

## ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA SOB A ÓTICA DA QUALIDADE EM SAÚDE

*ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH POLICIES FOR WOMEN AND CHILDREN FROM THE  
POINT OF VIEW OF QUALITY IN HEALTH*

Michelle Thais MIGOTO<sup>1</sup>  
Márcia Helena de Souza FREIRE<sup>2</sup>

---

### RESUMO

**Introdução:** A Mortalidade Materna e Infantil apresenta-se como problema de saúde pública, a continuidade de sua redução está fundamentada na melhoria da Qualidade em Saúde. **Objetivo:** analisar as políticas públicas brasileiras voltadas a saúde da mulher e da criança, sob a ótica do referencial teórico da Qualidade em Saúde com foco na tríade da estrutura, do processo e do resultado. **Materiais e Método:** revisão bibliográfica, cujo tema foi delimitado pela pergunta de pesquisa: quais os critérios de avaliação da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança propostos pelas políticas públicas brasileiras? A identificação dos documentos ocorreu em sites do governo e nas bases de dados SciELO e PUBMED/MEDLINE. A busca ocorreu entre julho a outubro de 2019, atualizada em fevereiro de 2021. A compilação dos resultados aconteceu pela reunião metodizada dos documentos identificados. A análise e interpretação das informações foi organizada em: promoção à saúde da mulher; assistência à gestação, ao pré-natal e ao parto; assistência ao recém-nascido; organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil; e, impacto das políticas globais no SUS. **Resultados:** foi selecionado 26 documentos, os quais apresentavam as políticas públicas de saúde que foram apresentadas relacionando objetivo e população-alvo. Foi extraído de cada documento os critérios de avaliação para a Qualidade em Saúde, algumas não apresentavam este tipo de informação, outras sugeriam a necessidade da avaliação sem detalhar os métodos, e poucas apresentavam indicadores com definições. **Considerações Finais:** políticas públicas de saúde na saúde mulher e da criança tem se estruturando ao longo dos anos, apresentam, de maneira incipiente, critérios específicos para avaliação da Qualidade em Saúde que contemplem a tríade estrutura, processo e resultado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas públicas de saúde, saúde materno-infantil, revisão.

---

### ABSTRACT

**Introduction:** Maternal and Infant Mortality presents itself as a public health problem, the continuity of its reduction is based on the improvement of Quality in Health. **Objective:** to analyze Brazilian public policies aimed at the health of women and children, from the perspective of the theoretical framework of Quality in Health, focusing on the triad of structure, process, and result. **Materials and Method:** bibliographic review, whose theme was delimited by the research question: what are the criteria for assessing the quality of health care for women and children proposed by Brazilian public policies? The identification of the documents took place on government websites and in the SciELO and PUBMED / MEDLINE databases. The search took place between July and October 2019, updated in February 2021. The analysis and interpretation of the information was organized in promotion of women's health; assistance for pregnancy, prenatal care and childbirth; assistance to the newborn; organization of services and systems for maternal and child health; and the impact of global policies on SUS. **Results:** 26 documents were selected, which presented the public health policies that were presented relating objective and target population. The evaluation criteria for Quality in Health were extracted from each document, some did not present this type of information, others suggested the need for evaluation without detailing the methods, and few presented indicators with definitions. **Final Considerations:** public health policies on women's and children's health have been structured over the years, present, in an incipient way, specific criteria for assessing Quality in Health that include the triad structure, process and result.

**KEYWORDS:** Public health policy, maternal and child health, review.

---

Migoto MTet al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde  
RGS.2021;23(1):52-77

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – Curitiba, Paraná.  
<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – Curitiba, Paraná. \*E-mail para correspondência: [michellemigoto@gmail.com](mailto:michellemigoto@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção histórica da saúde a mesma se estabeleceu como um direito social instituído pela Constituição Federal de 1988, e deve ser garantido pelo Estado mediante o desenvolvimento de políticas públicas, que confirmem a universalidade, a integralidade e a equidade. Para tanto, os diversos serviços de saúde já existentes foram organizados em um Sistema Único de Saúde (SUS), como resultante da Reforma Sanitária<sup>1</sup>. Ela é entendida como resposta a um contexto de desigualdades sociais, de uma economia centrada na industrialização, com o agravamento da saúde da população decorrente de endemias, gestão de um governo autoritário<sup>1</sup>. Da Constituição Federal de 1988 até o momento atual, tivemos concluída as gestões de seis Presidentes da República, os quais tiveram sob suas responsabilidades a implantação e estruturação da SUS, como uma política de Estado<sup>2</sup>.

