expulsão seja por indução por via vaginal ou extração por via alta (cesárea).

A dificuldade de elaboração decorrente do óbito fetal é diferente de recém-nascido, chamado genericamente por Laconelli (2007), de decesso fetal, termo que será assumido neste pesquisa, e é vivenciado pela sociedade como algo que deve ser evitado. Opta-se pela negação e racionalização, sem o contato com a angústia. Assim, as reações das pessoas à notícia da perda de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes (AGUIAR; ZORNIG, 2016; FREIRE, 2012).

No Brasil, a maioria dos óbitos fetais é de causa prevenível, o estudo de Lansky (2002) revela que a diferença nos acessos e na qualidade do pré-natal, parto e nascimento devem melhorar significativamente a diminuição dos óbitos, tais como notou-se a diferença dos acessos à saúde e à qualidade assistencial nos mais diversos serviços.

Os números de mortes servem de alavanca para novas políticas públicas, principalmente no que tange ao movimento de planejamento de ações preventivas para que cada dia mais os números de morte fetais e neonatais diminuam. O processo de atenção e de inserção de profissionais capacitados atuando desde a atenção primária, percorrendo todos os níveis da atenção à mulher e à criança, também são fatores essenciais para a redução desses números de óbitos (MARTINS *et al.*, 2009).

Santos *et al.* (2004) evidenciaram em um estudo que nas maiorias dos óbitos gestacionais, existe o relato de mulheres que inicialmente rejeitam a gestação e na sua maioria o depoimento das mulheres é bem próximo de que diz respeito à gestação e da falta ou redução dos movimentos fetal, antes do diagnóstico de confirmação.

Diante da perda fetal, Santos *et al.* (2004) trazem que existe uma grande necessidade de apoio a essas mulheres. Uma rede de apoio bem formada e estruturada, composta pela equipe médica, psicológica, familiar, comunidades e outros, e capazes de ajudar a mulher nesse momento de grande fragilidade.

Vidal (2010) corrobora trazendo a importância da rede de apoio diante de uma perda fetal e que essa rede de apoio faz com que as mulheres tenham ou criem força, para lidar com esse momento, melhoram o enfrentamento do luto e de outras situações desse tempo de vida delicado. Tratam em seu estudo com mulheres diante da perda gestacional. É evidenciado em um estudo de Ferrari e Bertolozzi (2012) que as causas de óbito fetal devem ser investigadas mais a fundo e que se faz necessária uma assistência mais ampliada ao pré-natal sendo que este deve ser de qualidade, buscando a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Kale *et al.* (2018) corroboram com seu estudo trazendo que a atenção de qualidade ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento reduz o número de mortes.

A morte fetal além de consternar a mulher e família acaba afetando a equipe que está na assistência direta, sendo que certos cuidados são tomados por essa equipe, inclusive após diagnóstico de morte fetal que faz com essa equipe tenha cuidado até quanto ao leito de destino, mantendo algumas vezes em leitos separados (BROMBERG, 1999).

A perda de qualquer ordem gera o sentimento de luto e, segundo Gesteira *et al.* (2006), o luto como uma reação normal é esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. Bromberg (1999), como citado em Gesteira *et al.* (2006), ressalta a existência de alguns fatores que geram o processo de luto: fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, histórico de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas e apoio recebido.

No entanto, Freud (1974, p. 277-278) aponta que “o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento”. Para que o luto seja realizado, o autor indica algumas condições que o psiquismo vai concretizando com a ajuda do tempo, como investimento excessivo de finanças e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, teste de realidade, reconhecimento social da dor do sujeito e elaboração da ambivalência (LACONELLI, 2007). E essas situações se aplicam ao luto perinatal.

Para a mãe, a elaboração do vínculo com o filho sonhado precisa preceder a chegada do bebê, e é desse material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade, a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê em casos de má-formação grave. Assim, “a mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perde” (LACONELLI, 2007, p. 6). Todavia, a elaboração do luto pela morte de uma criança antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, pois:

[...] a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência mútua fica inviável, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo (DUARTE; TURATO, 2009, p. 487).

Neste caso esta ideia traz para a mãe a sensação de alguém que nunca existiu de acordo com os autores (DUARTE; TURATO, 2009).

“Uma dor gigante, um sofrimento terrível e uma lágrima que nunca desaparece; quando se perde um filho, perde-se a felicidade”.

(Autor desconhecido)

CAPÍTULO

RESULTADOS

E

DISCUSSÃO

5

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção do texto serão apresentados os resultados da pesquisa, empreendida. Cabe salientar que a apresentação destes resultados será segmentada conforme o corte das etapas da pesquisa e das técnicas de pesquisas utilizadas em cada etapa. Desta maneira, tem-se que primeiro serão apresentados os resultados da pesquisa quantitativa, cujos dados foram obtidos a partir do levantamento, transcrição, tabulação das informações disponíveis nas declarações de óbito e prontuários de atendimento às gestantes. Num primeiro momento apresenta-se por meio de estatísticas descritivas o perfil sociodemográfico das gestantes analisadas, e, em sequência, produz-se a apresentação dos resultados da modelagem estatística destas informações, valendo-se das técnicas de regressão logística univariada e multivariada.

Na sequência a apresentação dos resultados da pesquisa quantitativa, procede-se a apresentação e discussão dos resultados da etapa qualitativa. Iniciando esta pela descrição do perfil das entrevistadas, por meio de quadro sinótico das características sociodemográficas e breve relato biográfico de cada entrevistada. Posteriormente, acontece a discussão dos resultados sendo considerada a divisão por categoria analítica da análise de discurso. Ao final é apresentada síntese analítica em que se apresentam os principais significados extraídos das entrevistas realizadas.

5.1 Descrição do universo dos decessos ocorridos no HSF entre 2016 e 2018

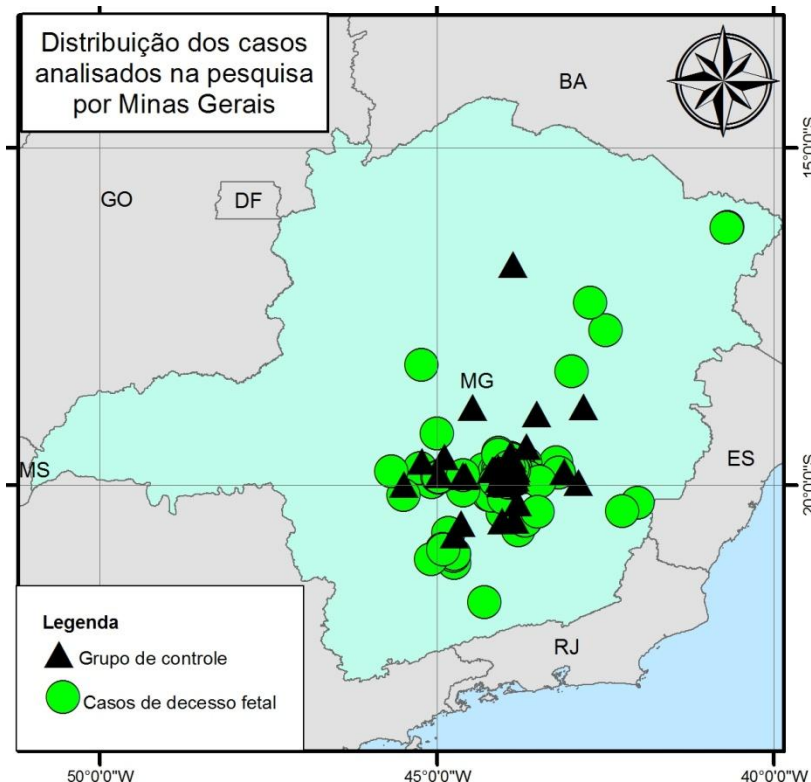
Foram apurados 351 casos de decesso fetal da população estudada ocorridos no Hospital Sofia Feldman entre os anos de 2016 e 2018. Estes têm sua origem distribuída em cerca de 100 municípios, dispersos por todas as regiões do estado. Como registrado na Tabela 1 a seguir tem-se a distribuição dos casos de decesso fetal por ano.

Tabela 21 - Distribuição por idade gestacional

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
2016	87	24,8	24,8
2017	132	37,6	62,4
2018	132	37,6	100,0
Total	351	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

No ano de 2016 foram apuradas 87 ocorrências de decesso fetal, o que corresponde a aproximadamente 25% dos casos apurados por esta pesquisa. Contudo, é importante destacar que, como anteriormente mencionado, não foi possível computar as ocorrências de decesso dos três primeiros meses do referido ano. Já em 2017 verificou-se a ocorrência de 132 casos, que correspondem a um percentual de aproximadamente 38% das ocorrências da série histórica. Por fim, em 2018 verificou-se a existência de 132 decessos, que correspondem também a aproximadamente 38% do total de casos apurados (Figura 8).

Figura 8 – Distribuição dos decessos no Estado de Minas Gerais

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à idade gestacional, isto é, o momento da gestação em que veio a ocorrer o diagnóstico do óbito fetal, obteve-se a distribuição mostrada na Tabela 2.

Tabela 22 - Distribuição por idade gestacional

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
22 a 27	154	43,9	43,9
28 a 36	119	33,9	77,8
37 a 42	69	19,7	97,4
Não informado	9	2,6	100,0
Total	351	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se a ocorrência de 154 casos entre 22 e 27 semanas de gestação, que é a fase inicial da classificação do decesso, e correspondem a, aproximadamente, 44% dos casos verificados. No que se refere à idade gestacional de 28 a 36 semanas, limite inferior do corte realizado por esta pesquisa, foram identificados 119 casos correspondendo a um percentual aproximado de 34% do total de casos. Na faixa entre 37 e 42 semanas foram identificadas 69 ocorrências de decesso, que correspondem a aproximadamente 20% dos casos. Por fim cabe destacar que em nove casos, ou seja, 3% do total, não foi possível identificar a idade gestacional.

Sobre o estado de saúde durante a gravidez atual, em 18,2% dos casos, ou seja, 64 decessos, a gestante apresentava algum problema de saúde. Em aproximadamente 10%, 38 casos, as gestantes não apresentavam problemas de saúde. Em 29%, 101 casos, a gestante não se aplicava ao quesito, isto ocorre em ocasião da primeira gestação ou quando não é identificada nenhuma patologia no histórico da paciente. Em aproximadamente 28%, 101 casos, o campo fora ignorado durante o preenchimento do formulário. E em 14,5%, 51 casos, não houve informação sobre estado de saúde da paciente (Tabela 3).

Tabela 23 - Problemas de saúde durante a gravidez atual

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Sim	64	18,2	18,2
Não	38	10,8	29,1
Não se aplica	101	28,8	57,8
Ignorado	97	27,6	85,5
Não informado	51	14,5	100,0
Total	351	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

5.1.1 O perfil das mulheres que evoluíram para decesso no HSF entre 2016 e 2018

No que diz respeito às mulheres que tiveram o diagnóstico de decesso fetal, têm-se que 54, ou seja, aproximadamente 16% dos casos levantados eram adolescentes e encontravam-se entre 12 e 19 anos de idade. Já 99 gestantes, o que corresponde a um percentual de 28,2% aproximadamente, se encontravam na faixa etária de 20 a 25 anos. Outras 151, o que corresponde a 43% das gestantes com diagnóstico de decesso fetal, entre 2016 e 2018, encontravam-se na faixa etária de 26 a 37 anos. Trinta e cinco mulheres encontravam-se entre 38 e 42 anos, o que corresponde a 10% do total. Apenas quatro mulheres apresentavam idade superior a 43 anos. Cabe destacar que não foi possível identificar 10 casos, que correspondem a 2% do total de casos (Tabela 4).

Tabela 24 - Distribuição pela idade da gestante

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
12 a 19	54	15,4	15
20 a 25	99	28,2	44
26 a 37	151	43,0	87
38 a 42	35	10,0	97
Maior que 43	4	1,1	98
Não informado	8	2,2	100
Total	351	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à cor da pele destas gestantes foi possível verificar, como demonstrado na Tabela 5, que 296 mulheres se autodeclararam pardas o que corresponde a 84% das gestantes. Este vultoso número é seguido por uma pequena autodeclaração da cor preta, da qual se afere apenas 11 casos, 3% do total. Possivelmente ocorre uma subnotificação das pretas em detrimento das pardas no momento do atendimento. Foram levantadas 25 gestantes que se autodeclararam brancas, o que corresponde a 7,1% do total. Neste sentido pelo menos duas mulheres, 0,5% do total, autodeclararam serem amarelas. Não foi possível identificar a cor de 16 mulheres ou, aproximadamente, 4,5%.

Tabela 25 - Distribuição pela cor da pele

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Branca	25	7,1	7
Parda	296	84,3	91
Preta	11	3,1	95
Amarela	2	0,6	95
Ignorado	1	0,3	95
Não informada	16	4,5	100
Total	351	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à escolaridade obtiveram-se os dados expostos na Tabela 6.

Tabela 26 - Distribuição por escolaridade

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Sem escolaridade	3	0,9	1
Fundamental I	15	4,3	5
Fundamental II	80	22,8	28
Médio	209	59,5	87
Superior incompleto	19	5,4	93
Superior completo	19	5,4	98
Ignorado	4	1,1	99
Não informada	2	0,6	100
Total	351	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

O nível de escolaridade médio foi declarado por 209 mulheres, aproximadamente 59,5%. Já o ensino fundamental I e II, somados, foi declarado por 95 mulheres, o que representa aproximadamente 27% do total. O ensino superior foi declarado por 38 mulheres, sendo que 19 (5,4%) declararam possuir o superior incompleto e 19 (5,4%) declararam possuir o superior completo. Por fim, em quatro casos a informação de escolaridade foi ignorada e em dois casos a escolaridade não foi informada, totalizando um percentual de 1%, aproximadamente, do total.

5.2 Do perfil do decesso fetal na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH)

Em busca de determinar o quantitativo do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS – 2010) associado às ocorrências de decesso fetal fez-se necessário a filtragem dos casos na RMBH. Nesta etapa os abortos (óbitos fetais com idade gestacional entre 19 e 21 semanas) foram computados devido à necessidade de um maior número de casos para a construção do mapa de vulnerabilidade.

Desta maneira apresentar-se-á o perfil das ocorrências de decesso na RMBH, que correspondem a 275 casos, ou seja, uma concentração de aproximadamente 67% dos casos registrados em todo o estado ao longo dos três anos da série histórica. Territorialmente encontra-se distribuído por 27 dos 34 municípios que compõem a Região Metropolitana (Tabela 7).

Tabela 27 - Distribuição por ano de Decesso Fetal na RMBH

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
2016	72	26,18	26,18
2017	102	37,09	63,27
2018	101	36,73	100,00
Total	275	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao ano, tem-se que no ano de 2016 foram registrados 73 casos, na tabela 72, 26,18% do total. Em 2017, na RMBH, foram registrados 102 casos, que correspondem a aproximadamente 37,1%. Já em 2018 verificou-se que ocorreram 101 casos decessos, ou seja, 36,73% do total.

Com relação à idade gestacional percebeu-se no perfil de decesso da RMBH uma concentração semelhante ao observado no conjunto de universo, porém com menor variação entre as classes. Neste quesito, apresentado na Tabela 8, chama atenção o fato de que a faixa entre 37 e 42 semanas apresenta 51 ocorrências, o que corresponde a 18,6% dos casos da RMBH e a 74% dos casos apurados para esta faixa de idade gestacional. A seguir tem-se a maior concentração de casos, 96 ou 15,6% do total, na faixa que vai de 22 a 27 semanas. Na faixa de 28 a 36 semanas

de gestação, concentram-se 78 casos ou 28,36% do total. Já os casos de abortamento, faixa de 19 a 21 semanas, têm-se 43 casos, ou 15,6% do total para RMBH.

Tabela 28 - Distribuição por idade gestacional

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
19 a 21	43	15,60	15,60
22 a 27	96	34,91	50,55
28 a 36	78	28,36	78,91
37 a 42	51	18,55	97,45
Não informado	7	2,55	100,00
Total	275	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à apresentação de problemas de saúde durante a gestação constatou-se que 47 mulheres, ou seja, 17,1%, apresentaram algum problema de saúde. Trinta e duas não apresentaram problemas de saúde durante a gestação atual. Em 84 casos, portanto 30,5% das ocorrências, esta questão foi ignorada durante o preenchimento do prontuário. Em 36 casos, 13,1% do total, não houve o preenchimento do campo. Em 76 ocorrências, 27,7% dos casos, entendeu-se não se aplicar o histórico de saúde da gestante (Tabela 9).

Tabela 29 - Problemas de saúde durante a gestação

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Sim	47	17,1	17,1
Não	32	11,6	28,7
Ignorado	84	30,5	59,2
Não informado	36	13,1	72,3
Não se aplica	76	27,7	100,0
Total	275	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Em termos da distribuição territorial das ocorrências de decesso pela Região Metropolitana, tem-se conforme apontado pela Tabela 10, que 112 casos, portanto, 40,7% do total ocorreram em Belo Horizonte. Na sequência Ribeirão das Neves e Santa Luzia, empatadas em segunda colocação, concentrando 36 casos, 13,1%, cada. Em seguida se destacam Sabará, com 11 casos, 4% do total, Vespasiano com nove ocorrências, aproximadamente 3% e Brumadinho, com oito ocorrências de decessos. Os demais municípios apresentam-se em uma variação de um a sete

casos, 0,4 a 2,5% do total, somando aproximadamente 24% do total de ocorrências. Destaca-se que os municípios de: Rio Manso, São Joaquim de Bicas, Mateus Leme, Juatuba, Florestal, Confins e Baldim, integrantes da Região Metropolitana de Belo Horizonte, não apresentaram nenhum caso de decesso fetal, isso se dá ao fato desses municípios não encaminharem gestantes para a maternidade envolvida na pesquisa.

Tabela 30 - Distribuição por município da RMBH

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Belo Horizonte	112	40,7	40,7
Betim	6	2,2	42,9
Brumadinho	8	2,9	45,8
Caeté	6	2,2	48,0
Capim Branco	1	0,4	48,4
Contagem	5	1,8	50,2
Esmeraldas	2	0,7	50,9
Ibirité	7	2,5	53,5
Igarapé	1	0,4	53,8
Itaguara	1	0,4	54,2
Itatiaiuçu	2	0,7	54,9
Jaboticatubas	3	1,1	56,0
Lagoa Santa	5	1,8	57,8
Mário Campos	1	0,4	58,2
Matozinhos	7	2,5	60,7
Nova Lima	1	0,4	61,1
Nova União	1	0,4	61,5
Pedro Leopoldo	7	2,5	64,0
Raposos	1	0,4	64,4
Ribeirão das Neves	36	13,1	77,5
Rio Acima	1	0,4	77,8
Sabará	11	4,0	81,8
Santa Luzia	36	13,1	94,9
São José da Lapa	3	1,1	96,0
Sarzedo	1	0,4	96,4
Taquaraçu de Minas	1	0,4	96,7
Vespasiano	9	3,3	100,0
Total	275	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao Índice de Vulnerabilidade Social 2010 associado ao local de moradia, tem-se a seguinte distribuição, conforme Tabela 11.

Tabela 31 - Distribuição pelo IVS 2010 do local de moradia

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Muito baixo	15	5,5	5,5
Baixo	61	22,2	27,6
Médio	128	46,5	74,2
Alto	64	23,3	97,5
Não localizado	7	2,5	100,0
Total	275	100,0	

Fonte: IVS 2010 – IPEA, elaborado pela autora.

Cento e vinte e oito mulheres, portanto 46,5% do total, residem em locais que apresentam classificação de vulnerabilidade social considerada média, pelos parâmetros do IVS, 64 (23,3%) residem em locais cuja vulnerabilidade é considerada alta, 61 mulheres, portanto 22,2%, residem em locais de vulnerabilidade considerada baixa vulnerabilidade. Somente 15 mulheres (5,5%) residem em locais considerados de muito baixa vulnerabilidade. Em sete casos (2,5%) não foi possível localizar o endereço da mulher, o que impediu que fosse aferido o IVS correspondente.