Em 1990, foi eleito o primeiro presidente pelo voto direto, Fernando Collor de Mello (1990-1992), filiado ao Partido da Reconstrução Nacional. Em resposta à desigualdade social e à crise política, este iniciou uma abertura econômica do país. Neste cenário, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Devido corrupção, renunciou seu cargo que foi ocupado pelo seu vice-presidente Itamar Franco (1992-1995). Este, desfilou-se do partido de Fernando Collor para filiar-se ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro. Em sua gestão a desigualdade social se manteve, ele priorizou recursos para a Previdência Social, manteve a economia aberta e implantou o Plano Real, como uma estratégia para melhoria econômica. Na saúde, o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social vinculou-se ao Ministério da Saúde e, o

início do SUS se destacou pelo início da descentralização do sistema de saúde, permeado por dificuldades advindas de financiamento centralizado na esfera Federal do Governo assim, limitando a almejada integralidade<sup>1,3</sup>.

A seguir, Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foi eleito e governou por dois mandatos seguidos, era filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira. Sua gestão apresentou características neoliberais pela privatização de empresas estatais, assentando a economia às regras internacionais. No combate à desigualdade social promoveu reajustes no salário-mínimo, iniciou a oferta de programas sociais na tentativa de redistribuir a renda. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 2, que utilizava o dinheiro arrecadado pela Contribuição Provisória Sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para o financiamento da saúde, bem como o Programa Saúde da Família (PSF) que alterou o formato do financiamento para a criação do piso *per capita*, estratégias para promoção do financiamento do SUS. Aprovou ainda a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), iniciando assim a consolidação do setor privado como um subsistema do setor público<sup>1,3</sup>. Desta forma, promoveu mercantilização da saúde no Brasil, opondo-se às ideias da Reforma Sanitária.

Em 2002, foi eleito Luiz Inácio Lula da Silva, filiado ao Partido dos Trabalhadores, que também governou por dois mandatos consecutivos (2003-2010). Em sua gestão deliberou para o fortalecimento dos serviços públicos, aumento do salário-mínimo e dos direitos sociais, refletindo em redução da desigualdade pela melhor distribuição de renda, mantendo a economia aberta proposta, pelos governos anteriores. Aprovou a extinção da CPMF, fortalecendo o subfinanciamento do SUS, que provocou ajustes fiscais contribuindo para o fortalecimento dos Planos de Saúde<sup>3</sup>.

Apesar de sofrer com crise política de corrupção, a popularidade de Lula era significativa, o que favoreceu a eleição de Dilma Rousseff (2011-2016), também filiada ao

Partido dos Trabalhadores. Em seu segundo mandato passou a adotar uma política de austeridade com contenção dos gastos públicos, devido reflexo de crises internacionais, aumentando o desemprego e levando a um contingenciamento dos gastos com políticas sociais e de saúde. Desta forma, abriu a saúde ao capital estrangeiro pela alteração do Art. 23 da Lei Orgânica, implantou o programa Mais Médicos<sup>3</sup> e iniciou a privatização da gestão de serviços de saúde por meio das Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e as Fundações de Direito Privado<sup>2</sup>.

Uma nova crise política se instaura, Dilma sofre *impeachment*, foi substituída pelo seu vice-presidente Michel Temer (2016-2019), filiado ao Movimento Democrático Brasileiro. Neste governo foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95<sup>4</sup>, esta limita as despesas públicas à variação inflacionária<sup>5</sup>, aplicando austeridade ao financiamento de todas as políticas sociais. Este novo regime fiscal favoreceu o setor privado em detrimento do setor público no âmbito da saúde, associado a publicação de uma nova Política Nacional de Atenção Básica que instituiu novas formas de financiamento para arranjos assistenciais que não contemplam a equipe multiprofissional<sup>2</sup>.