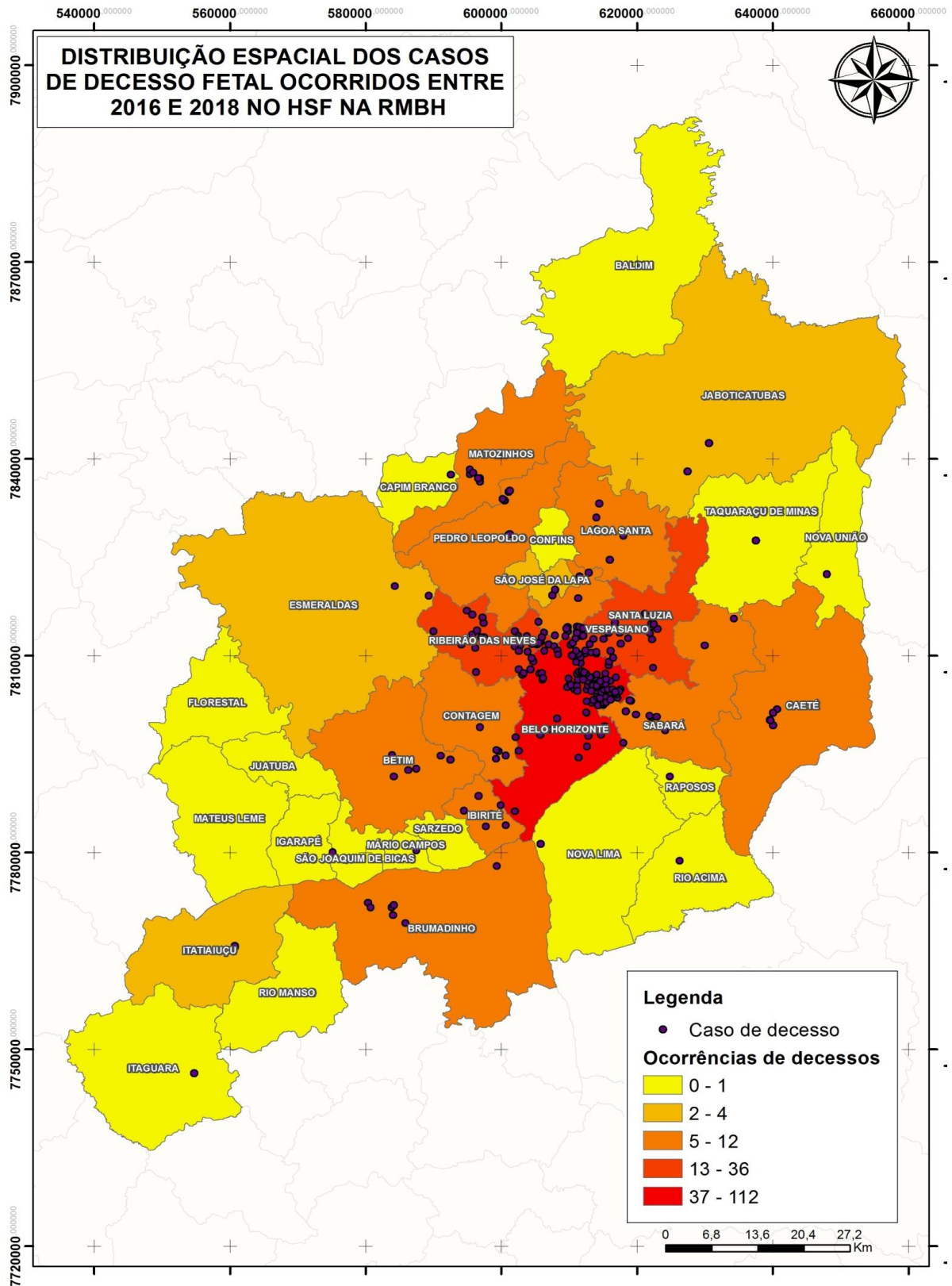
Para elucidar percepção da distribuição socioespacial do decesso fetal pela RMBH, realizou-se a elaboração de um conjunto de dois mapas temáticos, (Figuras 7 e 8), onde se encontram espacializados os 275 casos de decesso fetal, ocorridos no Hospital Sofia Feldman (HSF) entre 2016 e 2018.

No primeiro mapa, *Distribuição espacial dos casos de decesso fetal ocorridos entre 2016 e 2018 no HSF na RMBH*, se tem a distribuição espacial pela RMBH dos 275 casos de decesso atendidos pelo HSF entre 2016 e 2018, representados cada um por um ponto de cor roxa. Ao fundo têm-se uma leitura da concentração da quantidade de ocorrência de casos por município que integra a RMBH, representada através de uma variação de cores que vai do amarelo ao vermelho indicando variação na intensidade dos quantitativos. Destaca-se nesta primeira peça a volumosa concentração de pontos na porção norte do território de Belo Horizonte e nos municípios de Santa Luzia e Ribeirão das Neves.

Nas Figuras 9 e 10 a distribuição espacial da vulnerabilidade social associada aos casos de decesso fetal ocorridos entre 2016 e 2018 no HSF na RMBH, se tem a reelaboração da carta de vulnerabilidade social elaborada pelo IPEA. A cada caso

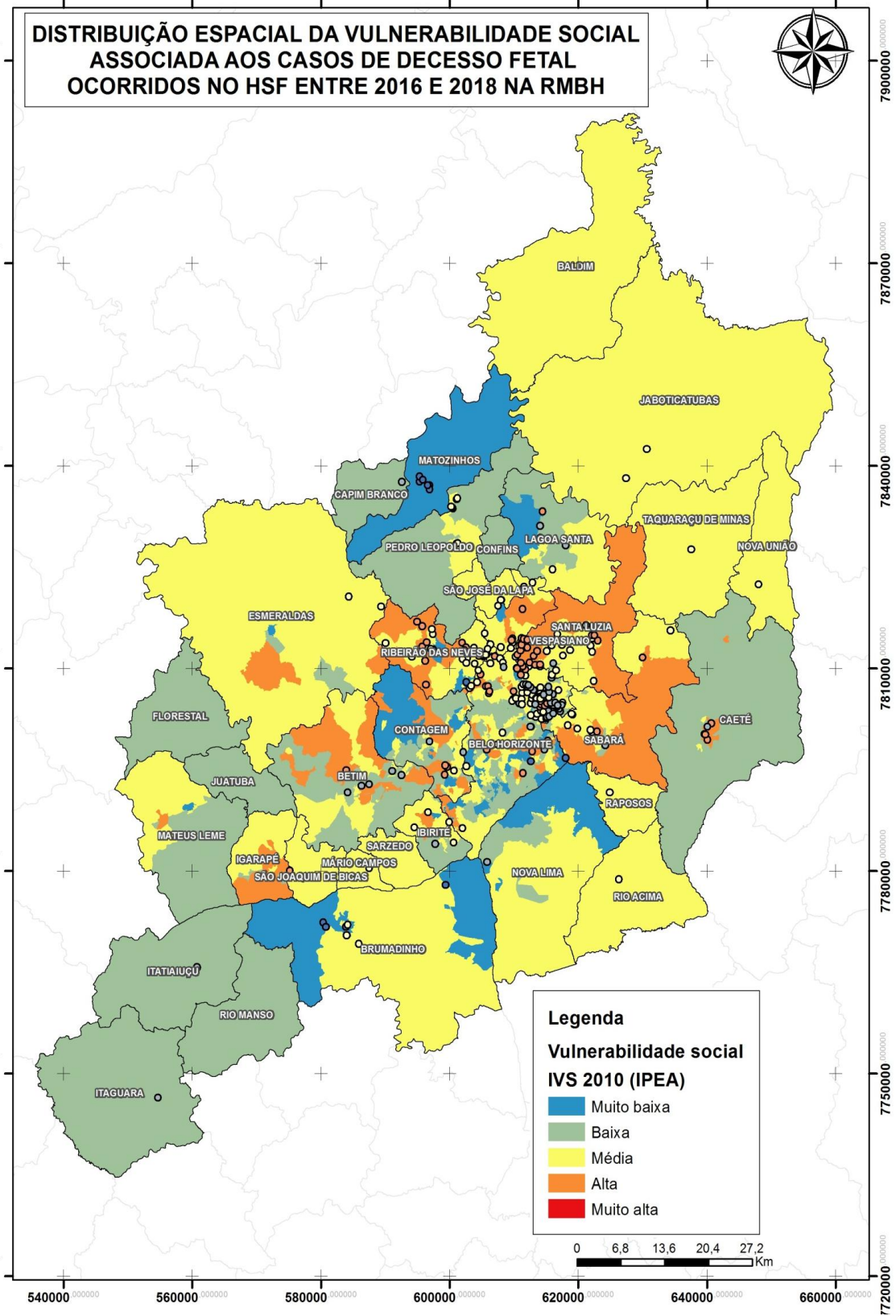
de decesso foi atribuído um determinado quantitativo de IVS referente ao seu local de moradia, posteriormente estes quantitativos foram interpolados gerando uma carta que permite a leitura da sua concentração espacial. Neste sentido se tem em cor azul-escuro os nichos de concentração dos IVS muito baixo, em azul mais claro os índices de vulnerabilidade tidos como baixos. Em amarelo pálido têm-se os casos de IVS médio, em vermelho claro os casos de alta vulnerabilidade e, por fim, em vermelho escuro os de muito alta vulnerabilidade. Este mapa permite perceber a existência de nichos de alta vulnerabilidade dispersos pelo território da RMBH, enquanto a vulnerabilidade média é predominante.

Figura 9 – Distribuição espacial dos casos de decesso fetal ocorridos entre 2016 e 2018 no HSF na RMBH



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 10 – Distribuição da vulnerabilidade social associada aos casos de decesso fetal ocorridos no HSF entre 2016 e 2018 na RMBH



Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.1 - O perfil das mulheres cuja gravidez que evoluíram para decesso no HSF entre 2016 e 2018 residentes na RMBH

No que diz respeito ao perfil das gestantes, verificou-se que 45 (16,4%) possuíam idade entre 12 e 19 anos, 73 (aproximadamente 27%) estavam na faixa etária entre 20 e 25 anos, 123, ou seja, aproximadamente 45%, encontravam-se entre 26 e 37 anos de idade. Vinte e quatro (aproximadamente 9%) possuíam entre 38 e 42 anos e quatro (1,5%) apresentavam idade superior a 43 anos. Em seis casos, 2,2% aproximadamente, não foi informada a idade da mulher no formulário (Tabela 12).

Tabela 32 - Distribuição por idade da gestante

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
12 a 19	45	16,40	16,40
20 a 25	73	26,55	42,91
26 a 37	123	44,73	87,64
38 a 42	24	8,73	96,36
Maior que 43	4	1,45	97,82
Não informado	6	2,18	100,00
Total	275	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à cor da pele (Tabela 13) foi possível constatar que a cor parda também é predominante nas autodeclarações das gestantes que evoluíram para decesso fetal entre 2016 e 2018, no HSF, sendo que 82,2%, ou seja, 226 mulheres declaram-se desta cor. Quatorze mulheres, 5,1% aproximadamente, declaram-se pretas, 20 mulheres, ou 7%, aproximadamente, declaram-se brancas. Em um formulário a declaração fora ignorada e em 14 não constava informação sobre a cor da gestante.

Tabela 33 - Distribuição por cor da pele

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Branca	20	7,3	7,3
Parda	226	82,18	89,45
Preta	14	5,09	94,54
Ignorado	1	0,36	94,90
Não informada	14	5,09	100
Total	275	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à escolaridade das gestantes (Tabela 14) foi possível apreciar que o ensino médio é predominante, declarado por 58,18% (160 mulheres). Em seguida o ensino

Fundamental I e II, que somados representam 29,5% aproximadamente dos casos. Destaca-se a maior incidência dos casos de ensino superior incompleto, 6,2% aproximadamente, com 17 declarações, frente ao superior completo com 11 declarações, ou, 4% do total. Em três casos (1,1%) a escolaridade da gestante fora ignorada.

Tabela 34 - Distribuição por escolaridade

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Fundamental I	13	4,73	5,82
Fundamental II	68	24,73	30,55
Médio	160	58,18	88,73
Superior incompleto	17	6,18	94,91
Superior completo	11	4,00	98,91
Ignorado	3	1,09	100,00
Total	275	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Mediante o exposto considera-se que o perfil médio da mulher que passou por ocorrência de decesso fetal na RMBH, durante os anos de 2016 a 2018, é de uma mulher com idade entre 26 e 37 anos, de cor parda, com escolaridade média e residente em uma localidade de vulnerabilidade social média.

5.3 Perfil dos decessos selecionados para a pesquisa

A seguir procede-se a apresentação dos dados referentes ao grupo de mulheres a quem se dirige diretamente esta pesquisa, ou seja, com idade gestacional entre 28 e 42 semanas e sem problemas de saúde.

Em termos de sua distribuição anual constatou-se uma tendência crescente, sendo que, no ano de 2016, foram registradas 15 ocorrências (27,3%), no ano de 2017 tem-se 18 casos, ou seja, aproximadamente 33% da amostra, e por fim no ano de 2018 verificou-se 22 casos, o que corresponde a 40% do total (Tabela 15).

Tabela 35 - Distribuição por ano de mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
2016	15	27,3	27,3
2017	18	32,7	60
2018	22	40	100
Total	55	100	

Fonte: Dados da pesquisa.

Em termos da idade gestacional os casos tendem a se concentrar na primeira classe, entre 18 e 36 semanas, onde se registrou 32 casos, ou, aproximadamente 58% do total. Em seguida a categoria de 37 a 42 semanas registra 23 casos, ou, 42% aproximadamente (Tabela 16).

Tabela 36 - Distribuição por idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
28 a 36	32	58,2	58,2
37 a 42	23	41,8	100,0
Total	55	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao município de moradia observa-se grande concentração em Belo Horizonte, com 21 casos, aproximadamente 38%. Em seguida destacam-se Santa Luzia, com 12 casos (22% aproximadamente), Ribeirão das Neves com cinco casos (9,1%) e Sabará com três casos (5,5%). Os demais registram entre um e três casos, o que responde a aproximadamente 2 a 3% do total (Tabela 17).

Tabela 37 - Distribuição por município de moradia das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Belo Horizonte	21	38,2	38,2
Betim	1	1,8	40,0
Brumadinho	2	3,6	43,6
Contagem	1	1,8	45,5
Esmeraldas	1	1,8	47,3
Ibirité	1	1,8	49,1
Igarapé	1	1,8	50,9
Itatiaiuçu	1	1,8	52,7
Nova Lima	1	1,8	54,5
Pedro Leopoldo	2	3,6	58,2
Ribeirão das Neves	5	9,1	67,3
Sabará	3	5,5	72,7
Santa Luzia	12	21,8	94,5
São José da Lapa	2	3,6	98,2
Vespasiano	1	1,8	100,0
Total	55	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao IVS do local de moradia os resultados são mostrados na Tabela 18.

Tabela 38 - Distribuição pelo IVS 2010 do local de moradia das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Muito baixo	2	3,6	3,6
Baixo	9	16,4	20,0
Médio	29	52,7	72,7
Alto	14	25,5	98,2
Não localizado	1	1,8	100,0
Total	55	100,0	

Fonte: IVS 2010 – IPEA elaborado pela autora.

Vinte e nove mulheres (52,7%) do total residem em locais que apresentam classificação de vulnerabilidade social considerada média, pelos parâmetros do IVS. Quatorze (25,5%) residem em locais cuja vulnerabilidade é considerada alta. Nove mulheres (16,4%) residem em locais de vulnerabilidade considerada baixa. Somente duas mulheres (3,6%) residem em locais considerados de muito baixa vulnerabilidade. Em um caso (1,8%) não foi possível localizar o endereço da mulher, o que impediu que fosse aferido o IVS correspondente.

5.3.1 Perfil das mulheres selecionadas

Verificou-se que cinco gestantes (9,1%) possuíam idade entre 12 e 19 anos. 16 (aproximadamente 29,1%) estavam na faixa etária entre 20 e 25 anos. 27 gestantes, ou seja, aproximadamente 49,1%, encontravam-se entre 26 e 37 anos de idade. Cinco gestantes (aproximadamente 9%) possuíam entre 38 e 42 anos. Em 2 casos (3,6%) aproximadamente, não foi informada a idade da mulher no formulário.

Tabela 39 - Distribuição por idade das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
12 a 19	5	9,1	9,1
20 a 25	16	29,1	38,2
26 a 37	27	49,1	87,3
38 a 42	5	9,1	96,4
Não Informado	2	3,6	100,0
Total	55	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à cor da pele (Tabela 20) foi possível constatar que a cor parda também é predominante, sendo que 80%, ou seja, 44 mulheres declaram-se desta cor. Uma mulher, 1,8% aproximadamente se declarou preta. Cinco mulheres, ou 9% aproximadamente, declaram-se brancas. Em cinco casos não constava informação sobre a cor da gestante.

Tabela 40 - Distribuição por cor da pele das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Branca	5	9,1	9,1
Parda	44	80,0	89,1
Preta	1	1,8	90,9
Não informado	5	9,1	100,0
Total	55	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à escolaridade das gestantes (Tabela 21), foi possível apreciar que, apesar da grande quantidade de declarações de ensino médio (41,8% - 23 mulheres) há uma grande proporção das declarações de ensino fundamental I e II, que somados representam 42,5% aproximadamente dos casos (sendo 20 declarações de ensino

fundamental II e cinco declarações de fundamental I) o que é relevante uma vez que supera o encontrado no universo e na amostra da RMBH. Destaca-se a maior incidência dos casos de ensino superior incompleto, 7,3% aproximadamente, com quatro declarações, frente ao superior completo com duas declarações, ou, aproximadamente 4% do total.

Tabela 41 - Distribuição por escolaridade das mulheres com idade gestacional entre 28 e 42 semanas

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Sem escolaridade	1	1,8	1,8
Fundamental I	5	9,1	10,9
Fundamental II	20	36,4	47,3
Médio	23	41,8	89,1
Superior incompleto	4	7,3	96,4
Superior completo	2	3,6	100,0
Total	55	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.2 Perfil sociodemográfico das mulheres do grupo de controle

Para o estabelecimento das análises de regressão logística, foi selecionado grupo de controle composto por mulheres em condições socioeconômicas semelhantes às gestantes que passaram por decesso fetal, tiveram seus bebês.

Este grupo de controle é composto por 207 mulheres, e 95% delas residentes na RMBH, que tiveram parto assistido no Hospital de referência, cenário de estudos desta pesquisa. A seguir são destacadas algumas das principais características sociodemográficas destas gestantes. Estes dados foram feito busca ativa nos prontuários das gestantes.

Com relação à distribuição por faixa etária, ficou evidenciado que 79 mulheres (38,16%) estão na faixa entre 26 e 37 anos. Igualmente expressiva é a proporção de mulheres na faixa entre 20 e 25 anos, 35,75% ou 74 mulheres das 207 que compõe este grupo de controle. Mais informações na Tabela 22.

Tabela 42 - Distribuição por faixa etária das mulheres do grupo de controle

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
12 a 19	48	23,19	23,19
20 a 25	74	35,75	58,94
26 a 37	79	38,16	97,10
38 a 42	6	2,90	100,00
Total	207	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à distribuição por cor da pele, ficou evidenciada predominância das mulheres de cor parda, assim como no grupo que vivenciou a perda fetal. Cento e vinte e sete mulheres (61,35%) são pardas. Em segundo lugar, 20% das mulheres são brancas, isto representa 43 mulheres das 207 que compõe este grupo de controle. As pretas representam 17%. Mais informações na Tabela 23.

Tabela 43 - Distribuição por cor da pele das mulheres do grupo de controle

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Preta	37	17,87	17,87
Parda	127	61,35	79,23
Branca	43	20,77	100,00
Total	207	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à escolaridade das mulheres, ficou evidenciada predominância das mulheres com ensino médio, novamente, realidade concomitante com o observado para o grupo que vivenciou a perda fetal. Cento e sessenta e três mulheres (78,74%) possuem ensino médio. Em segundo lugar, 9,66% das mulheres apresentam ensino superior completo, isto representa 20 mulheres das 207 que compõe este grupo de controle. Mais informações na Tabela 24.

Tabela 44 - Distribuição por escolaridade das mulheres do grupo de controle

	Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Fundamental I	1	0,48	0,48
Fundamental II	19	9,18	9,66
Médio	163	78,74	88,41
Superior incompleto	4	1,93	90,34
Superior completo	20	9,66	100,00
Total	207	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

Conhecidas as principais características sociodemográficas do grupo de controle, serão apresentados a seguir os resultados das regressões logísticas.

5.4 Fatores sociodemográficos e de tratamento que impactam no óbito de bebês

A seguir são apresentados os resultados dos processos de inferência estatística por meio dos modelos de regressão estatística univariada e multivariada.

5.4.1 Regressão logística univariada

A Tabela 25, a seguir, apresenta uma descrição das 259 grávidas pesquisadas, no geral, e para os casos de decesso fetal (52 grávidas⁶) e para os casos de nascidos vivos (207 grávidas) de acordo com a idade da mãe, cor da mãe, tipo de parto, escolaridade, idade gestacional (IG), nº de partos realizados, múltipara, nº de consultas pré-natais até 28ª semana de gestação, sexo do “RN”, classificação IG×peso do “RN”, portanto, variáveis que estão associadas tanto às grávidas quanto aos “recém-nascidos” vivos ou em óbito. Esses resultados têm como objetivo principal apenas caracterizar as grávidas e os “RN”, no geral e por grupo de decesso fetal (*sim* → decesso e *não* → nascido vivo).

Tabela 45 - Caracterização das mulheres em situação de vulnerabilidade social e dos “RN” na avaliação dos casos de decesso fetal, dos nascidos vivos e no geral

Variáveis do estudo	Decesso fetal				Geral	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Faixa etária (anos)						
Até 19 anos	14	27,0	48	23,2	62	23,9
De 20 a 24 anos	10	19,2	65	31,4	75	29,0
De 25 a 29 anos	10	19,2	44	21,3	54	20,9
De 30 a 34 anos	13	25,0	29	14,0	42	16,2
Mais de 34 anos	5	9,6	21	10,1	26	10,0
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0

Continua

⁶ Cabe destacar que três gestantes do grupo com decesso fetal tiveram de ser excluídas da amostra para os estudos de regressão, pois, após o processo de complementação de informações faltantes por meio de consulta aos prontuários médicos, ainda remanesceram lacunas sobre estas gestantes que comprometiam a integralidade da base de dados para o processo de regressão.

Tabela 25 - continuação

Variáveis do estudo	Decesso fetal				Geral	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Idade (em anos)	(n = 52)		(n = 207)		(n = 259)	
<i>Média ± d.p</i>	25,4 ± 6,9		24,8 ± 6,4		25,0 ± 6,5	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(23,5; 27,4)		(24,0; 25,7)		(24,2; 25,7)	
<i>Mediana (Q₁ – Q₃)</i>	26,0 (18,3 – 30,0)		24,0 (20,0 – 29,0)		24,0 (20,0 – 30,0)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	13,0 – 41,0		14,0 – 41,0		13,0 – 41,0	
Cor						
<i>Branca</i>	6	11,5	43	20,8	49	18,9
<i>Parda</i>	42	80,8	127	61,3	169	65,3
<i>Negra</i>	4	7,7	37	17,9	41	15,8
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Tipo de parto						
<i>Parto Normal</i>	46	88,5	196	94,7	242	93,4
<i>Cesárea</i>	6	11,5	11	5,3	17	6,6
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Escolaridade						
<i>Fundamental I</i>	3	5,8	1	0,5	4	1,5
<i>Fundamental II</i>	11	21,1	19	9,2	30	11,6
<i>Médio</i>	30	57,7	163	78,7	193	74,5
<i>Superior incompleto</i>	4	7,7	4	1,9	8	3,1
<i>Superior completo</i>	4	7,7	20	9,7	24	9,3
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Idade Gestacional (IG)						
<i>≤ 27 semanas</i>	1	1,9	1	0,5	2	0,8
<i>De 28 a 32 semanas</i>	20	38,5	13	6,3	33	12,7
<i>De 33 a 36 semanas</i>	7	13,5	39	18,8	46	17,8
<i>≥ 37 semanas</i>	24	46,1	154	74,4	178	68,7
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Nº de partos (faixa)						
<i>1 parto</i>	25	48,1	111	53,6	136	52,5
<i>2 partos</i>	20	38,5	55	26,6	75	29,0
<i>3 partos</i>	5	9,6	23	11,1	28	10,8
<i>4 partos</i>	1	1,9	8	3,9	9	3,5
<i>Mais de 4 partos</i>	1	1,9	10	4,8	11	4,2
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Nº de partos	(n = 52)		(n = 207)		(n = 259)	
<i>Média ± d.p</i>	1,7 ± 0,9		1,9 ± 1,4		1,8 ± 1,3	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(1,5; 2,0)		(1,7; 2,1)		(1,7; 2,0)	
<i>Mediana (Q₁ – Q₃)</i>	2,0 (1,0 – 2,0)		1,0 (1,0 – 2,0)		1,0 (1,0 – 2,0)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	1,0 – 5,0		1,0 – 9,0		1,0 – 9,0	
Múltipara						
<i>Sim</i>	28	53,8	96	46,4	124	47,9
<i>Não</i>	24	46,2	111	53,6	135	52,1
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0

Continua

Tabela 25 – Conclusão

Variáveis do estudo	Decesso fetal				Geral	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Nº de consultas até 28ª semana						
<i>Nenhuma</i>	3	5,8	4	1,9	7	2,7
<i>De 1 a 3</i>	11	21,2	16	7,7	27	10,4
<i>De 4 a 6</i>	28	53,8	97	46,9	125	48,3
<i>De 7 a 10</i>	10	19,2	72	34,8	82	31,7
<i>Mais de 10</i>	0	0,0	18	8,7	18	6,9
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Nº de consultas até 28ª semana	(n = 52)		(n = 207)		(n = 259)	
<i>Média ± d.p</i>	4,9 ± 2,2		6,5 ± 2,7		6,2 ± 2,7	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(4,3; 5,6)		(6,1; 6,8)		(5,8; 6,5)	
<i>Mediana (Q₁ – Q₃)</i>	5,0 (3,0 – 6,0)		6,0 (5,0 – 8,0)		6,0 (5,0 – 8,0)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	0,0 – 10,0		0,0 – 14,0		0,0 – 14,0	
Sexo do “RN”						
<i>Masculino</i>	32	61,5	77	37,2	109	42,1
<i>Feminino</i>	20	38,5	130	62,8	150	57,9
TOTAL	52	100,0	207	100,0	259	100,0
Peso do “RN” (g)	(n = 52)		(n = 207)		(n = 259)	
<i>Média ± d.p</i>	2.021 ± 1.129		2.919 ± 743		2.739 ± 907	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(1.707; 2.336)		(2.817; 3.021)		(2.628; 2.850)	
<i>Mediana (Q₁ – Q₃)</i>	2.140 (1.005 – 2.755)		3.065 (2.400 – 3.444)		2.970 (2.080 – 3.400)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	440 – 4.440		720 – 4.200		440 – 4.440	

Base de dados: 259 mulheres (*Sim* → 52 casos e *Não* → 207 casos)

Nota: d.p. → Desvio-padrão I.C. da média → Intervalo de confiança de 95% da média.

Os percentuais apresentados foram calculados em relação ao total de casos da linha.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao IVS (2010), cabe informar que não foi possível aproveitar esta variável para o modelo de regressão, primeiramente, porque não foi possível obter o valor do IVS calculado para o local de moradia de todas as mulheres do grupo de controle. Isto se deve a fato de ter sido apurado endereço completo de apenas 84 das 207 mulheres que compõe o grupo de controle.

Outro problema observado em relação ao IVS, é que, ainda considerando os casos em que foi possível estabelecer o IVS associado ao local de moradia, os resultados demonstraram que 80% dos casos variaram entre 0,22, baixo IVS, e 0,43, alto IVS, contudo, esta faixa estreita de variação esta diretamente relacionada à concentração da distribuição dos casos na faixa do IVS considerada de média vulnerabilidade (0,3 a 0,4) (IPEA, 2010). Desta forma, dada sua concentração, evidencia-se que a

variável apresenta variação insuficiente para influenciar significativamente na variável desfecho. Por esses motivos a estatística do IVS não foi incluída no modelo de regressão apresentado.

Com o objetivo de avaliar a influência ou não de cada uma das variáveis independentes (“fatores de risco”) “idade da grávida”, “cor da grávida”, “nível de escolaridade”, “número de partos realizados”, “multípara (Sim ou Não)”, “número de consultas até 28ª semanas”, “sexo do RN” e “classificação do RN (PIG, AIG e GIG)” na variável desfecho “decesso fetal” a *Análise de Regressão Logística Univariada* foi aplicada aos dados coletados.

Conforme demonstrado na Tabela 26 existe associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), de forma univariada, da variável desfecho “decesso fetal” somente com as variáveis independentes “cor da grávida”, “nível de escolaridade”, “número de consultas pré-natais até 28ª semanas”, “sexo do RN” e “classificação do RN (PIG, AIG e GIG)”.

Tabela 46 - Identificação dos fatores de risco associados ao decesso fetal - regressão logística univariada

Fatores de risco	Decesso fetal				p	O.R.	IC _{95%} da O.R.
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Idade da mãe	(n = 52)		(n = 207)				
<i>Média ± d.p</i>	25,4 ± 6,9		24,8 ± 6,4		0,538	1,02	0,97 – 1,06
<i>I.C. da média (95%)</i>	(23,5; 27,4)		(24,0; 25,7)				
<i>Mediana</i>	26,0		24,0				
<i>(Q₁ – Q₃)</i>	(18,3 – 30,0)		(20,0 – 29,0)				
<i>Mínimo - Máximo</i>	13,0 – 41,0		14,0 – 41,0				
Cor da mãe							
<i>Branca</i>	6	12,2	43	87,8	0,709	1,3	0,3 – 4,9
<i>Parda</i>	42	24,9	127	75,1	0,044	3,1	1,03 – 9,1
<i>Negra</i>	4	9,8	37	90,2		1,0	
TOTAL	52	20,1	207	79,9			
Escolaridade							
<i>Fundamental</i>	14	41,2	20	58,8	0,001	3,8	1,7 – 8,3
<i>Médio</i>	30	15,5	163	84,5		1,0	
<i>Superior</i>	8	25,0	24	75,0	0,191	1,8	0,7 – 4,4
TOTAL	52	20,1	207	79,9			

Continua

Tabela 26 – Conclusão

Fatores de risco	Decesso fetal				p	O.R.	IC _{95%} da O.R.
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Nº de partos	(n = 52)		(n = 207)				
<i>Média ± d.p</i>	1,7 ± 0,9		1,9 ± 1,4		0,427	0,9	0,7 – 1,2
<i>I.C. da média (95%)</i>	(1,5; 2,0)		(1,7; 2,1)				
<i>Mediana (Q₁ – Q₃)</i>	2,0 (1,0 – 2,0)		1,0 (1,0 – 2,0)				
<i>Mínimo - Máximo</i>	1,0 – 5,0		1,0 – 9,0				
Múltipara							
<i>Sim</i>	28	17,8	96	82,2		1,0	
<i>Não</i>	24	22,6	111	77,4	0,336	1,3	0,7 – 2,5
TOTAL	52	20,1	207	79,9			
Nº de consultas até 28ª semana	(n = 52)		(n = 207)				
<i>Média ± d.p</i>	4,9 ± 2,2		6,5 ± 2,7		< 0,001	0,8	0,7 – 0,9
<i>I.C. da média (95%)</i>	(4,3; 5,6)		(6,1; 6,8)				
<i>Mediana (Q₁ – Q₃)</i>	5,0 (3,0 – 6,0)		6,0 (5,0 – 8,0)				
<i>Mínimo - Máximo</i>	0,0 – 10,0		0,0 – 14,0				
Sexo do “RN”							
<i>Masculino</i>	32	29,4	77	70,6	0,002	2,7	1,4 – 5,1
<i>Feminino</i>	20	13,3	130	86,7		1,0	
TOTAL	52	20,1	207	79,9			
Classificação do “RN”							
<i>PIG</i>	24	43,6	31	56,4	< 0,001	5,1	2,6 – 9,9
<i>AIG</i>	25	13,3	163	86,7		1,0	
<i>GIG</i>	3	18,8	13	81,2	0,545	1,5	0,4 – 5,6
TOTAL	52	20,1	207	79,9			

Base de dados: 259 mulheres (*Sim* → 52 casos e *Não* → 207 casos)

Nota: O.R. → *Odds Ratio* (Razão das Chances)

I.C. da O.R. → Intervalo de confiança de 95% da *Odds Ratio* (Razão das Chances).

p → Probabilidade de significância do teste do *Qui-quadrado de Wald* (Regressão Logística).

Fonte: Dados da pesquisa.

Descrevendo os resultados mostrados na Tabela 26, pode-se afirmar que as grávidas de cor parda têm 3,1 vezes (*O.R.* = 3,1) mais chance de apresentar “decesso fetal” do que uma grávida negra, porém, as grávidas brancas não apresentaram maior risco ($p \geq 0,05$) de decesso fetal quando comparadas as grávidas de cor negra, sendo que, a proporção de grávidas de cor parda que apresentaram decesso fetal (24,6%) foi significativamente maior do que nas grávidas de cor negra (9,8%) e a proporção de grávidas de cor branca que apresentaram decesso fetal (12,2%) foi semelhante às grávidas de cor negra (9,8%).

Quanto à escolaridade das grávidas, os resultados demonstram que as grávidas com ensino fundamental (I e II) apresentam-se em proporção de casos de decesso fetal (41,2%) significativamente maior do que as grávidas com ensino médio (15,5%), além disso, a proporção de casos de decesso fetal foi semelhante entre as grávidas com ensino superior (25,0%) e aquelas com ensino médio (15,5%), ou dizer que, as grávidas com ensino fundamental têm 3,8 vezes ($O.R. = 3,8$) mais chance de apresentar “decesso fetal” do que uma grávida com ensino médio.

No que diz respeito ao número de consultas pré-natais até a 28^a semana de gestação, o resultado mostra que quanto maior o número de consultas realizadas pela grávida, menor o risco de decesso fetal, sendo que, o aumento de uma consulta no pré-natal indica 0,8 vezes mais chance ($O.R. = 0,8$) de a grávida ter decesso fetal, ou seja, existe uma redução de 20% ($1 - 0,80 = 0,20$ na $O.R.$) na chance de uma grávida quando aumenta em uma consulta o pré-natal, ou de outra forma, informar que a redução de uma consulta no pré-natal indica 1,25 vezes mais chance ($O.R._{invertido} = 1 / O.R. = 1 / 0,8 = 1,25$) de a grávida ter decesso fetal. Em média, observa-se que as pacientes grávidas **sem decesso** fetal (média = 6,5) apresentaram um total de consultas até 28^a semana significativamente maior do que as grávidas **com decesso** fetal (média = 4,9).

Na avaliação do sexo do “RN”, o resultado mostra que grávidas com “RN” do sexo masculino têm 2,7 vezes mais chance ($O.R. = 2,7$) de apresentar “decesso fetal” do que uma grávida com “RN” do sexo feminino, além disso, a proporção de grávidas com “RN” do sexo masculino que apresentaram decesso fetal (29,4%) foi significativamente maior do que nas grávidas com “RN” do sexo feminino (13,3%).

No que se refere à classificação dos “RN” (PIG, AIG e GIG), os resultados mostram que a proporção de grávidas com “RN” PIG apresentaram uma proporção de casos de decesso fetal (43,6%) significativamente maior do que as grávidas com “RN” AIG (13,3%), além disso, a proporção de casos de decesso fetal é semelhante entre as grávidas com “RN” GIG (18,8%) e aquelas com “RN” AIG (13,3%), ou dizer que, as grávidas “RN” PIG têm 5,1 vezes ($O.R. = 5,1$) mais chance de apresentar “decesso fetal” do que uma grávida “RN” AIG.

Estas análises servem como avaliação do comportamento da relação / associação de cada uma das variáveis independentes com a variável desfecho do estudo, entretanto, é através da aplicação da *Análise Multivariada* que teremos a confirmação ou não destes resultados e a conclusão definitiva para os achados. Ressalta-se que uma outra maneira de verificar se uma variável no modelo de Regressão Logística Univariada / Multivariada é ou não estatisticamente significativa é através da utilização da medida da *Razão das Chances* (*O.R. – Odds Ratio*), ou seja, se o intervalo de confiança para a *O.R.* (*O.R. entre parênteses na tabela*) não contiver o valor 1 é porque a variável independente / preditora (“fator de risco”) é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação à variável desfecho estudada, caso contrário, a variável não é estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$).

5.4.2 Regressão logística multivariada binária

Tendo como ponto de partida os resultados observados na modelagem univariada, anteriormente apresentada. O presente modelo de regressão logística binária multivariada, apresentado na Tabela 27, tem como objetivo identificar grávidas com risco para “decesso fetal” de acordo com as características dos fatores utilizados como variáveis independentes (explicativas / preditoras): “idade da grávida”, “cor da grávida”, “nível de escolaridade”, “nº de partos realizados”, “multípara (sim ou não)”, “nº de consultas até 28ª semanas”, “sexo do RN” e “classificação do RN (PIG, AIG e GIG)”.

Com a aplicação desta análise multivariada é possível identificar de forma conjunta (ou seja, *multivariada*) qual ou quais são os fatores de risco / variáveis independentes que influenciam / explicam significativamente os casos de decesso fetal.

Tabela 47 - Análise de regressão logística múltipla para identificar fatores de risco associados ao “decesso fetal” - modelo inicial

Variável	β	Qui-quadrado (Wald)	p	O.R.	I.C.-95% p/ O.R.
Constante	-2,474	4,743	0,029	—	—
Idade da mãe	0,012	0,192	0,661	1,0	(0,9; 1,1)
Cor					
Branca	0,311	0,170	0,681	1,4	(0,3; 6,0)
Parda	1,058	3,015	0,082	2,9	(0,9; 9,5)
Escolaridade					
Fundamental	1,475	9,915	0,002	4,4	(1,7; 10,9)
Superior	0,712	1,850	0,174	2,0	(0,7; 5,7)
Nº de partos	-0,707	4,646	0,031	0,5	(0,3; 0,9)
Múltipara	1,319	5,144	0,023	3,7	(1,2; 11,7)
Nº de consultas até 28ª semana	-0,137	2,845	0,092	0,9	(0,7; 1,02)
Sexo do “RN”	1,062	8,135	0,004	2,9	(1,4; 6,0)
Classificação do “RN”					
PIG	1,323	10,285	0,001	3,8	(1,7; 8,4)
GIG	1,244	2,709	0,100	3,5	(0,8; 15,3)

Base de dados: 259 mulheres (Sim → 52 casos e Não → 207 casos)

nota: p → Probabilidade de significância do teste de Wald da Análise de Regressão Logística

Pseudo R² (Cox & Snell) = 0,198 Pseudo R² (Nagelkerke) = 0,313

- Variáveis do modelo

- Variável Desfecho / Dependente: 1 → Decesso Fetal
0 → Nascido vivo

- Variáveis independentes do tipo *Dummy*:

- Cor da mãe: Branca = 1 e Parda = 0 → Branca

Branca = 0 e Parda = 1 → Parda

Branca = 0 e Parda = 0 → Negra

- Escolaridade: Fundamental = 1 e Superior = 0 → Fundamental I ou II

Fundamental = 0 e Superior = 1 → Superior completo / Incompleto

Fundamental = 0 e Superior = 0 → Médio

- Múltipara: 1. Sim e 0. Não

- Sexo do “RN”: 1. Masculino e 0. Feminino

- Classificação do “RN”: Branca = 1 e Parda = 0 → Branca

- Variáveis preditoras / independentes do tipo *Contínua ou discreta*:

Idade da mãe → em anos.

Nº de partos → Quantidade de partos realizados.

Nº de consultas até 28ª semana → Quantidade de consultas realizadas.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 28 mostra os resultados da regressão logística binária multivariada inicial considerando-se as oito variáveis pré-selecionadas no presente estudo. Durante a aplicação desta análise estatística os fatores de risco (variáveis independentes) não significativos ($p \geq 0,05$) são retirados do modelo inicial um a um de acordo com o valor da probabilidade de significância (p), sendo retirados da mais alta probabilidade à mais baixa probabilidade não significativa, até se chegar a um modelo final somente com as variáveis independentes / preditoras estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Para confirmar tais retiradas das variáveis independentes

não significativas o teste da *Razão de Verossimilhança* foi utilizado com o intuito de verificar se, realmente, as variáveis independentes retiradas do modelo não interferem significativamente na variável desfecho de interesse e, portanto, a redução do número de variáveis independentes no modelo multivariado não prejudica na predição da variável desfecho estudada (“decesso fetal” ou “nascido vivo”).

A Tabela 29 mostra o **modelo multivariado final** ajustado aos dados, onde, as variáveis independentes (“fatores de risco”) que apresentaram uma influência estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e de forma conjunta com a variável desfecho “decesso fetal” foram: “Idade da grávida”, “cor da grávida”, “nível de escolaridade”, “nº de partos realizados”, “multípara (sim ou não)”, “nº de consultas até 28ª semanas”, “sexo do RN” e “classificação do RN (PIG, AIG e GIG)”. Ressalta-se que apesar da escolaridade “superior” e da classificação GIG (*variáveis do tipo dummy*) não terem sido estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), porém, permanecerão no modelo final uma vez que para recompor as 3 categorias da variável “escolaridade” e da variável “classificação do RN” as permanências no modelo são necessárias.