Por conseguinte, a saúde como uma política de Estado não foi priorizada pelos governantes, apesar de estar contida na Constituição Federal, ficou evidente o desenvolvimento de um Projeto Privatista da Saúde que se alargou paralelamente a implantação do SUS. Este cenário levou a um subfinanciamento crônico, e este ocasiona impactos sobre a Qualidade em Saúde, sobretudo após a implementação da Emenda Constitucional nº 95.

Diante do cenário traçado, afirma-se que uma das demandas de saúde que mais sofreu impacto do subfinanciamento crônico é a assistência ao pré-natal, ao parto e ao atendimento ao recém-nascido, processos que acontecem de forma contínua e, não se extinguirão. Assim, vislumbra-se o sofrimento da população mais vulnerável à desigualdade social e econômica

para o acesso integral a assistência à saúde, fazendo-se oportuna uma análise das políticas públicas de saúde à mulher e à criança, sob a luz da Qualidade em Saúde, e conseqüentemente, promovendo a institucionalização da avaliação em saúde.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar as políticas públicas brasileiras voltadas a saúde da mulher e da criança, sob a ótica do referencial teórico da Qualidade em Saúde com foco na tríade da estrutura, do processo e do resultado.

## 1. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em oito fases: 1) Escolha do tema; 2) Elaboração do plano de trabalho; 3) Identificação; 4) Localização; 5) Compilação; 6) Fichamento; 7) Análise e interpretação; e 8) Redação<sup>6</sup>.

O tema escolhido foi delimitado na construção de uma pergunta de pesquisa, estruturada conforme a estratégia PICO<sup>7</sup>, onde: P indica população e, se refere as mulheres e crianças; I aponta a intervenção relacionando-se com as políticas públicas de saúde; e, Co relaciona-se ao contexto, considerado como os critérios de avaliação para a Qualidade da Assistência. Concluindo-se pela seguinte pergunta de pesquisa: quais os critérios de avaliação da qualidade da assistência a saúde da mulher e da criança propostos pelas políticas públicas brasileiras?

A elaboração do plano deste trabalho, para construir um entendimento correlato às políticas públicas de saúde, consistiu na introdução, do desenvolvimento e da conclusão deste estudo. A introdução buscou abordar o contexto político, social e econômico no qual o Brasil está inserido desde a criação do SUS, em 1988. No desenvolvimento buscou-se apresentar as principais políticas públicas de saúde, considerando a promoção da saúde da mulher; o atendimento ao pré-natal e parto; e, à saúde do recém-nascido.

Quanto a identificação dos dados buscou-se por documentos legais como a Constituição Federal, leis, resoluções, portarias, instruções normativas, documentos do Ministério da Saúde, os quais orientam as políticas públicas de saúde, e os artigos científicos. Os documentos foram localizados em sites oficiais do Governo Federal e, os artigos científicos em bases de dados da área da saúde, como o SciELO e a PUBMED/MEDLINE. A busca foi realizada entre julho a outubro de 2019, atualizada em fevereiro de 2021.

A compilação dos resultados se deu pela reunião metodizada dos materiais identificados, conforme os tópicos estabelecidos no Plano de Trabalho. Após, foi realizado o fichamento por meio da leitura completa dos documentos identificados, que possibilitou a extração fidedigna de informações que respondiam à pergunta de pesquisa, com o propósito de delimitar o tema escolhido. Desta forma, foi elaborado um quadro contendo as principais políticas públicas de saúde da mulher e da criança, relacionando à população atendida, o objetivo de cada política pública, os critérios de avaliação da qualidade em saúde e as diretrizes do SUS que buscam atender.