Tabela 48 - Análise de regressão logística múltipla para identificar fatores de risco associados ao “decesso fetal” - modelo final

Variável	β	Qui-quadrado (Wald)	p	O.R.	I.C.-95% p/O.R.
Constante	-1,311	3,409	0,065	—	—
Escolaridade					
Fundamental	1,421	9,686	0,002	4,1	(1,7; 10,1)
Superior	0,568	1,231	0,267	1,8	(0,6; 4,8)
Nº de partos	-0,673	4,415	0,036	0,5	(0,3; 0,9)
Multípara	1,341	5,536	0,019	3,8	(1,3; 11,7)
Nº de consultas até 28ª semana	-0,156	3,834	0,050	0,9	(0,7; 1,0)
Sexo do “RN”	1,091	8,833	0,003	3,0	(1,4; 6,1)
Classificação do “RN”					
PIG	1,331	10,804	0,001	3,8	(1,7; 8,4)
GIG	1,339	3,202	0,074	3,8	(0,9; 16,5)

Base de dados: 259 mulheres (Sim → 52 casos e Não → 207 casos)

Nota: p → Probabilidade de significância do teste de Wald da Análise de Regressão Logística

Pseudo R^2 (Cox & Snell) = 0,182 Pseudo R^2 (Nagelkerke) = 0,287

- Variáveis do modelo

- Variável Desfecho / Dependente: 1 → Decesso Fetal

0 → Nascido vivo

- Variáveis independentes do tipo *Dummy*:

- Cor da mãe: Branca = 1 e Parda = 0 → Branca

- Branca = 0 e Parda = 1 → Parda
 Branca = 0 e Parda = 0 → Negra
- Escolaridade: Fundamental = 1 e Superior = 0 → Fundamental I ou II
 Fundamental = 0 e Superior = 1 → Superior completo / Incompleto
 Fundamental = 0 e Superior = 0 → Médio
 - Multípara: 1. Sim e 0. Não
 - Sexo do "RN": 1. Masculino e 0. Feminino
 - Classificação do "RN": Branca = 1 e Parda = 0 → Branca
- *Variáveis preditoras / independentes do tipo Contínua ou discreta:*
Idade da mãe → em anos.
Nº de partos → Quantidade de partos realizados.
Nº de consultas até 28ª semana → Quantidade de consultas realizadas.
 Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de ter sido alcançado um modelo final para estimar a variável desfecho "decesso fetal", os parâmetros que avaliam a *bondade do ajuste* (Tabela 28) mostram que os resultados são moderadamente satisfatórios uma vez que as variáveis utilizadas como preditoras / independentes para a variável desfecho do estudo não são suficientes para tal objetivo uma vez que os *pseudos- R^2* avaliados estão abaixo de 0,30 (*pseudo R^2 de Cox & Snell* = 0,182 e *pseudo R^2 de Nagelkerke* = 0,287), portanto, valores distantes do valor ideal 1 (o valor *pseudo- R^2* igual a 1 significaria que as variáveis preditoras explicam totalmente a variável desfecho de interesse). Porém, com base o *pseudo R^2 de Nagelkerke* (28,7%) essas **seis variáveis independentes** poderão servir de referência para um estudo mais amplo no futuro (aumento do tamanho de amostra e/ou seleção de novas variáveis independentes), além disso, mesmo que as outras variáveis independentes não tenham sido estatisticamente significativas, elas deverão ser incorporadas em futuras análises multivariadas caso sejam incluídas novas variáveis independentes (principalmente, aquelas variáveis com valores de **p** abaixo de 0,50 da análise univariada) no modelo multivariado na tentativa de uma melhor previsão para a variável desfecho "decesso fetal".

De acordo com os resultados obtidos no modelo final da *Regressão Logística Binária* (Tabela 28) a probabilidade de "decesso fetal" (sim ou não) **é maior** quando a grávida possuir escolaridade fundamental, menor o número de partos realizados (pois, $\beta < 0$), ser multípara, menor o nº de consultas pré-natais até a 28ª semana de gestação ($\beta < 0$), o "RN" ser do sexo masculino e o "RN" com classificação "PIG". Já, **a menor** probabilidade para não ocorrência do "decesso fetal" está relacionada à

grávida possuir escolaridade médio, maior o número de partos realizados ($\beta < 0$), não ser nulípara, maior o nº de consultas pré-natais até a 28ª semana de gestação ($\beta < 0$), o “RN” ser do sexo feminino e o “RN” com classificação “AIG”.

Discutindo estes resultados com base nos valores da *Razão das Chances (O.R.)*, por exemplo, em relação à variável independente “escolaridade” pode-se afirmar que uma grávida com nível de escolaridade “fundamental” tem 4,1 vezes ($O.R. = 4,1$) mais chance de apresentar “decesso fetal” do que uma grávida com nível escolar “médio”, podendo esta chance variar de 1,7 a 10,1 vezes ($1,7 \leq O.R. \leq 10,1$) quando controladas as demais variáveis independentes estatisticamente significativas no modelo final. Para as demais variáveis independentes, a avaliação com base nos valores da *Razão das Chances (O.R.)* são análogas a discutida anteriormente.

No modelo final da *Análise de Regressão Logística Binária* foram utilizadas as medidas de acuidade na avaliação do resultado predito (estimado / previsto) pelo modelo e a resposta observada (real, ou seja, se a grávida avaliada apresentou ou não caso de decesso fetal), conforme mostrado na Tabela 29. Pelos parâmetros do modelo final apresentados na Tabela 29 pode-se afirmar que o modelo apresenta baixa Sensibilidade (30,8% - percentual abaixo de 50%) e medida de Especificidade excelente (96,1%), ou seja, o modelo final estimado é ótimo para predizer a **não ocorrência de “decesso fetal”**, entretanto, tem baixa capacidade de predizer a “decesso fetal”. Além disso, a Tabela 29 mostra 33,3% de falsos positivos e 15,3% de falsos negativos, valores considerados relativamente altos – portanto, insatisfatórios.

Tabela 49 - Avaliação da acuidade do modelo da análise de regressão logística múltipla baseada nas respostas observada e prevista para o “decesso fetal”

Decesso fetal (Resposta observada)	Modelo logístico (Resposta prevista)		TOTAL
	Sim	Não	
Sim	16	36	52
Não	8	199	207
TOTAL	24	235	259

Base de dados: 259 mulheres (Sim → 52 casos e Não → 207 casos)

Nota: Acuidade do Modelo → Sensibilidade = 30,8% Especificidade = 96,1%
Falso positivo = 33,3% Falso negativo = 15,3%
Resultados corretos = 83,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

A fórmula abaixo permite calcular a probabilidade (P) de uma grávida apresentar decesso fetal $\{F(x)$ refere-se à equação gerada pela Regressão Logística apresentada na TAB. 4}:

$$P = \frac{e^{F(X)}}{1 + e^{F(X)}}$$

Onde:

$$F(X) = -1,311 + 1,421 \times \text{"Fundamental"} + 0,568 \times \text{"Superior"} - 0,673 \times \text{"Nº de partos"} + 1,341 \times \text{"Multípara"} - 0,156 \times \text{"Nº de consultas até 28ª semana"} + 1,091 \times \text{"Sexo do RN"} + 1,331 \times \text{"PIG"} + 1,339 \times \text{"GIG"}$$

De acordo com o modelo final gerado não tem capacidade completamente satisfatória para prever "decesso fetal". Logo abaixo dessa tabela encontram-se o *modelo estimado* para o "decesso fetal" e a fórmula utilizada para o cálculo de probabilidade de uma grávida ter decesso fetal, conforme as características dos fatores relacionados significativamente à variável desfecho do estudo.

5.5 Análise qualitativa dos casos de decesso

Novamente cumpre salientar que durante o processo de transcrição e análise das entrevistas ocorreu perda de informações. Acidentalmente foram excluídas as gravações do grupo de controle (mulheres que não vivenciaram a perda fetal, com características socioeconômicas similares as mulheres com decesso), estando às transcrições deste grupo incompletas.

Neste sentido, diante da inviabilidade da realização de nova rodada de entrevistas com o grupo de controle em função do tempo demandado para sua realização, optou-se por remover as entrevistas deste grupo de mulheres da análise para a presente defesa.

5.5.1 Perfil das entrevistadas

A seguir é apresentada síntese das características das entrevistadas, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - síntese das principais características das entrevistadas

Entrevistadas com decesso fetal									
Entrevistada	Idade	Estado civil	Cor	Escolaridade	Profissão	Gestações anteriores	Parto Normal	Abortos	Pré-natal
Alamanda	24	Solteira	Parda	EMC	Atendente	1	1	0	Particular
Tulipa	35	Solteira	Parda	EMC	Cabeleireira	4	4	0	UBS
Amarílis	31	Solteira	Branca	ESC	Func. pública	3	1	2	Particular
Bromélia	31	Solteira	Parda	EMI	Garçonete	4	2	2	UBS
Hibisco	28	Solteira	Branca	EMC	Não	2	1	0	UBS

Legenda: EMC = Ensino médio completo, EMI = Ensino médio incompleto, ESC = Ensino superior completo. Fonte: Elaborado pela autora.

Alamanda: Mora em casa própria. Gravidez não programada, porém aceita. Fez pré-natal na rede particular, e certo dia percebeu diminuição do movimento fetal, procurou a maternidade e quando lá chegou não escutaram o coração do bebê. Relata que sentiu a pior situação do mundo. Achou que ia morrer. Hoje grávida de 35 semanas.

Tulipa: Mora em casa alugada. Realizou todos os pré-natais na UBS e o ultrassom particular. Relata que a gravidez foi diferente das outras e que não sentia os movimentos do bebê. Ao comunicar o fato ao médico o mesmo disse estar tudo normal, mas ela insistia em relatar ter sentido mau cheiro. Acredita ter havido negligência por parte do médico e da equipe que a atendeu. Não foi acompanhada por psicóloga, o que acredita teria ajudado muito se fosse atendida.

Amarílis: Mora em casa própria. Realizou todo o pré-natal e ultrassom em rede particular. Relata que a gravidez foi muito planejada e esperava que fazendo todo o processo em rede particular tudo sairia bem, pois cuidou demais da gestação e nunca sentiu nada. Relata também que não gostou do pré-natal, não sendo bem acolhida. Diz que a sensação ao engravidar foi das melhores. Ao fazer o ultrassom foi notado que o coração do bebê não batia, o parto foi induzido, correu rápido e não sofreu muito. A dor da perda foi compensada com uma nova gestação na qual correu tudo bem.

Bromélia: Mora em casa alugada. Realizou o pré-natal na UBS e fez ultrassom particular. Denotou rispidez na entrevista. Gravidez não programada, mas bem aceita. Em uma das consultas relatou à médica que o bebê não estava mexendo, foi então encaminhada para o ultrassom e a médica informou que escutou o bebê. O parto foi induzido e demorou demais. Não quis ver o bebê morto, somente o companheiro. A dor da perda foi compensada com nova gravidez. Não entende o que pode ter dado errado.

Hibisco: Mora em casa própria. Fez o acompanhamento pré-natal pela UBS e todos os exames de ultrassom no particular. Não entende o trágico desfecho, pois sempre cuidou de tudo direitinho. Relata ter sido bem atendida no Sofia Feldman. A gravidez seguinte foi à forma que encontrou para não sofrer tanto.

5.5.2 Análise das entrevistas com mulheres com decesso fetal

5.5.2.1 Avaliação das condições de vida

Quando perguntadas sobre como era sua condição de vida na época em que passaram pelo decesso fetal, as entrevistadas descreveram em suas respostas situações que versam sobre temas relacionados a emprego, renda, moradia, automóvel. Deste apontamento espontâneo para as condições ligadas à dimensão socioeconômica de suas vidas, percebe-se, portanto, que para as entrevistadas, a ideia que conseguem construir de condição de vida está embasada em um conjunto de relações de propriedade, posse, consumo de bens e serviços, como se pode observar nas passagens transcritas a seguir.

Lembro né, lembro assim... eu tinha ensino médio incompleto, tinha minha casa própria, na época não trabalhava e não tinha emprego, infelizmente (ALAMANDA).

Eu lembro, morava na mesma casa que eu moro hoje ainda, mas é... Naquela época nem uns bicos eu não fazia (BROMÉLIA).

Eu considero que minha condição de vida era boa, eu era autônoma, tinha meu salão de beleza, trabalhava na minha casa no meu salão, tinha um grande número de clientes, eu considero que minha condição de vida era boa.

Assim, conta era tranquilo, a gente pagava as contas. A alimentação era boa também. Viagem não, como a gente é autônomo as vezes não sobra bem tempo para viagem e o dinheiro a gente também já foca mais, como você falou aí, em contas e na alimentação, ainda mais na gravidez que a gente sabe que tem que alimentar melhor e o gasto é maior, a gente começa preocupar com enxoval, começa a preocupar com outras coisas (TULIPA).

Eu não posso me queixar não, eu tinha um emprego, eu tinha meu carro, tudo que eu precisava. Não era uma vida de luxo, mas eu conseguia comprar tudo que eu precisava (AMARILIS).

5.5.2.2 Condição de trabalho e renda

Na sequência estas mulheres foram questionadas com relação à dimensão do emprego e renda, que se apresenta como variável que opõe diametralmente à amostra. Metade das entrevistadas que apresentaram decesso fetal afirmaram que não trabalhavam na época do decesso, e até hoje se mantém nesta condição. A outra metade das entrevistadas afirmou possuir emprego, e conseqüentemente possuem renda pessoal.

Dentre as entrevistadas que não trabalhavam, o discurso aponta para percepção de que o fato de não terem trabalho influenciou em sua gestação de maneira negativa, pois relatam condição de dependência em relação aos parceiros e família, bem como dificuldades para adquirir o enxoval para seus bebês. Aqui cabe salientar que o tema enxoval surgiu durante as entrevistas como baliza da autonomia da mulher perante a gravidez.

Dentre as que trabalham, o exercício da atividade profissional foi apresentado como uma ambivalência, pois o trabalho traz autonomia e capacidade de aquisição de enxoval e satisfação de necessidades pessoais, isto em uma dimensão positiva. Por outro lado, como dimensão negativa, surgiu na narrativa de uma das entrevistadas que sua rotina de trabalho interferia na qualidade de sua alimentação, hidratação e repouso, relata que por conta de sua atividade como cabeleireira ela tinha uma alimentação ruim.

A dimensão da renda, também, como ponto de ambivalência entre o positivo e o negativo, variando em função da perspectiva da renda familiar e pessoal. Em geral as entrevistadas não se queixam de que sua renda familiar, elas avaliam que esta era suficiente para adquirirem alimentos, pagar suas contas e mesmo realizar aquisição do enxoval. Contudo, quando tratam da renda pessoal, surge a percepção das que possuem renda que graças a esta renda tinham condição de autonomia perante o processo da gestação, isto materializado na elaboração de seu enxoval. Dentre aquelas que não tinham renda pessoal vigora a percepção de dependência em relação a sua família e companheiro, e o enxoval do bebê foi complementado por meio de doações, como pode ser observado nos trechos a seguir.

Sim foi mais difícil por não trabalhar né? Isto deu uma dificultada, só. O fato de eu não trabalhar (SARA).

Não, não trabalhava, não tinha profissão, então foi um pouco difícil comprar as coisas do bebê, conseguir ter tudo direitinho, poder virar e falar assim eu comprei porque eu estava trabalhando, era só isso que me incomodava.??? Interferir, não, mas me incomodava porque eu não trabalhava e aí eu dependia de todo mundo pra poder fazer as coisas, dependia dos meus pais, do meu companheiro, se eu estivesse trabalhando acho que teria sido mais fácil, talvez (ALAMANDA).

Então, eu não tinha trabalho naquela época, então eu dependia do meu marido que trabalhava de motorista. Pelo menos a gente não pagava aluguel, então a gente consegui comer direitinho, a gente ganhava algumas coisinhas lá na paróquia, dava para a gente viver bem, a gente não passava necessidade (HIBISCO).

Sim, sim, é emprego público né, a gente não pode perder não. Eu trabalhava e sempre trabalhei 8 horas por dia, eu ia de carro para o serviço, não era longe da minha casa, era até razoavelmente perto, mas, mesmo assim, eu ia de carro por precaução, sabe? Meu chefe e meus colegas e meus colegas eram gente muito boa, inclusive quando eu perdi um dos bebês eles me deram muito apoio. O salário não era lá essas coisas, mas dava para o gasto, quebrava o galho (AMARILIS).

Olha moça, como eu te disse, eu tinha tudo o que eu precisava, nunca passei fome, minha casa era uma casa até boa de morar. Como eu trabalhava eu comprei todo o enxovalzinho dos bebês, tudo em dupla, ganhei muita coisa dos meus colegas de serviço e minhas amigas, sabe? As contas de casa eu dividia com meu parceiro, eu pagava umas contas e ele pagava outras, era assim (AMARILIS).

Com certeza, o fato de trabalhar ajudou muito, apesar do salário não era lá grandes coisas, mas ajudava bastante, eu não posso me queixar (AMARILIS).

Eu não acho que meu trabalho tenha influência não, mas assim, quando a gente trabalha em salão a gente fica muito tempo sem comer, e isso a minha alimentação às vezes ficava muito a desejar (TULIPA).

5.5.2.3 Condição de moradia

Em relação à condição de moradia das entrevistadas, percebe-se que todas residiam em casa própria à época do evento de perda fetal. As avaliações que expressaram é de que o fato de morarem em casa própria foi um fator que desafogou seus orçamentos familiares, por não ter de lidar com a despesa do aluguel. Contudo as entrevistas não conseguiram alcançar grau de profundidade suficiente sobre as condições desta moradia para que consiga subsidiar uma avaliação adequada.

5.5.2.4 Condição de idade

Com relação à idade que possuíam na época do decesso, as entrevistadas apresentam um perfil bastante dispare. Contudo, em seus discursos as entrevistadas apresentaram narrativas em que consideram, na época, ser saudáveis, experientes e informadas com relação à gravidez, maternidade, sexualidades.

Apenas uma das entrevistadas afirmou se considerar muito nova e avaliar que a gravidez foi um susto. Em geral as entrevistadas demonstraram que sua idade não foi um fator que influenciou de alguma maneira na gravidez, como pode ser observado nas passagens a seguir.

Não, minha idade, não! Minha idade não! Eu não era mais tão menina, já estava casa há um tempo. A condição de vida nossa sim, mas a idade eu não acho que tenha interferido. Eu estava nova ainda, era saudável, não tinha nada (HIBISCO).

Não, eu não acredito não. Eu não tinha pressão alta, não tinha nada, era saudável (TULIPA).

Eu não era menina e nem adolescente. Eu cuidei então muito durante a gravidez, eu tomei muito cuidado. Eu, até hoje, não entendo por que um dos bebês morreu. eu não entendo! Realmente não sei (AMARILIS).

Então, no começo eu me senti um pouco confusa, um pouco assustada, muito nova, uma gravidez que não foi planejada. Mas acho que foi uma benção de deus para mim e com o tempo eu passei a aceitar a gravidez (ALAMANDA).

5.5.2.5 Relações afetivas e familiares frente à evolução da gestação em decesso

O momento em que se efetiva o diagnóstico da perda, frente a total quebra de expectativa da gestação enquanto um momento de vida e realização, os sentimentos manifestados pelas gestantes são de incredulidade e confusão. Como pode ser observado a seguir:

Quando soube que meu bebê tinha morrido caiu um mundo na minha cabeça. Ainda bem que tive outro bebê, pois sou saudável [...] (BROMÉLIA).

Ao pegar o meu bebê no colo olhei pra ele e perguntei pra Deus: porque o meu bebê morreu? Hoje tenho um bebê de um ano e três meses, o que me faz me sentir melhor. Ainda me ficou essa dúvida o que eu fiz pra ter perdido o meu bebê (ALAMANDRA).

[...] eu já sabia que ele teria poucas chances de sobreviver [...] desde o início já estava complicado, era muito arriscado, eu não quis foi aceitar [...] (BROMÉLIA).

[...] não sei o que eu sinto, se é só dor, se é raiva, se é revolta... não sei (BROMÉLIA)

A perda de um bebê durante o período gestacional causa reações diferentes e muito sofridas. Para várias mulheres é um acontecimento significativo que evocam memórias do passado e esperanças para o futuro, principalmente quando a gestação é planejada.

Eu planejei demais esta gravidez sabe, eu cuidei demais da gestação nunca senti nada, eu até investiguei tudo e eles não acham nada (AMARILIS).

Meus bebês eram um sonho que eu sonhei para mim (ACÁCIA).

Todas as mulheres entrevistadas manifestaram grande sentimento de perda com relação ao decesso, com dificuldade de tratar o assunto. Houve entrevistadas que não quiseram nem mesmo ver o bebê sem vida, conforme o relato abaixo.

Quando meu bebê nasceu, foi muito difícil pegar meu bebê sem vida. A sensação que eu tive foi terrível (ALAMANDRA).

O sentimento de perda foi evidenciado por todas as entrevistadas e uma gestação transforma-se em um grande desafio para as mulheres que experimentaram o decesso fetal depois de diagnosticado o óbito.

[...] quando fui fazer o exame meu bebê estava morto. Eles induziram meu parto e demorou demais eu não quis vê meu filho não dava sabe [...] só meu marido que viu tudo. (BROMÉLIA).

[..] quando peguei o meu bebê não pude acreditar no que via, seria que passou algo que ninguém viu? Fiquei muito mau, mas eu engravidei de novo e esse bebê me deu forças por que foi difícil demais no início (ORQUÍDEA).

Quando soube que meu bebê não estava vivo me vi no chão, é inexplicável o que senti foi doido viu foi terrível! Fico pensando o que poderia ter feito para isso não acontecesse (ROSA).

[...] não tive tempo de nada foi tudo muito doido neim conversei com ele, pois eu queria tanto, tanto esse filho, que tudo o que as pessoas diziam para eu fazer eu fazia, conversava com ele, mesmo sem saber o sexo e sem ter o nome definido, não consegui pensar num nome, nem isso eu pude fazer [...].

A tristeza pela morte de um bebê pode manifestar-se em depressão, o que envolve ainda mais os familiares bem como médicos e enfermeiros. É essencial que a mulher vivencie este momento de modo lúcido, para se reorganizar emocionalmente e integrar a perda à sua história de vida. As entrevistadas mostraram-se confusas em relação à causa da morte do bebê, e não entenderam o que havia acontecido.

Neste cenário as relações familiares apareceram como ponto de apoio e equilíbrio para a superação e entendimento das adversidades relacionadas à gravidez e a perda fetal. Assim, quando perguntadas sobre as relações familiares e conjugais, foi relatado pela maior parte das entrevistadas, que as relações familiares e conjugais são muito boas e avaliaram que estas foram um ponto de apoio para a gestação e posteriormente a superação da perda do bebê.

Do discurso destas depreende-se a exaltação das relações familiares por meio de adjetivação positiva que ratifica papel destes vínculos como um ponto de apoio. Por outro lado, apenas uma entrevistada relatou um contexto familiar instável, tendo reportado que o casamento foi uma forma de sair da casa de sua mãe e a descrição que faz de sua relação conjugal é bastante mecânica, o que chama a atenção. Esta foi à única entrevistada a apresentar uma avaliação negativa desta instância social.

Pois é, foi uma gravidez que não planejada, e aí a gente teve um susto. Mas toda minha família, meu companheiro, eles me deram muito apoio, me

ajudaram muito a passar por esse momento, então eu acho que isso me ajudou bastante (ALAMANDA)

Meu marido, minha mãe, me apoiaram muito, minha família é muito unida, independente do que aconteceu na época (TULIPA).

Meu parceiro é mega bom para mim, com certeza! E minha família sempre me apoiou muito. Minha mãe, meu pai, todo mudo, não posso reclamar de ninguém.

Com certeza! O apoio da minha família e do meu parceiro, nossa, foram muito importantes. Nossa, sem o apoio deles teria sido muito, muito mais difícil (AMARILIS).

Então dona, eu casei pra sair da casa da minha mãe, então, eu não gosto de mexer com parente não. Eu vivo bem com meu marido aqui, ele trabalha o dia inteiro, eu cuido da minha casa, do meu menino, faço meus biquinhos, minhas encomendas e é assim, família lá e a gente cá (HISBISCO).

Aqui cabe pontuar uma observação de que todas as gestantes aqui entrevistadas, que vivenciaram a perda entre 2016 e 2018, atualmente, encontram-se grávidas ou já tiveram outra gestação bem-sucedida.

5.5.2.6 Cor da pele

De maneira unânime todas as entrevistadas afirmaram não perceber ou não ter sofrido qualquer tipo de diferença de tratamento em função de sua cor de pele. Tampouco acreditam que sua cor de pele tenha influenciado sobre sua gestação.

Apesar de ter passado por muitas mutações, o preconceito racial tem mantido uma notável estabilidade. Segundo Boaventura, 2021 A percepção da cor deixou de ser uma característica física da pele para se tornar um marcador de poder e uma construção cultural. Quando se fala criticamente de racismo é grande a tendência para salientar os danos, a violência e a destruição que ele causa nas populações racializadas. Mas, desta forma, a cor dos que causam o racismo torna-se invisível.

5.5.2.7 Acolhimento e acompanhamento pré-natal da gestação

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. O acolhimento da gestante na atenção básica implica a

responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados. O pré-natal deve ser eficaz em detectar gestantes de risco possibilitando o tratamento e prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2011).

A maioria das entrevistadas fez o pré-natal na UBS e a minoria realizou as consultas em rede particular. As que realizaram o pré-natal na UBS relataram demora na inscrição da primeira consulta e atendimento precário, conforme as falas abaixo. Relataram também que tiveram que custear todos os exames ultrassonográficos.

[...] eu pensei que era uma questão de responsabilidade. Tu não estás lidando apenas com a tua vida, mas com a vida do bebê. Assim que parou a menstruação, eu procurei o centro de saúde (ALAMANDRA).

[...] meu pré-natal foi muito ruim não fui acolhida, os profissionais que me atenderam não gostei (AMARILIS).

Eu julgo meio que uma negligência, pois eu falava que o e os médicos negligenciavam a minha fala, colocaram no prontuário que estava tudo bem. Eu fiz um ultrassom particular, aliás, eu fiz vários mesmo sem o médico pedir, preocupada com o zica-vírus, por achar que meu bebê mexia pouco eu quis acompanhar por minha conta... [...] (TULIPA).

De acordo com Brasil (2011) está comprovado o benefício da presença do(a) acompanhante em vários estudos científicos nacionais e internacionais evidenciando que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto, sugerindo também a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2013). Tais afirmativas podem ser evidenciadas nas falas das entrevistadas.

[...] minha família sempre me acolheu (AMARILIS).

Tive muito apoio da minha família na minha gravidez (ALAMANDRA).

[...] minha família toda estava lá (TULIPA).

5.5.2.8 *Projeção do cenário do grupo controle das entrevistadas*

Ao fim da entrevista, as entrevistadas foram apresentadas a um cenário projetivo que procura elucidar quais dimensões de fato seriam problemáticas na ocasião de sua gestação. Assim, foram perguntadas sobre o que gostariam que fosse diferente em suas vidas caso pudessem voltar na época daquela gravidez.

A maior parte das entrevistadas enfatizou que gostariam de ter uma condição de trabalho e renda diferentes. Cabe destacar dentre as entrevistadas que apresentou esta percepção, que a maioria não possuía emprego e renda, uma delas expressa nesta questão um discurso religioso de aceitação das condições que Deus fornece. Contudo, tal discurso contradiz com outros trechos de seu depoimento, e mesmo a ênfase resignada da entrevistada de que se vive como Deus deixa, apresenta de modo implícito que sua condição trabalho e renda era um ponto sensível que ela procura assimilar com aceitação. Uma das entrevistadas, possuindo trabalho e renda, afirmou que teria trabalhado menos e investido mais em um plano de saúde, aqui ficando um contraponto à descrição que faz durante a entrevista de que em sua casa têm-se hábitos bem econômicos.

Desta forma fica evidente, por meio deste cenário projetivo, que a condição socioeconômica de trabalho e renda são elementos centrais para a forma como as mulheres interpretam os acontecimentos da época de sua vida e da gestação que culminou em decesso. São apresentadas transcrições a seguir.

Pois é, acho que naquela época, se eu tivesse um emprego para ter o meu dinheiro, ter a condição de ajudar a comprar as coisas do bebê, ter pagado os exames, teria sido uma coisa assim, melhor. Acho que foi só isso que me incomodou um pouco durante a gravidez (ALAMANDA).

Eu ia procurar trabalhar menos, mesmo. Eu ia procurar alimentar melhor, tomar mais água, sabe? E principalmente, no pré-natal, se eu falasse com o médico, igual eu falei que o neném não estava mexendo, independente de eu poder ou não fazer o plano de saúde, eu ia mudar de profissional, de centro de saúde ou de hospital, de alguma forma eu ia movimentar para chegar num profissional que me ouvisse (TULIPA).

Eu queria estar com meu filho nos braços. A gente vive do jeito que deus deixa a gente viver, né? A gente nunca passou necessidade, então mesmo que a gente precisasse de alguma coisa deus provia, deus provê para a

gente, então a única coisa que eu gostaria de ter diferente era ter meu filho (HIBISCO).

5.5.2.9 Síntese analítica das entrevistas

A temática das condições socioeconômicas foi preponderante dentro das avaliações esboçadas pelas entrevistadas com decesso fetal. Em primeiro momento, percebe-se que a renda, emprego, propriedades de veículo e moradia, são os balizadores que as mulheres trouxeram em seus discursos para sintetizar um juízo sobre qual era sua condição de vida na época da gestação.

Ao longo das entrevistas observa-se que os eixos temáticos emprego e renda assumiram maior preponderância no discurso e na percepção das mulheres sobre fatores que consideram positivos ou negativos em sua experiência gestacional, ficando evidente ao final que se pudessem modificar algo da condição que viveram, no momento desta gestação, seria algo relacionado à sua condição de trabalho e renda.

Ainda nesta perspectiva chama atenção o surgimento do enxoval da criança como uma dimensão balizadora da autonomia financeira e satisfação da mulher frente à sua gestação, tendo sido uma referência para expressar avaliações positivas ou negativas da sua condição socioeconômica na época da gestação.

Dos demais eixos avaliados, idade, relações familiares e cor da pele, as entrevistadas apresentam avaliações neutras para positiva. Para este grupo de mulheres a dimensão familiar foi predominantemente positiva, sendo necessário ressaltar que uma entrevistada apresentou uma descrição menos favorável de suas relações familiares. Em seus discursos fica evidente a relevância do papel da família e de seu companheiro como ponto de apoio para superação dos desafios da gravidez e da condição de luto em função da perda.

A idade, para este grupo de mulheres, apresenta-se como um fator que não possui influência alguma para o desfecho de sua gestação, e, para este grupo, vigora a

percepção de que apresentavam bom quadro de saúde e certa experiência de vida. Sobre a idade, apenas uma entrevistada considerava-se muito nova na época da gestação, contudo sua pouca idade e sentimentos de angústia frente à gestação foram supridos pelo apoio familiar e do companheiro.

Sobre a cor de sua pele, não houve nenhuma consideração no sentido de que tenham sofrido qualquer diferença de tratamento, positivo ou negativo, em função de sua cor de pele seja em âmbito familiar, emprego ou durante sua assistência gestacional.

Sobre o sentimento de perda e a vivência da confirmação do diagnóstico de decesso fetal, cabe pontuar junto a Freire (2012), que as mães colocam seus sentimentos no feto idealizando um bebê que está por chegar, o que muitas vezes é um sonho tornando realidade. Quando isto não acontece, ou é interrompido, pode se transformar em sentimento de impotência, tristeza, abandono, etc. Conhecer o processo de luto vivenciado por mães de natimortos é fundamental para os profissionais de saúde prestarem uma assistência integral e humanizada. Para as mulheres vivenciar o luto é uma experiência desafiadora, e perder um filho pode ser uma das situações mais difíceis de lidar. Ademais, as relações familiares são apontadas como principal ponto de apoio e equilíbrio na vivência e superação desta condição.

No que diz respeito à experiência assistencial pré-natal, percebe-se que apesar de haver ampla rede de serviços de atenção perinatal regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade, é necessária melhor qualificação desses serviços bem como a abordagem dos determinantes sociais da saúde, para se evitar as situações verificadas no estudo, e que o enfermeiro, como é inserido em várias áreas da assistência e da gestão dos serviços de saúde, tem a oportunidade de promover ações que possam favorecer a redução das desigualdades em saúde e maior sobrevivência fetal e infantil.

Cabe ainda pontuar o fato de que todas as entrevistadas apresentaram outra gestação após esta experiência do decesso. Isto é relevante, pois como destaca

Duarte e Turato (2009), trata-se de uma estratégia utilizada pelas mulheres para superação do luto. Os autores relatam haver “*certa fantasia de que outra gestação fará com que se sintam capazes de gerar filhos saudáveis e readquirir a sensação de também serem saudáveis física e emocionalmente*” (p.488) e que a perda de um bebê que morre antes de nascer é uma questão de saúde, mas também uma questão de adaptação sociocultural. Tal pensamento é corroborado na fala das entrevistadas, por exemplo, quando avaliam sua idade e apontam que não percebem que tal fator não poderia ter influenciado em sua gestação.

Neste sentido, a título de síntese conclusiva, cabe uma reflexão sobre a ideia de vulnerabilidade social, que para Abramovay *et al.* (2002), é definida como situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais. Assim, o conceito de vulnerabilidade social está indiretamente vinculado com o de mobilidade social, posto que as possibilidades que indivíduos em vulnerabilidade social possuem de se movimentarem nas estruturas sociais e econômicas, são restritas em termos de modificação de inscrição social.

As entrevistas realizadas remontam a esta condição de dificuldade de mobilização de recursos e habilidades, principalmente na maneira expressada nos diferentes contextos analisados, a sobrepujança da temática do emprego e renda como principal ponto de fragilidade para a maioria das mulheres entrevistadas. As experiências narradas demonstram que existiu por conta da renda, principalmente pessoal, limitação de possibilidades, ainda que não representasse uma restrição severa, para este grupo analisado, existe a percepção de que representou uma restrição.

Das experiências analisadas, o caso de Tulipa talvez seja o mais proeminente neste sentido, uma vez que esta mulher, a despeito de residir em casa própria, trabalhar em casa como autônoma e com isso obter renda pessoal, ter bom relacionamento com família e companheiro, no decurso de seu pré-natal, tendo notado que o feto

não se mexia em seu ventre, tendo pagado ultrassom particular, teve suas observações e queixas ignoradas pelo médico da UBS e não teve condição de procurar outro profissional. Nisto prevalece uma dimensão de impotência, que ficou evidenciada quando perguntada sobre o que faria de diferente se pudesse reviver aquele contexto.

5.6 Discussão dos resultados

Os resultados desta pesquisa são relevantes por apontar para existência de relação razoável entre fatores socioeconômicos e a possibilidade de ocorrência de decesso fetal, entre mulheres que apresentam gravidez, aparentemente, viável.

Da perspectiva da etapa quantitativa desta pesquisa, quando da análise estatística descritiva e inferencial dos dados levantados junto aos arquivos médicos do hospital de referência, cumpre destacar, primeiramente, a abrangência de nível estadual do Hospital Sofia Feldman, atendendo casos de todas as regiões do estado de Minas Gerais. Ainda é relevante destacar que dentre as gestantes analisadas é predominante o perfil de mulheres, com idade entre 26 e 32 anos, cor da pele parda, com grau de escolaridade de ensino média e residente em áreas cujo IVS é pode ser considerado médio. Sendo relevante frisar que esta homogeneidade de perfil, inclusive, responsável pelo baixo grau de aderência (p valor $<0,05$) das variáveis socioeconômicas no modelo de regressão logístico empreendido.

Os resultados do modelo de regressão linear univariada demonstraram que estatisticamente existe relação considerável entre variáveis como a escolaridade da mulher, sua cor de pele, o quantitativo de consultas de pré-natal realizadas e a quantidade de partos anteriores. Também é relevante destacar que o IVS 2010, variável inicialmente pensada como uma variável *Proxy* para suprir a falta de informações sobre a renda familiar e pessoal da gestante apresentou-se de maneira muito concentrada e, portanto, sua baixa veracidade faz com que seja de pouca significância.

Aqui é relevante, da perspectiva analítica, subclassificar estas variáveis socioeconômicas em duas categorias. A primeira, das variáveis socioeconômicas clássicas, que indicam fatores como idade, cor da pele e escolaridade. O segundo grupo, diz respeito a experiência gestacional da mulher, quantitativo de consultas de pré-natal, quantitativo de gestações anteriores e quantidade de partos anteriores.

O refinamento dos resultados por meio das técnicas de modelagem multivariada, conforme apresentado, fez com que algumas das variáveis elencadas fossem removidas do modelo final por apresentar baixa correlação com o desfecho, quando considerado em conjunto, contudo, obtiveram-se como resultantes finais destes processos de modelagem relevantes constatações sobre a influência de fatores socioeconômicos sobre a ocorrência do evento de decesso fetal. Os resultados demonstraram que a possibilidade de evoluir em decesso fetal **é maior** quando a grávida possuir ensino fundamental, menor o número de gestações anteriores, não ser múltipara, menor o número de consultas pré-natais até a 28ª semana de gestação. Já **a menor** probabilidade para não ocorrência do “decesso fetal”, está relacionada à grávida possuir ensino médio, um maior número de partos realizados, ser múltipara, maior o número de consultas pré-natais até a 28ª semana de gestação. Cabe destacar que no modelo final a cor da pele teve uma significância menor.

Os resultados desta pesquisa, da perspectiva das variáveis socioeconômicas clássicas, reforçam a posição de autores como Giddens (2008) e Scheefer (2013), que discutem a proposição da ideia do fenômeno da pobreza e da desigualdade social na perspectiva de um processo multidimensional. É relevante a consideração do fator escolaridade sobre o fenômeno analisado, uma vez que tal grau de instrução pode representar a existência de grupo de mulheres que têm dificuldade de acesso aos seus direitos sexuais e reprodutivos, por ocuparem postos de trabalho e ter acesso a rendas possivelmente inferiores, e, também, por serem alijadas destes direitos por falta do direito básico ao entendimento destes. Numa condição em que lhes é negada cidadania, conforme o pensamento de Demo (2016).

Da perspectiva das variáveis da experiência gestacional, percebe-se por meio dos resultados alcançados, a relevância da experiência prévia no sentido da maior ou menor chance de obter-se desfecho de decesso fetal. Isto reforça algumas constatações sobre a gestação como um processo social no bojo do qual estão imbricadas transformações do corpo, da condição psicossocial e, principalmente, o estabelecimento do contato da gestante com a rede de assistência à saúde da gestante e do bebê.

Em nosso modelo societal, marcado pela individuação da experiência corpórea e a medicalização dos corpos (FOUCAULT, 1999), com especial atuação destes mecanismos médicos sobre o corpo grávido (FEDERECI, 2004), esta constatação ratifica a centralidade do acompanhamento ao pré-natal. Isso vem reforçar a fala de (DOMINGUES *et al.*, 2015; GARCIA *et al.*, 2019; WHO, 2016; ZAMPIERI, 2006; ZAMPIERI, 2001) que destacam as práticas como um componente fundamental no acompanhamento ao longo da gestação que potencializa identificar os possíveis riscos e proporcionam um manejo adequado de assistência qualificada.

Da perspectiva dos resultados da pesquisa qualitativa, observa-se a emergência da temática do enxoval do bebê como uma baliza da condição de autonomia da mulher frente a sua gestação. O enxoval, enquanto processo simbólico traduz-se em uma rede de significados, onde estão imbricadas a expressão da capacidade de investimento pessoal e o desejo individual da gestante, bem como seu acesso a redes de solidariedade e apoio familiar, de colegas de trabalho, amigos etc. Neste sentido, o enxoval surge como um elemento a ser eleito como uma categoria social relevante na compreensão do processo gestacional, dentro do que ele representa no sentido da transformação da condição social desta mulher em mãe, no bojo deste complexo de mudanças hormonais, psicossociais e corporais, conforme Borsa (2007), Marco *et al.* (2012) e Meireles *et al.* (2015).

A centralidade que a temática do trabalho e renda assumiu na interpretação das mulheres sobre suas experiências de perda gestacional, indica que a desigualdade socioeconômica é um fator relevante para ponderação das experiências analisadas. A condição de renda assume uma posição de ambivalência nas experiências

analisadas, pois, ainda que possuíssem renda familiar que lhes suprisse as necessidades básicas, apresentam insatisfação com a ausência de renda pessoal que lhes proporcionasse autonomia e reduzisse a dependência do companheiro e da família. Da perspectiva do trabalho, de igual maneira a renda, a condição de trabalho verificada reitera o papel social da mulher como executora de um trabalho social reprodutivo e subvalorizado, conforme apontado por Federeci (2004). E também é importante frisar que a condição de trabalho, também de uma perspectiva ambivalente, pode implicar em uma condição de qualidade de vida que impede o autocuidado necessário para que a gestação transcorra de modo saudável.

A parte qualitativa trouxe considerações muito relevantes sobre a experiência em relação ao acolhimento pré-natal, evidenciando como esta esfera de atenção à gestante ainda necessita de melhoramentos, principalmente no elemento da relação entre profissional e gestante. Outrossim, permitiu perceber que o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal em rede pública, não efetivaram a garantia de gratuidade e eficiência, tendo sido relatada a necessidade de realizar exames ultrassonográficos particulares, por exemplo. O PRENABE (2019) vem ressaltar diante do contexto observado nos estudos que se percebe, com efeito, que muitos são os desafios quando se assume a responsabilidade de acolher a gestante, fica evidente para os autores que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo do cuidado que envolve o pré-natal, cujos resultados são o desfecho objetivo, muitos deles, mensuráveis. Não obstante, é preciso reconhecer que todo resultado subentende processos, ou seja, práticas cotidianas que se estabelecem no microespaço, cenário da atenção. Quando se define a prática de atenção à saúde envolve-se uma assistência qualificada e reforçada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) que o acolhimento no pré-natal implica na recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva, gratuita de toda a sua assistência inclusive de exames e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário. O diálogo franco e a sensibilidade dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja disposto à mulher, protagonista no processo de gestação e parto (BRASIL, 2005; PRENABE, 2019).

No que tange à prática cotidiana, o PRENABE (2019) destaca que o acesso tem como um dos alicerces o acolhimento, a qualificação do cuidado de práticas baseadas em evidências sendo materializado por meio de atitudes salientadas, no caso em tela, nas relações intersubjetivas diariamente estabelecidas entre profissionais e usuárias dos serviços.

Ante essa conjunção de questões, nos interessa compreender o modo como as gestantes percebem a produção do cuidado durante o período de pré-natal, conferindo destaque ao acesso e acolhimento, e dimensões a eles associadas, um dos pontos levantados por vários autores, como relatam Zampieri e Erdmann (2010), que as experiências na unidade básica de saúde apesar da ampliação da cobertura, estudos avaliativos apontam comprometimento da qualidade dessa assistência, nesse sentido sugestões são apontadas para um atendimento de melhor qualidade.

Outro elemento relevante demonstrado pela etapa qualitativa desta pesquisa é o fato de que as mulheres que vivenciaram a perda fetal, frente ao sentimento da perda, e os dilemas e conflitos internos do papel materno não efetivado, apresentam necessidade de ter outro filho. O que reflete a profundidade do sentimento de perda, impotência e incompletude pela não realização da condição de maternidade, conforme discutem Duarte e Turato (2009). Ainda é relevante considerar no bojo deste processo o delineamento do papel social da mulher como mãe, como ser encarregada desta reprodução social em sentido amplo, e como esta perda também representa a frustração de uma expectativa social sobre a mulher.

Por fim o caso específico da gestante Tulipa, que ao largo do seu depoimento relata uma condição socioeconômica positiva; possuindo casa própria, exercendo atividade de cabeleireira de maneira autônoma em sua residência, vivenciando contexto de relações conjugal e familiares positivas etc. chama a atenção, pois teve seu direito a atenção plena no pré-natal negada pelo agente médico que a acompanhou na Unidade Básica de Saúde. A despeito de suas queixas sobre anormalidade do cheiro do corrimento vaginal, a despeito de suas queixas de que o feto não apresentava movimentos e ainda do seu investimento em exames

ultrassonográficos, o profissional insistia em afirmar que tudo corria bem com a gestação e que ela não deveria se preocupar. A falta de observação do profissional de saúde às queixas da mulher ilustra a existência dos conflitos relativos à medicalização do processo da gravidez e a reprodução de um modelo de atendimento pré-natal que alija a autonomia da gestante.

Este caso de Tulipa, ainda é relevante para que se possa constatar que o fenômeno da vulnerabilidade social é multidimensional e pode se manifestar de diversas formas, inclusive em situações em que o sujeito social não esteja em situação de privação ou carência dos mínimos sociais. Tal caso ilustra a concepção de Ayres *et al.* (1999), Abramovay (2004) e Guarechi *et al.* (2007) de que a vulnerabilidade se relaciona a um estado em que o sujeito social não consegue movimentar-se adequadamente pela estrutura social mobilizando recursos necessários para transformar sua situação. Isto fica evidente, pois, ainda que tenha conseguido recursos para os exames ultrassonográficos, a gestante não teve recurso para contratação de consultas particulares, o que certamente poderia ter modificado os rumos de sua gestação.

Em síntese pode-se considerar que os resultados desta pesquisa servem para reiterar a dimensão do decesso fetal como evento sentinela, um evento cuja ocorrência serve para alertar sobre a qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde, conforme proposto por Malta *et al.* (2010). Neste sentido, deve-se ponderar o peso das experiências gestacionais anteriores das mulheres e consultas de pré-natal. Ainda faz-se relevante considerar que, por meio da pesquisa empreendida, é possível compreender que as condições socioeconômicas das gestantes que vivenciaram perda fetal, ainda que não representem uma restrição severa, apresentaram capacidade de influenciar na experiência gestacional da mulher condicionando suas possibilidades de mobilização de recursos e habilidades, tolhendo sua capacidade de movimentação.

“Que o tempo seja capaz de transformar a dor da perda em uma saudade serena”.

(Autor desconhecido)

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a influência dos fatores socioeconômicos nas gestações que evoluíram para decesso fetal ocorridos em maternidade de referência do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. Para atender a este objetivo buscou-se especificamente: a) mapear os decessos fetais ocorridos na maternidade de referência no período de 2016 a 2018 e as características socioeconômicas das mulheres que sofreram essas perdas; b) analisar as características socioeconômicas das mulheres que tiveram decesso fetal em uma maternidade de referência do Distrito Sanitário Norte no período de 2016 a 2018 comparativamente ao perfil das mulheres que não sofreram perda do produto da concepção no mesmo período; c) identificar qual a percepção das mulheres que sofreram perda fetal entre 2016 e 2018 tiveram da assistência pré-natal, do parto e pós-parto, comparativamente às mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nesse período.

Para atender a estes objetivos foram utilizadas de maneira combinada técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa, numa pesquisa construída em duas etapas. A primeira etapa, quantitativa, visou identificar e analisar as principais características sociais demográficas relacionadas aos decessos fetais ocorridos no período estudo, na referida maternidade de referência do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. Para além da descrição, por meio de modelos de regressão logística, foi possível estabelecer as relações entre as determinantes socioeconômicas e a ocorrência de decessos fetais.

Na etapa, qualitativa, esta pesquisa procurou avaliar como as condições socioeconômicas podem ter influenciado na experiência gestacional das mulheres entrevistadas. Nesta etapa foram ouvidas cinco mulheres que passaram por perda fetal entre 2016 e 2018, que foram selecionadas do montante dos casos arrolados pela etapa quantitativa. Infelizmente, em função da perda de dados, não foi possível realizar entrevistas com um grupo de controle, para que se pudessem comparar percepções e trajetórias de mulheres em condições similares, que, contudo, não vivenciaram a perda fetal.

Como resultados desta pesquisa, em sua etapa quantitativa, obteve-se a catalogação de 351 casos de decesso fetal atendidos pelo Hospital Sofia Feldman, no período entre 2016 e 2018. Destes casos, 275 são de mulheres que residem na RMBH e se apresenta como perfil sociodemográfico destas mulheres, cor de pele parda, escolaridade ensino médio, idade entre 26 e 32 anos e o índice de vulnerabilidade social de seu bairro de residência é considerado médio. Destas mulheres residentes a RMBH, que viveram a perda fetal de uma gravidez viável, apenas 55 foram atenderam a todos os critérios da pesquisa, apresentando o óbito fetal a partir da 28ª semana e não possuir nenhuma comorbidade.

Ainda na parte quantitativa, para a execução das modelagens estatísticas, foi estabelecido um grupo de controle. Para este foram selecionadas 207 mulheres que também tiveram partos na maternidade de referência, no período entre 2016 e 2018, que possuindo perfil sociodemográfico semelhante ao das 55 mulheres selecionadas, tiveram a gravidez efetivada e deram à luz a filhos nascidos vivos

Uma das primeiras constatações relevantes que a construção dos modelos de regressão logística trouxe para este trabalho, é que considerando o índice de vulnerabilidade social (IVS), adotado como variável *Proxy* para medir e substituir o critério da renda familiar e pessoal, mostrou-se estatisticamente insignificante. Constatou-se que existe grande parte da amostra concentrada em faixa de IVS médio (0,300 a 0,400), o que representou pouca variabilidade.

A partir do exercício de uma regressão linear univariada foi possível constatar que, de maneira independente, a idade, a escolaridade, a cor da pele, a quantidade de consultas de pré-natal realizadas pela gestante e quantidade de gestações anteriores foram variáveis socioeconômicas que apresentaram correlação moderada à forte (p valores inferiores a 0,05) com a probabilidade de desfecho da gestação em decesso fetal.

Já a regressão multivariada consolidou os resultados da regressão univariada e os resultados demonstraram que acordo com os achados obtidos no modelo final da *Regressão Logística Binária* a probabilidade de “decesso fetal” (sim ou não) é maior

quando a grávida possuir ensino fundamental, menor o número de partos realizados, ser múltipara, menor o número de consultas pré-natais até a 28ª semana de gestação. Já, a menor probabilidade para não ocorrência do “decesso fetal” está relacionada à grávida possuir ensino médio, um maior número de partos realizados, ser múltipara, maior o número de consultas pré-natais até a 28ª semana de gestação. Cabe destacar que no modelo final a cor da pele teve uma significância menor.

Os resultados desta etapa quantitativa da pesquisa demonstraram como a relevância das variáveis socioeconômicas associadas ao decesso fetal, a despeito da ausência de uma variável de renda, que tradicionalmente seria a principal variável dependente avaliada. Destaca-se a relevância de outras variáveis como a escolaridade e cor da pele. Este elemento inclusive chama a atenção para a discussão da vulnerabilidade social como parte de um processo multidimensional, e que pode estar relacionada a componentes extraeconômicos. Os dados permitem concluir, claramente, que ter uma menor escolaridade está diretamente relacionada com maior probabilidade de decesso fetal. De igual maneira, ainda que não tenha alcançado “P” valor significativo no modelo multivariado, a cor da pele também se mostrou significativa.

Da perspectiva das variáveis socioeconômicas relacionadas à experiência gestacional, percebeu-se que a quantidade de consultas de pré-natal demonstrou-se como uma variável de grande significância estatística e tal constatação reforça toda a discussão acerca da relevância deste acompanhamento para a evolução satisfatória da gestação. Mulheres com menos consultas de pré-natal apresentaram risco de evoluir 0,7 a uma vez mais possibilidade de evoluírem em decesso fetal.

De igual maneira, com significância ainda maior, possuir gestações anteriores apresenta-se como outro fator relevante. Deste modo maior a probabilidade de um decesso quanto menor o número de gestações da mulher, inclusive, um fator a ser ponderado, principalmente por que indica que a experiência de gestações anteriores tem influência sobre o desfecho de gestações atuais. Torna-se propícia a interpretação que ratifica, novamente, a relevância de serviços de atenção pré-natal,

também como um vetor de disseminação de experiência e conhecimentos. Na contemporaneidade, como observado ao longo da discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos e as etapas da gestação, no decurso de uma gravidez regular, faz parte do processo de acompanhamento da gestante a interação com os sistemas de saúde.

Outro aspecto relevante desta constatação é que mulheres com menos experiências gestacionais anteriores têm mais probabilidade de evoluir em decesso fetal; vale ressaltar a importância das ações de educação e promoção em saúde no decurso do acompanhamento pré-natal. Isto como maneira de potencializar a experiência da gestante e minimizar esse risco.

Frente aos resultados da parte quantitativa desta pesquisa, a etapa qualitativa alarga este horizonte das observações sobre como as variáveis socioeconômicas influenciam no decesso fetal, ainda que não tenha sido possível comparar as narrativas de percepções e experiências das mulheres com decesso as do grupo de controle. Primeiramente, cabe destacar como um grande achado da parte qualitativa, a emergência espontânea do conjunto de roupas e acessórios do bebê como um objeto de muito significado dentro do processo da experiência gestacional. No bojo dos discursos analisados o enxoval surgiu como uma baliza da condição de autonomia da mulher perante o processo gestacional, bem como uma dimensão que enfeixa redes de solidariedade e cooperação de amigos e familiares.

Os discursos das mulheres com relação à sua condição de emprego e renda evidenciaram, em primeiro lugar, que este fator é preponderante e influenciou de maneira restritiva suas experiências gestacionais, ainda que não apresentassem um perfil de renda familiar que lhes representasse uma restrição severa. Contudo este fator, por meio dos discursos analisados, demonstrou a reprodução social das mulheres em condição de dependência em relação aos cônjuges ou familiares. Esta dependência foi verbalizada no decurso das entrevistas, inclusive como um incômodo por parte das mulheres.

A parte qualitativa trouxe considerações muito relevantes sobre a experiência em relação ao acolhimento pré-natal, evidenciando como esta esfera de atenção à gestante ainda necessita de melhoramentos, principalmente no elemento da relação entre profissional e gestante. Outrossim, permitiu perceber que o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal em rede pública, não efetivaram a garantia de gratuidade e eficiência, tendo sido relatada a necessidade de realizar exames ultrassonográficos particulares, por exemplo.

Por fim outro elemento evidenciado por esta etapa qualitativa foi a profundidade do sentimento de perda, relacionado ao decesso fetal, bem como a curiosa necessidade de outra gestação efetiva para poder superar esta sensação de perda. Todas as mulheres entrevistadas que vivenciaram perda fetal, ou estão grávidas, ou já tiveram um filho.

Das trajetórias gestacionais analisadas, sobressaiu como um caso a ser destacado a experiência do decesso fetal de Tulipa. Mulher, 30 anos (à época do decesso), escolaridade ensino médio, residente em casa própria, autônoma (possui um salão de cabeleireiro em sua casa), portadora de renda pessoal, cor parda, com boas relações conjugal e familiar. Apesar de apresentar um perfil de média ou baixa vulnerabilidade, deparou-se com um atendimento pré-natal na UBS do seu bairro em que o profissional de saúde ignorou peremptoriamente suas queixas e, a despeito de ter investido na aquisição de ultrassonografias particulares, também teve ignoradas todos estes exames. E, mesmo sentindo-se ignorada pelo profissional, não teve como recorrer a outra assistência por carência de recursos financeiros.

Este caso, em particular, é de extrema relevância, pois elucida a percepção de que a vulnerabilidade social pode manifestar-se de diversas maneiras, ainda que não esteja diretamente associada a uma restrição radical de recursos básico mínimos, como moradia, emprego e renda e boas relações familiares. Tulipa nos evidencia que o acesso ao básico mínimo social ainda pode representar uma condição que restringe as possibilidades de movimentação e mobilização de recursos. O que reafirma a necessidade de se considerar as desigualdades sociais de uma perspectiva social complexa e multidimensional.

Do conjunto de casos e experiências gestacionais é possível depreender a persistência do fenômeno da desigualdade de gênero e a dependência socioeconômica da mulher, ainda que em condições que não apontem para uma restrição severa de recursos. As mulheres entrevistadas apresentam-se em ocupação doméstica, sendo as encarregadas do trabalho reprodutivo em sentido amplo. A condição de dependência de auxílio da família ou do companheiro, que surgiu como um ponto de incômodo, e a necessidade de outra gestação para acalmar as mágoas de uma perda, representam elementos desta condição da mulher que ainda se encontra condenada à tarefa de reproduzir.

Em suma, pode-se afirmar que o presente trabalho constatou a existência de influência de fatores socioeconômicos sobre a experiência de perda gestacional de mulheres que evoluíram para decesso fetal. As chamadas condições de vulnerabilidades, associadas a uma percepção ampliada da noção de desigualdade social, podem fazer com que uma mulher tenha mais probabilidade de evoluir para decesso fetal. Ainda é relevante constatar que, mesmo que uma mulher não se encontre em condição socioeconômica de restrição/privação severa, esta pode encontrar óbices ao acesso a recursos e efetivação de garantias e direitos fundamentais.

Foram observados os limites desta pesquisa que poderia ir além tomar rumos diferentes da proposta original.

“Há dores que parecem reunir todos os motivos humanos num só lugar.”

“A dor de perder um filho é assim.”

(Padre Fábio de Melo)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. *et al.* **Gangues, galeras, chegados e rappers: juventude, violência e cidadania nas cidades da periferia de Brasília.** Rio de Janeiro: Unesco, Instituto Ayrton Senna; Setur; Garamond, 2002.
- AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos Clínicos**, v. 21, n. 2, p.264-281, maio/ago. 2016.
- ALBUQUERQUE, L. M. B. As Invenções do corpo: modernidade e contramodernidade. **Motriz**, v.7, n.1, p. 33-39, 2001.
- ALMEIDA, A. H. V. **Gravidez e parto em adolescentes no Brasil: desigualdades raciais e socioeconômicas na assistência pré-natal e associação com nascimento prematuro.** 2018. 100f. Tese (Doutorado em epidemiologia em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz na FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34072/2/ve_Andre_Henrique_ENSP_2018. Acesso em: 15/02/2020.
- ALMEIDA, D. F.; WIGGERS, I. D.; JUBÉ, C. N. Do corpo produtivo ao corpo rascunho: aproximações conceituais a partir de relações entre corpo e tecnologia. **Sociedade e Estado [online]**, v.29, n.3, p.963-983, 2014.
- ALVES, N. C. C.; FEITOSA, K. M. A.; MENDES, M. E. S.; CAMINHA, M. F. C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.38, n.4, p.1-8, 2017
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: Anvisa, 2013.
- AQUINO, E. M. L.; BARBOSA, R. M.; HEILBORN, M. L.; BERQUÓ, E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. **Caderno Saúde Pública**, v.19, Supl., p.S198-199, 2003.
- ARAGON, M. *et al.* Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v.35, n.11, p.979-985, 2013.
- ARAÚJO, M. M. T. A comunicação no processo de morrer. *In*: SANTOS, F.S. **Cuidados paliativos; discutindo a vida, a morte e o morrer.** São Paulo: Atheneu, 2009.
- ARENDT, H. **A condição humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.7, p.1301-1311, 2011.

AYRES, J. R. C. M.; FRANCA-JUNIOR, I.; CALAZAS, G. J.; SALETI-FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. *In*: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34, 1999.

BARBEIRO F.M.S.; FONSECA S.C.; TAUFFER, M.G.; FERREIRA, M.S.S.; SILVA, F.P.; VENTURA, P.M. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.49, n.22, p.1-13, 2015.

BARBIERI, T. Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico-metodológica. **Revista Interamericana de Sociologia**, v.6, n.2-3, maio/dez. 1992.

BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.1, p.24-34, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, J. D'A. Igualdade, desigualdade e diferença: contribuições para uma abordagem semiótica das três noções. **Revista de Ciências Humanas**, n.39, p.199-218, abril de 2006.

BAYLE, F. **A volta do nascimento**. Lisboa: Climepsi, 2006.

BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.1, p.105-113, 2011.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de dezembro de 1988. Texto constitucional de 5 de Outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 64/2010 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm. Acesso em: 10.02.20.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei N.º 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. Publicado no D.O.U. de 15.1.1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 05.02.20

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde da Mulher. **Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Secretaria de Política de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do luto infantil e fetal e do comitê de prevenção de luto infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Gerência de Saúde Comunitária. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2011. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/atencaosaudedagestanteemaps.pdf>. Acesso em: 15/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS: gerência de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. **Rev. Ensino e Pesquisa**. Porto Alegre. p. 240. 2011. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/atencaosaudedagestanteemaps.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações em saúde**: estatísticas vitais: nascidos vivos 2011. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial**, República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011a, Seção 1:109.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5.ed. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acesso em: 15/02/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5.ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS). **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. 43p. São Luís, 2015. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf. Acesso em: 15/02/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 07/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS/CONITEC. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**, relatório de recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. **Indicadores que utilizam a metodologia do busca ativa**. Ministério da Saúde, Brasília, 2019. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>. Acesso em: 31.10. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2019**. Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Tiragem. Brasília. Ed.1. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>.

BRITO, A. M. **A epidemia de AIDS em Pernambuco**: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

BROMBERG, M. H. Morte não é castigo [entrevista] **Revista Isto É**, n.1541,1999.

BROMBERG, M. H. P. F. Luto: a morte do outro em si. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M.; MARGARIDA, M. J. C.; CARVALHO, V. A. **Vida e morte**: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.99-122.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras mulheres em carreiras profissionais de prestígio. **Revista Estudos Feministas**, v.7, n.1-2, p.9-24, 1992.

BURTI, J. S.; ANDRADE, L. Z.; CAROMANO, F. A.; IDE, M. R. Adaptações fisiológicas do período gestacional. **Fisioterapia Brasil**, v.7, n.5, p.375-380, set./out. 2006.

BUTLER, J. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

CAMARANO, A. C. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. (org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. p. 109-133.

CAMARGO, A. B. M. A natimortalidade e mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 30-47, jan./jun. 2008.

- CANETTIERI, T. A cidade capitalista na produção dos excluídos e os excluídos na produção da cidade capitalista: o paradoxo da exclusão urbana. **Geogingá: Revista Do Programa De Pós-Graduação Em Geografia**, Maringá, v.8, n.1, p.64-83, 2016.
- CARACOSTEA, G. **Systematic review on the incidence/prevalence of stillbirths**. Review prepared for 12th Postgraduate Course in Reproductive Medicine and Biology. Geneve, 2003. Disponível em: <http://www.gfmer.ch/Endo/Course2003/Stillbirths.htm>. Acesso em: 29 out.2020.
- CARRETEIRO, T. C. Corpo e contemporaneidade. **Psicologia em Revista**, v.11, n.17, p.62-76, 2005.
- CARVALHO, F. T.; MEYER, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Boletim de Psicologia**, v.57, n.126, p.33-48, 2007.
- CARVALHO, I.; CHACHAM, A. S.; VIANA, P. Parteiros tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, Caxambu, 1998. **[Anais]...** Belo Horizonte: ABEP, 1998, v.4, p.873-888.
- CASTRO, A. M. G. de; LIMA, S. M. V.; MAESTREY, A.; TRUJILLO, V.; ALFARO, O.; MENGÓ, O.; MEDINA, M. **La Dimensión de futuro en la construcción de la sostenibilidad institucional**. Costa Rica: ISNAR, 2001. (Proyecto Nuevo Paradigma).
- CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência de parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n.6, p. 960-967, 2005.
- CAULFIELD, M. Sexuality in human evolution: What is 'natural' in sex? **Feminist Studies**, v.11, p.343-363, 1985.
- CECATTI, J. G.; AQUINO, M. M. A. Causas e fatores associados ao óbito fetal. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v.7, n.2, p.43-48, 1998.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
- CHACHAM, A. S. **A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte**. 215f. 1999. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Planejamento Regional) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.
- CHACHAM, A. S.; PERPÉTUO, I. H.O. Determinantes socioeconômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10. **[Anais]...** Caxambu, 1996. ABEP, 1996, v. 4, p.2587-2610.

CODO, W; SENNE, W. **O que é corpo(latria)?**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M.; DIAZI-ROSSELLO, J. L. Epidemiology of fetal death in Latin America. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 79, n. 5, p. 371-378, 2000.

CORALLI, B. **O silêncio coletivo: a morte na atualidade e o desconforto silêncio causado por ela**. O Portal dos Psicólogos, p.1-6, 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0656.pdf> . Acesso: 11.08.2020.

CORRÊA, M. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. Dossiê: feminismo em questões do feminismo. **Cadernos Pagu**, v.16, p.13-30, 2001.

CORRÊA, M. O conceito de gênero e a antropologia. [Entrevista concedida a Camila Rocha Firmino e Natália Sganzella]. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.2, n.1, p.124-129, jan.-jun., 2010.

CORREA, S. From reproductive health to sexual rights: achievements and future challenges. **Reproductive Health Matters**, v.5, n.10, p.107-116, November, 1997.

CORRÊA, S.; DINIZ, A.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, S. (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

COSTA, A. P *et al.* Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepções de puérperas. **Revista Rene**, v.12, n.3p. 548-554, 2011.

COSTA, M. C. *et al.* Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. **Enfermagem Global**, n.20, p.1-11, out. 2010.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.18, p.49-71, 2002.

CRUZ, R. S. B. L.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.18. n.1, p. 87-94. 2014, Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7958/c6998cab397487f4935f1b352dd081d278ce.pdf>. Acesso em: 20.02.20.

CUERVO-VERGARA, S. A. *et al.* Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado: Estudio de corte transversal. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v.66, n.3, p.160-170, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342015000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05.02.2020.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar, um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

DAOLIO, J. **Da cultura do corpo**. Campinas: Papyrus, 1995. 105p.

DAVIM, R. M. B.; TORRES G. V.; DANTAS, J. C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.100-109, 2008.

DAVIS-FLOYD R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetric**, v.75, n.1, p.S5-S23, 2001.

DE LORENZI, D. R. S.; TANAKA, A. C. d'A.; BOZZETTI, M. C. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-146, jan./fev. 2001.

DE MARCO, M. *et al.* **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DEMO, P. **Combate à pobreza: desenvolvimento como oportunidade**. São Paulo: Autores Associados, 1996 *apud* SCHEEFER, F. Pobreza: um conceito controverso. **Ciências Sociais Online – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v.7, n. 16, p. 131-148, jun./set. 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização na assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.10, p.627-637, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.37, n.3, p.140–7, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno Saúde Pública**, v.30, Suppl. 1, p.S101-106, 2014.

DUARTE, C. A. M.; TURATO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.3, p.485-490, 2009.

DUARTE, N. **O marxismo e a pedagogia histórico-crítica**. Notas de aula. Araraquara: UNESP, 1º dez. 2007.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado: trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

EVANGELISTA, C. B.; BARBIERI, M.; SILVA, P. L. N. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.7, n.2, p.2464-2474. abr./jun.2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946023>. Acesso em: 12.03.2020.

FAJARDO, I. N.; MINAYO, M, C. S.; MOREIRA, C. O. F. Educação escolar e resiliência: política de educação e a prática docente em meios adversos. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 761-774, out./dez. 2010.

FARIA, V. E. **Políticas de governo e regulação da fecundidade**: consequências antecipadas e efeitos perversos. São Paulo: CEBRAP, 1989.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de assistência pré-natal**. 2.ed. São Paulo. 2014. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf. Acesso em: 15/02/2020.

FEDERECI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 2004. Tradução do coletivo Sycorax. Disponível em: <http://coletivosycorax.org/indice/>. Acesso em: 05.02.20

FELZMANN, E. **O cuidado de enfermagem às mulheres que vivenciam a morte fetal**. 55f. 2000. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FERRARI R. A. P.; BERTOLOZZI, M. R. Postnatal mortality in Brazilian territory: a literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p.1207-1214, 2012.

FONSECA, M. C.; PERPÉTUO, I. H. **Relatório da pesquisa sobre saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil**: Minas Gerais. Belo Horizonte: CEDEPLAR/ UFMG, 1996. 137 p.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France. (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Cap. 16: sobre as histórias da sexualidade, p. 243-76.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice. **Studies in Family Planning**, v.24, n.1, p.18-30, 1993.

FREIRE, T. C. P. **Transparência psíquica em nova gestação após natimorto**. 115f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, D.F., 2012. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11514>. Acesso em: 05.02.20.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. (1917 [1915]). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p.245-263. v.14.

FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Crianças: sujeitos de direitos e sua vulnerabilidade. *In*: BITTENCOURT, S. D. A. (org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013. Cap. 3: p.91-122.

FROEN, J. F. *et al.* Stillbirths: why they matter. **Lancet**, Londres, v.377, p.1353-1366, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586079/>. Acesso em: 3.03. 2013.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, Suppl. 1, p.101-111, 2004.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Caderno Saúde Pública**, v.18, n.1, p.153-161, fev. 2002.

GARCIA, A. V. **A pobreza do homem**. Florianópolis, 2005. 364 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005 *apud* SCHEEFER, F. Pobreza: um conceito controverso. **Ciências Sociais Online – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v.7, n.16, p.131-148, jun./set. 2013.

GESTEIRA, S. M. A.; BARBOSA, V. L.; ENDO, P. C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.4, p.462-467, 2006.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gubenkian, 2008.

GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Caderno Saúde Pública** [online], v.7, n.2, p.190-200, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUARESCHI, N. M. F.; REIS, C. D.; HUNING, S. M.; BERTUZZI, L. D. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, v.7, n.1, p.20-30, abr. 2007.

GUERRA, J. V. V.; VALETE, C. O. S.; ALVES, V. H. Socio-demographic and health profile of pregnant women in a high risk prenatal care. **Brazilian Journal of Health Review**, v.2, n.1, p. 249-261, 2019.

GUSTIN, M. B. S. **Das necessidades humanas aos direitos**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

GUSTIN, M. B. S. Necessidades humanas, autonomia e o direito à inclusão em uma sociedade que se realiza na interculturalidade e no reconhecimento de uma justiça do bem-estar. *In*: GRINOVER, A. P. et al. (orgs.). **Direitos fundamentais das pessoas em situação de rua**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p. 31-49.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; LEITE, J. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; ERDMAN, A. L. Os múltiplos problemas pesquisados e a pesquisar na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.55, n.5, p.535-541, set/out. 2002.

HAIR, A.; TATHAM, B. **Análise multivariada de dados**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

HALL, K. D.; SACKS, G.; CHANDRAMOHAN, D. et al. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. **Lancet**, v.378, n.9793, p.826-837, Aug. 2011.

HALL, S. The centrality of culture: notes on the cultural revolutions of our time. *In*: THOMPSON, K. (ed.). **Media and cultural regulation**. London, Thousand Oaks, New Delhi: The Open University; SAGE Publications, 1997. (Cap. 5).

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley & Sons. 1979.

HSF - Hospital Sofia Feldman. **O hospital**. [2019.] Disponível em: <https://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/historia-1>. Acesso em: 10.04.21.

HSF - Hospital Sofia Feldman. **Quem somos**. [2019.] Disponível em: <https://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/quem-somos>. Acesso em: 10.04.21.

HURST, M.; SUMMEY, P. S. Childbirth and social class: the case of cesarean delivery. **Social Science and Medicine**, v.1, n.8, p.621-631, 1984.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v.10, n.4, p.614-623, 2007.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. **Revista Percurso**, n.34, p.77-84, 1º sem. 2005.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. **Revista Percurso**, São Paulo, n. 34, p. 77-84, 1º sem. 2005.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012.

JARDIM, A. M. *et al.* Tomada de decisão: um estudo de caso ao nível gerencial na empresa E-FACEQ. **Revista dos Discentes da Faculdade Eça de Queirós**, v.4, n. 6, 2015.

JOHNSON, R.; BHATTACHARYYA, G. **Statistics principles and methods**. New York: John Wiley & Sons. 1986. 578p.

JONES, R. H. **Memórias de homem de vidro**: reminiscências de um obstetra humanista. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2008.

KALE, P. L. *et al.* Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. **Ciências da Saúde Coletiva** [online], v.23, n.5. 2018, p.1577-1590

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, n.384, p. 980-1004, 2013.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino**: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

KELLNER, K. R.; LAKE, M. F. Aconselhamento no luto. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 34, p.385-595.

LACHI, P.; NAVARRO, P. O corpo moldado: corporeidade mediada e subjetiva. In: TASSO, I.; NAVARRO, P. (orgs.). **Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas**. Maringá: Eduem, 2012. p.15-39.

LAFaurie, M. M. *et al.* Vivências de embarazadas con embarazo de alto riesgo. **Revista Colombiana de Enfermería**, v.6, n.6, p.15-28, maio 2011. Disponível em: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/vivencias_embarazadas.pdf. Acesso em: 21.07.20.

LAGÔA, T. **Sofia fecha 36% dos leitos, e médicos abandonam hospital**. 16/08/2018. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/sofia-fecha-36-dos-leitos-e-m%C3%A9dicos-abandonam-hospital-1.2014368>. Acesso em: 06.02.21

LANSKY, S. BH viva criança: acelerando a redução da mortalidade infantil. **Saúde Digital**, 2002.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p.192-207, 2014.

LAWN, J. E. *et al.* Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? **Lancet**, Londres, v. 377, p. 1448-1463, abr. 2011.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.54, n.8, 2020.

LEAL, M. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n.33, Sup.1, p.1-17, 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/161/a-cor-da-dor-iniquidades-raciais-na-atencao-pre-natal-e-ao-parto-no-brasil>. Acesso em: 24.08.20.

LEÃO, M. R. C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2395-2400, 2013.

- LEMOS, I. C. Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura. **Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.1, p.25-30, 2014.
- LIMA, P. V. C. *et al.* Uso de métodos contraceptivos por usuárias de uma unidade básica de saúde. **Revista de Enfermagem UFPI**. v. 4, n. 1, p.11-18, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/235>. Acesso em: 10.04.2020.
- LONGO, V.D.; FONTANA, L. Restrição calórica e prevenção do câncer: mecanismos metabólicos e moleculares. **Trends Pharmacology Science**, v.31, p.89–98, 2010.
- LOURO, G. L. Currículo, gênero e sexualidade: refletindo sobre o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. *In*: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2013. p.43-53.
- LUTZ, K.; MAY, K. A. The impact of high risk pregnancy on the transition to parenthood. **International Journal of Childbirth Education**, v.3, n. 22, p. 20-22, 2007.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis.**, v.15, (Supl), p.145-176, 2005.
- MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. *Revista de Saúde Pública*, v.49, n.9, p.1-9, 2015.
- MAGNANI, J. G. C. Discursos de representação ou como os *balomadeKiriwana* podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. *In*: CARDOSO, R. (org.). **A aventura antropológica teoria e pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.
- MALTA, D. C. *et al.* Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 481-491, mar. 2010.
- MANICA, D. T. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução, de Emily Martin. **Cadernos Pagu**, v. 27, p.461-468, 2006.
- MANITTO, A. M. **Fatores de risco maternos para morte fetal: um estudo de casos e controles de base populacional**. 198f. 2005. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2005.
- MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

- MARTINS, E. F.; REZENDE, E. M.; ALMEIDA, M. C. M.; LANA, F. C. F. Mortalidade perinatal e desigualdades socioespaciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21 n.5, 09 telas, set.-out. 2013.
- MARTINS, E. F.; REZENDE, E. M.; LANA, F. C. F. Causas e evitabilidade dos óbitos perinatais investigados em Belo Horizonte, Minas Gerais. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.4, p.550-574, 2009.
- MARTINS, I. P. M.; NAKAMURA, C. Y.; CARVALHO, D. R. Variables associated with maternal and child mortality: an integrative review. **Revista de Atenção à Saúde**, v.18, n.64, p.145-165, 2020.
- MARX, K. **O capital: crítica à economia política**. São Paulo: Boitempo. 2012.
- MEDEIROS, F. F. et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n.3, p. 204-211, 2019.
- MEIRELES, J. F. F.; NEVES, C. M.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v.20, n.7, p.2091-2103, julho 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702091&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10.09.20.
- MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. o sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I Causas naturais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.2, p. 197-211, 2002.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.17, n.3, p.621-626, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MONTEIRO, A. F. Gênero é performance!, ou como se produz um homem. **Revista Alpha**, v.18, n.1, p .2-28, jan./jul. 2017.
- MORAES, S.P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.1, p.48-52, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012704682>. Acesso em: 23 dez. 2020.
- MORENO-GONZALEZ, E.; ORTIZ-MARTINEZ, R. A. Nivel de conocimiento respecto a la planificación familiar en gestantes que acudieron al Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia, 2014-2015. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v.67, n.3, p.207-214, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17.02.2020.
- MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 2002.

- MOTA, M. **Representações sociais da gravidez**: a experiência da maternidade em instituição. 85f. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa, Portugal, 2011.
- MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.4, p.452-455, 2007.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651-657, 2005.
- NAHAS, M. I. P.; RIBEIRO, C. A.; ESTEVES, O. A.; MARTINS, V. L. B. Mapa da exclusão social de Belo Horizonte. **Revista Planejar**, v.8, set. 2006.
- NASCIMENTO, T. F. H. *et al.* Assistência de enfermagem a gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v.4, p.1-9, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887/pdf>. Acesso em: 15.02.2020.
- OLIVEIRA, D. L. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2005.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças**. 2010.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Switzerland, 2016.
- ONU. Organização das Nações Unidas no Brasil. Documentos temáticos: **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: ONUBR, 2017. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/publicacoes/documentos-tematicos-ods-07-2017.pdf>. Acesso em: 12.06.2020.
- PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. Cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.
- PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2006.
- PIKETTY, T. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.
- PIO, D. A. M. **Vivências e repercussões psíquicas da mulher na gestação de risco**: Um estudo sobre a pré-eclâmpsia e o vínculo materno-filial. 96f. 2012. Dissertação (Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) - Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP/Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

PIRES, D. *et al.* A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, n.2, p.191-197, 2010.

PRENABE. **Pré-natal baseado em evidências**. Edson Borges, 2019. Hospital Sofia Feldman. Curso *on-line* baseado no protocolo do MS, 2018, para profissionais que atuam em pré-natal para decisões clínicas mais seguras, efetivas e econômicas.

PRIOR, E.; SANTHAKUMARAN, S.; GALE, C. *et al.* Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.95, n.5, p.1113-1135, 2012.

QUAYLE, J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. *In*: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu 1997.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.2, p.363-375, 2000.

QUIBEL, T.; BULTEZ, T.; NIZARD, J.; SUBTIL, D.; HUCHON, C.; ROZENBERG, P. Útero morte fetal. **Journal of Gynecology, Obstetrics and Biological Reproduction**, v.43, n.10, p.883-907, 2014.

REBELLO, M. T. M. P.; RODRIGUES NETO, J. F. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.2, p.188-197, 2012

RENAUX, P. **Pobreza aumenta e atinge 54,8 milhões de pessoas em 2017**. Agência IBGE Notícias. Atualização: 28/06/2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23299-pobreza-aumenta-e-atinge-54-8-milhoes-de-pessoas-em-2017>. Acesso em: 05.02.20

REUBEN, A. **Um por cento da população global detém mesma riqueza dos 99% restantes, diz estudo**. BBC News. 18 janeiro, 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160118_riqueza_estudo_oxfam_fn Acesso em: 05.02.20

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

RODRIGUES, C. Performance, gênero, linguagem e alteridade: J. Butler leitora de J. Derrida. Sexualidad, salud y sociedad. **Revista Latinoamericana**, n.10, p.140-164, abr. 2012.

RODRIGUEZ, G. A autonomia econômica das mulheres e a reprodução social: o papel das políticas públicas. **Revista do Observatório Brasil de Igualdade de**

Gênero. BRASIL. Secretaria de Políticas Para Mulheres. Ed. Especial, p.31-40, julho de 2010.

ROIG, M. J. A. **Necesidades y derechos.** Un ensayo de fundamentación. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1994, p. 223. (Colección El Derecho y la Justicia - 39)

ROLIM, N.R.F.; GABRIEL, I. S.; MOTA, A.S.; QUENTAL, O.B. Factors that contribute to the classification of high-risk pregnancy: integrative review. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v.6, n.6, p. 60-68, 2020.

RUTSTEIN, D. D. *et al.* Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal of Medicine**, n. 294, p. 582-88, 1976.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia:** elementos de metodologia do trabalho científico. 6. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

SAMUELS, G. J.; CHAVERRI, P.; FARR, D. F.; MCCRAY, E. B. **Trichoderma Online.** Systematic Mycology and Microbiology Laboratory, ARS, USDA, 2010. Disponível em: http://nt.ars-grin.gov/taxadescriptions/keys/T_richodermaIndex.cfm. Acesso em: 30.08.20.

SANINE, P. R. *et al.* Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.10, e00103118, 2019.

SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.269-276, 2004.

SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILLIPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S. P. Reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.12-23, 2002.

SCHEEFER, F. Pobreza: um conceito controverso. **Ciências Sociais Online – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 7, n. 16, p.131-148, jun./set. 2013.

SCHNECK, C. A. *et al.* Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.1, p. 77-86, 2012.

SEIDLER, V. Reason, desire, and male sexuality. *In:* CAPLAN, P. (ed.). **The cultural construction of sexuality.** London/New York: Routledge, 1987. p. 82-112

SEMZEZEM, P.; ALVES, J. M. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. **Serviço Social em Revista**, v.16, n.1, p. 143-166, jul./dez. 2013.

SHILLING, C. **The body and social theory.** London: Sage. 1993 *apud* CHACHAM, A. S. **A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte.** 215f. 1999. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Planejamento

Regional) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

SILVA, A. A. **Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades na consulta.** 100f. 2018. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, 2018.

SILVA, A. M. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. **Cadernos Cedex**, v.19, n.48, p.7-29, 1999.

SILVA, A. R. V.; MACÉDO, S. F.; NEIVA, F. C.; VIEIRA, P. N. C. R.; DAMASCENO, M. M. C. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: Revisão bibliográfica. **Revista Rene**, v.10, n.3, p.146-S1, 2009.

SILVA, J. M. B.; NUNES, M. A. Planejamento familiar: uma base de dados. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** [Online], v.9, n.2, p.510-519, abr/jun. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5454>. Acesso em: 05.02.2020.

SILVA, J. R. *et al.* The quality indicators of high-risk prenatal care in a public maternity hospital. **Revista Brasileira da Ciência em Saúde**, v.22, n.2, p.109-116, 2018.

SILVA, L. R.; SILVA, L. J. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.13, n.2, p.393-401, abr.-jun. 2009

SILVA, N. C. **Assistência humanizada no pré-natal: um processo de adesão e educação em saúde.** 2012. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga. 2012

SILVA, N. C. Interseção de raça, gênero e classe: uma análise dos regimes de desigualdade expostos pelos relatos de mulheres negras num web blog. *In: Encontro da ANPAD, XXXVIII. [Anais].* Rio de Janeiro, 13-17/setembro/2014.

SILVEIRA, R. A. M. *et al.* Percepção de gestantes sobre o autocuidado e o cuidado materno. **Revista Rene**, v.17, n.6, p.758-765, jul. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6459/4708>. Acesso em: 03/06/2020.

SOUSA, S. C.; LEÃO, D. C. M. R.; VIEIRA, B. D. G.; *et al.* A puérpera internada frente à prevenção da gravidez: possibilidades e limites da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE** [on line], v.10, n.4, p.3560-3566, 2016.

SOUZA NETO, S. **Corpo para malhar ou corpo para comunicar?** São Paulo: Cidade Nova, 1996. Capítulo: Corpo, cultura e sociedade, p 09-37.

SOUZA, B. C.; BERNARDO, A. R. C.; SANTANA, L. S. O papel do enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas**

- **Saúde e Ambiente**, v.2, n.1, p.83-94, out. 2013. Disponível em: www.periodicos.set.edu.br. Acesso em: 10.01.2020.

STEEL, A.; ADAMS, J. The interface between tradition and science: naturopaths' perspectives of modern practice. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v.17, n. 10, 2011.

STOLKE, V. **Mulheres e trabalho**. Estudos Cebrap 26, 1980.

SUÁREZ, M. **Enfoques feministas na antropologia**. Série Antropologia nº 117. Brasília (DF): Universidade Nacional de Brasília, Departamento de Antropologia, 1995.

SZWARCWALD, C. L.; ANDRADE, C. L. T.; CASTILHO, E. A. Estimativa do número de órfãos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, (supl 1), p.129-134, 2000.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2010.

TELLES, V. S. **No fio da navalha: entre carências e direitos: notas a propósito dos programas de renda mínima no Brasil**. Programas de Renda Mínima no Brasil: impactos e potencialidades. São Paulo: Polis, 2001, p.1-23 *apud* SCHEEFER, F. Pobreza: um conceito controverso. **Ciências Sociais** [Online]. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v.7, n. 16, p.131-148, jun./set. 2013.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.914-920, 2008.

THEOPHILO, R. **Desigualdades raciais na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: dados da pesquisa de satisfação da Rede Cegonha**. 66f. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20970/1/2016_RebeccaLucenaTheophilo.pdf. Acesso em: 21.07.20.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.3, p.e00195815, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21.07.20.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p.419-427, 2002.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. 105 f. Dissertação

(Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da desigualdade:** um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. 2.ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ Hucitec, 1989.

VIDAL, M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3185-3190, 2010.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

VIEIRA, K. F.; SHITARA, E. S.; MENDES, M. E.; SUMITA, N. M. A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v.47, n.3, p.201-210, jun. 2011.

VIEIRA, S. F. **O emprego das tecnologias leves na assistência de enfermagem ao pré-natal de gestantes adolescentes.** 89f. 206. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em enfermagem) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2016. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15535/1/2016_SilzianeFrancoVieira_tcc.pdf. Acesso em: 02.07.20.

VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 who global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, n.367, p.1819-1829, 2006.

WEBER, B. T. **As artes de curar:** medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense - 1889-1928. 1997. 350f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

WHO - World Health Organization. **Care in normal birth:** a practical guide: report of a Technical Working Group. Geneve: WHO, 1996.

WHO - World Health Organization. Appropriate Technologies for Birth. **The Lancet**, v.24, p.436-437, August, 1996.

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v.2, n.8452, p.436-437, 1985.

WHO - World Health Organization. Global survey on maternal and perinatal health. **BMC Med.**, v.8, p.71-81, 2010.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado Humanizado no Pré-Natal**: Um olhar para além das divergências e convergências. 454 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], v.10, n.3, p.359-367, 2010.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Humanizar é preciso. Escute o som da melodia. *In*: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; SANTOS, O. M. B. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ZURINI, S. M. L.; ZURINI, M. J. L. **Naciones de historia de derecho politico**. Buenos Aires: Depalma, 1986.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 IDENTIFICAÇÃO

Data _ / _ / _	Horário:	Localidade:			
Nome:					Idade:
Escolaridade	EFC <input type="checkbox"/>	EFI <input type="checkbox"/>	EMC <input type="checkbox"/>	EMI <input type="checkbox"/>	ESC <input type="checkbox"/> ESI <input type="checkbox"/>
Estado Civil:	Religião:		Cor-Raça:		
Trabalha	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Profissão:	Recebe bolsa família	
Renda própria:			Renda familiar:		
1 SM	3 SM		1 SM	3 SM	
2 SM	Acima de 3 SM		2 SM	Acima de 3 SM	
Quantas pessoas moram na casa:			Quem mora na casa (relação da pessoa com a entrevistada)		
Número de cômodos					
Moradia:	Própria <input type="checkbox"/>		Alugada <input type="checkbox"/>	Cedida <input type="checkbox"/>	

EFC=Ensino fundamental completo	EFI=Ensino fundamental incompleto	EMC=Ensino médio completo	EMI=Ensino médio incompleto
ESC: Ensino superior completo	ESI= Ensino superior incompleto	SM=Salário mínimo	

2 CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA DA MULHER

Você cuida do seu corpo (pele, cabelos, unhas e dentes) roupas, calçados e acessórios?

No seu bairro tem asfalto, rede de luz e equipamentos de uso coletivo (ponto de ônibus, posto de saúde, praças e comércio)?

Você tem água encanada e banheiro?

Existem equipamentos eletroeletrônicos em casa: geladeira, freezer, televisão de tela plana, computadores, celulares?

Existem animais em casa?

Na sua atividade profissional você precisa se deslocar?

Como você se locomove?

Qual carga horária trabalhada?

Já tirou alguma licença? Que tipo de licença teve?

3 RELAÇÕES AFETIVAS E GRAVIDEZES ANTERIORES

Você tem boas relações com vizinhos e/ou familiares?
Há presença de outras pessoas na residência?
Há crianças e/ou adolescentes na residência?
Quantas gestações já teve?
Quantos filhos vivos?
Já teve algum aborto (provocado ou espontâneo)?
Com que idade teve sua primeira relação sexual?
Com que idade teve sua primeira gravidez?
Qual a idade do seu parceiro/pai?
Como foi a relação com parceiro durante a gravidez (violência)?
Como foi a relação com pessoas que moram na casa?
Como foi a relação com familiares e amigos?
Você obteve apoio familiar durante o período gestacional?
Como foi a gravidez? Programada Desejada
Sentimentos durante a gravidez: início, meio e fim.

OBS.: Detectar situação desconfortável durante a entrevista e manifestação de expressões de emoções.

4 ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA GESTAÇÃO QUE EVOLUIU PARA O DECESSO

Fale-me um pouco sobre quanto tempo após o diagnóstico foi atendida no pré-natal?
Teve dificuldade em se inscrever no pré-natal? Foi na UBS do seu bairro? Qual?
Foi atendida por médico e ou enfermeira(o)?
Foi encaminhada para outro local? Qual?
E sobre os exames você conseguiu realizar todos?
Como você avalia o atendimento prestado a você durante toda a sua permanência no pré-natal e durante parto e puerpério?

OBS.: Detectar situação desconfortável durante a entrevista e manifestação de expressões de emoções.

5 DIAGNÓSTICO DE DECESSO FETAL

Quando recebeu o diagnóstico?

Você estava acompanhada? Por quem?

Qual a reação – sentimento em relação à perda?

Como foi o acolhimento pela equipe de saúde durante assistência ao parto?

Quais foram às sensações durante o parto: sentimentos, rede de apoio, algum suporte do hospital ou de alguma outra instituição?

OBS.: 1. Detectar situação desconfortável durante a entrevista e manifestação de expressões de emoções.

2. Para as mulheres com desfecho favorável não utilizar o item 5.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº de Registro CEP: CAAE: 98016818.8.0000.5137

Título do Projeto: *DECESSO FETAL ENTRE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE.*

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa com finalidade acadêmica para conclusão do Curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Sociais, nível doutorado, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. O objetivo desta pesquisa é “Analisar a relação dos fatores sociais envolvendo as características socioeconômicas e o atendimento pré-natal recebido em mulheres que evoluíram para decesso fetal ocorridos em uma maternidade referência do sistema público de saúde pertencente ao distrito sanitário norte de Belo Horizonte”.

Esclarecemos que sua inclusão neste estudo se deu em função de ter sido assistida durante sua gestação na maternidade de referência do distrito sanitário norte, Hospital Sofia Feldman. Informamos que sua participação nesse estudo se dará por meio de uma entrevista áudio gravada guiada por meio de roteiro semiestruturado.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. Mas é necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. Sua participação é muito importante e totalmente voluntária e consiste em responder a algumas perguntas de uma entrevista e autorizar que sua fala seja gravada.
2. Você não terá nenhum gasto e também não receberá pagamento por participar desse estudo.
3. Caso você se sinta constrangida em responder alguma pergunta, esteja à vontade para recusar-se a respondê-las ou poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento.
4. A sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais, seu nome será mantido em anonimato, assim como as informações fornecidas.
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. As gravações e Transcrições das entrevistas serão armazenadas em mídia digital em acervo pessoal da pesquisadora durante período de 5 anos, contados a partir da publicação dos primeiros resultados da pesquisa. Então, terminado o prazo, serão descartadas.
7. Caso sinta necessidade, você poderá também ter acesso às informações fornecidas em qualquer momento que julgar necessário, podendo entrar em contato com a Pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Certa de contar com o seu apoio agradeço e solicito que declare o seu consentimento livre e esclarecido neste documento devidamente preenchido e assinado em duas vias de igual teor.

Eu _____ afirmo que fui devidamente esclarecida quanto ao objetivo da pesquisa, li e compreendi as informações fornecidas e declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em participar voluntariamente da referida pesquisa.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.

Nome da Entrevistada _____

Assinatura da Entrevistada: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Contatos para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa.

Contato da pesquisadora: Solange Clessêncio Ferreira Diniz
Email: sosodiniz@yahoo.com.br / Tel.: 3408-2249 – 98724-0998

Contato da orientadora: Alessandra Chacham
Email: achacham@pucminas.br / Tel: 3413-7646

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Tel.: (31) 3319-4517 email: cep.proppg@pucminas.br
Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500. Bairro Coração Eucarístico – Belo Horizonte, MG

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.

Tel.: (31) 3408-2249 email: lep@sofiafeldman.org.br
Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060. Bairro Tupi- Belo Horizonte, MG

APÊNDICE C - Termo de Assentimento

Nº de Registro CEP: CAAE: 98016818.8.0000.5137

Título do Projeto: DECESSO FETAL ENTRE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com finalidade acadêmica para conclusão do Curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Sociais, nível doutorado, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. O objetivo desta pesquisa é “Analisar a relação dos fatores sociais envolvendo as características socioeconômicas e o atendimento pré-natal recebido em mulheres que evoluíram para decesso fetal ocorridos em uma maternidade referência do sistema público de saúde pertencente ao distrito sanitário norte de Belo Horizonte”. A sua participação nesse estudo consiste em participar de uma entrevista.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. Mas é necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. Sua participação é muito importante e totalmente voluntária e consiste em responder a algumas perguntas de uma entrevista e autorizar que sua fala seja gravada.
2. Você não terá nenhum gasto e também não receberá pagamento por participar desse estudo.
3. Caso você se sinta constrangida em responder alguma pergunta, esteja à vontade para recusar a responde-las ou poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento.
4. A sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais, seu nome será mantido em anonimato, assim como as informações fornecidas.
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Caso sinta necessidade, você poderá também ter acesso às informações fornecidas em qualquer momento que julgar necessário, podendo entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.

Certa de contar com o seu apoio, agradeço e solicito que declare o seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Assentimento:

Declaro que li e entendi as informações contidas acima. Fui informada (o) sobre os objetivos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que em qualquer momento da pesquisa poderei esclarecer novas dúvidas. Sei que as minhas informações pessoais e as do meu bebê não serão divulgadas. Tenho liberdade de recusar a participar ou de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidade. Declaro que recebi uma cópia. Desta forma, eu, _____ RG _____ concordo em dar o meu consentimento para participar deste estudo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário

Alessandra Chacham

Solange Clessêncio F. Diniz

Contatos para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa.

Contato da pesquisadora: Solange Clessêncio Ferreira Diniz
Email: sosodiniz@yahoo.com.br / Tel.: 3408-2249 – 98724-0998

Contato da orientadora: Alessandra Chacham
Email: achacham@pucminas.br / Tel: 3413-7646

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Tel.: (31) 3319-4517 email: cep.proppg@pucminas.br

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500. Bairro Coração Eucarístico – Belo Horizonte, MG

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.

Tel.: (31) 3408-2249 email: lep@sofiafeldman.org.br

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060. Bairro Tupi- Belo Horizonte, MG

ANEXO A – Aprovação COEP

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Decesso fetal entre mulheres em situação de vulnerabilidade social no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte

Pesquisador: SOLANGE CLESSENCIO FERREIRA DINIZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98016818.8.3001.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.246.930

Apresentação do Projeto:

O decesso fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação. Tais perdas constituem-se em eventos estressantes para a mulher, podendo ocasionar sérios efeitos a longo prazo. No cotidiano da prática clínica como Enfermeira Obstétrica, foi observado que o decesso fetal parece ocorrer mais frequentemente em mulheres/famílias de condições sócio econômicas menos favoráveis, ou seja, em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de um projeto de tese da doutoranda Solange Clessêncio Ferreira Diniz, orientada pela Dra. Alessandra Sampaio Chacham, vinculado ao Programa de Pós-graduação da PUC/MG, Área de Concentração em Políticas Públicas e Cidades.

É proposto o estudo com o objetivo de analisar a relação existente entre os fatores sócio econômicos e o atendimento pré-natal recebido por mulheres que evoluíram para decesso fetal ocorridos em uma maternidade referência do sistema público de saúde pertencente ao Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. O estudo será descritivo e associará técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa, estruturado em duas etapas. Na 1ª etapa serão participantes da pesquisa todas as gestantes e parturientes que vivenciaram a perda do feto viável (idade gestacional entre 28 e 42 semanas), sendo previstos 345 participantes nesta etapa. Serão excluídas gestantes que não apresentavam as características diagnósticas de decesso fetal e que não apresentaram fator de risco. Na 2ª etapa, serão selecionadas participantes em situação de vulnerabilidade social (idade entre 15 e 44 anos, negras e pardas, com escolaridade igual ou inferior a 10 anos de estudo e

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: cep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 3.246.930

residentes em bairros com elevado índice de vulnerabilidade à saúde) que vivenciaram a perda do feto viável, ou seja, com idade gestacional entre 28 e 41 semanas, sendo previstas 15 participantes.

Para a coleta de dados da primeira etapa, será feita consulta aos Prontuários ou Registros de Óbitos, obtidos junto ao Arquivo Médico e Estatístico do Hospital nos anos de 2016 a 2018. Para a segunda etapa, será realizada entrevista semiestruturada com as participantes da pesquisa, a partir do esclarecimento sobre o estudo e solicitação de consentimento. Será ainda realizada observação participante e as informações serão registradas em um diário de campo. A análise dos dados quantificáveis será feita por meio de categorização e codificação dos campos de informação, transformando-os em variáveis, para posterior inserção Software Estatístico SPSS, e uso de testes T, e indicadores probabilísticos. Para as entrevistas será adotada a análise de conteúdo de Bardin (1977).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a incidência da vulnerabilidade social nos casos de decesso fetal, ocorridos em uma maternidade referência do sistema público de saúde em Belo Horizonte, e, correlacionar à vulnerabilidade social com a qualidade do acompanhamento pré-natal dispensado às pacientes.

Objetivo Secundário:

- Relacionar os casos de decesso fetal atendidos pelo HSF no período de 2016 a 2018;
- Traçar o perfil socioeconômico das mulheres que tiveram decesso fetal, atendidas pelo HSF no período de 2016 a 2018;
- Estabelecer a correlação entre decesso e as variáveis de vulnerabilidade social;
- Selecionar os casos de mulheres que se apresentem em situação vulnerabilidade social;
- Conhecer da vivência da assistência pré-natal fornecida a estas mulheres na ocasião do decesso;
- Conhecer da vivência da assistência pós-parto fornecida a estas mulheres na ocasião do decesso;
- Mapear as unidades básicas de saúde onde estas mulheres realizaram o acompanhamento pré-natal;
- Conhecer do cotidiano de assistência pré-natal fornecida pelos profissionais destas unidades básicas de saúde;
- Avaliar se a situação de vulnerabilidade social pode interferir na assistência pré-natal fornecida pelos profissionais de saúde.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: cep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 3.246.930

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora esclarece que a pesquisa poderá oferecer riscos de constrangimento, angústia e choro para a mulher. Ocorrendo tais situações, a entrevista poderá ser interrompida e a participante será encaminhada para atendimento com um profissional de referência da equipe assistencial da instituição, de preferência psicólogo e/ou residente de psicologia.

Benefícios:

Trata-se de um estudo relevante para o campo social, político, planejamento e administração em saúde, cuja potência de resultados poderá subsidiar a reorganização das práticas assistenciais na perspectiva de estruturar a produção do cuidado em saúde para a temática do decesso fetal e sua relação com as condições sócio econômicas das mulheres, dentre outros benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante para a saúde e para as ciências sociais, com proposta metodológica passível de operacionalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-O projeto possui parecer favorável emitido pelo CEP da PUC/MG, em 18 de março de 2019 – CAAE nº 98016818.8.0000.5137

-Apresenta o TCLE devidamente redigido, contendo as correções solicitadas pelo CEP da PUC/MG e a carta de anuência do Hospital Sofia Feldman, local do estudo.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	RETIFICACAO_PENDENCIAS.docx	06/03/2019	SOLANGE	Aceito

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: cep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 3.246.930

Outros	RETIFICACAO_PENDENCIAS.docx	12:02:01	CLESSENCIO FERREIRA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/03/2019 11:48:45	SOLANGE CLESSENCIO FERREIRA DINIZ	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	10/09/2018 15:16:31	SOLANGE CLESSENCIO FERREIRA DINIZ	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	10/09/2018 15:14:17	SOLANGE CLESSENCIO FERREIRA DINIZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Solange_CEP.docx	10/09/2018 15:08:25	SOLANGE CLESSENCIO FERREIRA DINIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Abril de 2019

Assinado por:

Erika da Silva Dittz
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1080

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE



Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: cep@sofiinfeldman.org.br



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Decasso fetal entre mulheres em situação de vulnerabilidade social no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 360			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: SOLANGE CLESSENCIO FERREIRA DINIZ			
6. CPF: 741.919.346-00		7. Endereço (Rua, n.º): EMILIO CARDOSO AIRES TUPI B 166 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 31844090	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (31) 3433-0998	10. Outro Telefone:
11. Email: sosodiniz2005@yahoo.com.br			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>27</u> , <u>08</u> , <u>18</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMG		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG
15. Telefone: (31) 3319-4444		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>COORDENADOR</u>		CPF: <u>414.931.906-04</u>	
Cargo/Função: Dr. André Junqueira Caetano Coordenador de Pesquisas em Ciências da Saúde PUC Minas		 Assinatura	
Data: <u>03</u> , <u>09</u> , <u>2018</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Ofício de retificações das pendências constadas no projeto “Decesso fetal entre mulheres em situação de vulnerabilidade social no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte”

Parecer no CAAE 98016818.8.0000.5137
Pesquisadora: Solange Clessêncio Ferreira Diniz
Orientadora: Alessandra Sampaio Chacham

Aos ilustres pareceristas do Conselho de Ética em Pesquisa

Venho através deste comunicar das providências adotadas para resolução das pendências apontadas por vossas senhorias, no projeto de pesquisa Nº CAAE: 98016818.8.0000.5137, de Título: *Decesso fetal entre mulheres em situação de vulnerabilidade social no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte*, de minha autoria; referente a minha tese de doutoramento junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC – Minas.

Na ocasião da primeira apresentação deste projeto, em 20/12/2018, indicaram vossas excelências as seguintes pendências:

- 1 - Esclarecer na metodologia como e onde ocorrerá a observação participante.
- 2 - Esclarecer se as entrevistas serão gravadas e informar, no TCLE, o destino das transcrições e gravações após o término do estudo.
- 3 - Adequar o Termo de Assentimento e Termo de consentimento livre e esclarecido ao preconizado nas Resoluções 466/12 e 510/16. A pesquisadora deverá usar os modelos que constam no site da PUC Minas, inclusive com o uso do cabeçalho da instituição.
- 4 - Esclarecer quem "oferecerá apoio psicológico" a participante da pesquisa, caso seja ocorra os riscos previstos.

Em resposta as pendências informadas foram adotadas as seguintes soluções:

- 1 – Com relação ao apontamento do local onde ocorrerá a observação participante, informamos que providenciamos a edição dos campos Desenho de Estudo e Metodologia, esclarecendo que a Observação Participante se procederá no ambiente de residência da mulher e no contexto próximo de moradia.
- 2 – Com relação aos esclarecimentos dos destinos dados às transcrições e gravações de áudio no TCLE, informamos que fora providenciado a inclusão da seguinte redação no TCLE: “As gravações e Transcrições das entrevistas serão armazenadas em mídia digital em acervo pessoal da pesquisadora durante período de cinco anos, contados a partir da publicação dos primeiros resultados da pesquisa. Então, terminado o prazo, serão descartadas”.
- 3 – Informamos que fora providenciada a edição dos termos para os parâmetros solicitados com base no modelo PUC-Minas.
- 4 – Informamos que no Campo Riscos e Situações Prejudiciais fora acrescido a seguinte informação: Durante a realização da entrevista, caso haja a identificação de qualquer forma de constrangimento ou desordem

emocional, a mesma será interrompida imediatamente e a participante será encaminhado pela pesquisadora para atendimento por um profissional de referência da equipe Assistencial do Hospital Sofia Feldman, de preferência psicólogo e/ou residente de psicologia, caso haja algum empecilho será acionado o enfermeiro obstetra e/ou médico obstetra para conduzir o atendimento. Destacamos que a equipe assistencial diariamente identifica as mulheres em situação de perda gestacional e encaminha para a psicologia os casos que necessitam de atendimento.

Apresentadas as retificações solicitadas agradeço a atenção dispensada por vossas senhorias. Salientamos nossa disposição para quaisquer eventuais esclarecimentos.

Certa de sua compreensão,

Solange Diniz
Belo Horizonte, 07 de Janeiro de 2019