Para análise e interpretação das informações obtidas a literatura foi organizada conforme as dimensões: de promoção à saúde da mulher; assistência à gestação, ao pré-natal e ao parto; assistência ao recém-nascido; organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil; e, impacto das políticas globais no Sistema Único de Saúde. Por fim, a elaboração deste estudo considerou a redação de cada uma das etapas de um trabalho científico. Devido tratar-se de uma revisão bibliográfica não é apontada a necessidade de apreciação ética para o estudo.

## **2. RESULTADOS**

Foram identificados diversos documentos que normatizam as políticas públicas de saúde voltadas a mulher e a criança. Este arcabouço legislativo tem sua primeira publicação no ano de 1996, transcorrendo por mais de 20 anos seguidos. Estão apresentadas no Quadro 1 as políticas públicas de saúde descritas segundo a população alvo a ser assistida, o objetivo da política pública e os critérios de avaliação da qualidade em saúde com foco na estrutura, no processo e no resultado.

Em relação a Qualidade em Saúde, foi possível observar que grande parte das políticas não apresentavam critérios de avaliação pré-estabelecidos, ou ainda, quando sugeriam a necessidade avaliação, não detalham como desenvolvê-la. Contudo, houve indicação da avaliação da estrutura, do processo e de resultados em número reduzido de políticas.

**Quadro 1.** Políticas públicas de saúde da mulher e da criança segundo a população alvo, objetivos, diretrizes do SUS e critérios para avaliação da Qualidade em Saúde, 2021.

Política e ano	População-alvo	Objetivo	Menciona critérios para a avaliação da Qualidade em Saúde?
<b>PROMOÇÃO A SAÚDE DA MULHER</b>			
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004 <sup>8</sup> .	Mulheres de todas as idades.	Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Caderno de Atenção Básica de 2013.	Mulheres que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade.	Organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para reduzir a incidência e a mortalidade do câncer de colo e mama.	Não.
Lei n° 9.263 de 1996 <sup>10</sup> .	Mulheres e homens com mais de 25 anos.	Indicação da esterilização.	Não.
Resolução n° 192 de 2009 <sup>11</sup> .	Mulher e homem.	Oferecer conhecimento para a escolha e utilização do método de anticoncepção.	Não.
<b>ATENDIMENTO PRÉ-NATAL E PARTO</b>			
Portaria n° 569 de 2000 <sup>12</sup>	Mulher gestante e recém-nascido.	Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, na assistência obstétrica e neonatal pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).	Sugere indicadores de processo e resultado. Estes últimos divididos em resultado e impacto.
Lei n° 11.108 de 2005 <sup>13</sup> .	Mulher gestante e puerpera.	Garantir o direito ao acompanhante no trabalho de	Não.

Migoto MTet al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

		parto, parto e pós-parto imediato no SUS.	
Lei nº 11.634 de 2007 <sup>14</sup> .	Mulher gestante e parturiente.	Vincular a gestante à maternidade em que se realizará o parto no SUS.	Não.
Resolução nº 516 de 2016 <sup>15</sup> .	Mulher parturiente e puérpera.	Definir as competências do enfermeiro obstetra.	Orienta a necessidade de avaliação do processo, mas não detalha o método.
Lei nº 17.701 de 2017 <sup>16</sup> .	Mulher gestante ou parturiente.	Implantar medidas de informação e proteção contra a violência obstétrica.	Não.
Lei nº 19.701 de 2018 <sup>17</sup> .	Mulher gestante ou parturiente.	Estabelecer os direitos das gestantes e parturientes e, definir a violência obstétrica.	Não.
Lei nº 20.127 de 2020 <sup>18</sup> .	Mulher gestante e parturiente.	Definir as condições de parto adequado.	Não.
Portaria nº 306 de 2016 <sup>19</sup> .	Mulher gestante e parturiente.	Aprovar as diretrizes para a operação cesariana.	Não.
Portaria nº 2.068 de 2016 <sup>20</sup> .	Mulher puérpera e recém-nascido.	Aprovar diretrizes para a assistência em alojamento conjunto.	Não.
<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO</b>			
Portaria nº 693 de 2000 <sup>21</sup> .	Gestante ou recém-nascido de alto risco, e sua família.	Orientar a implantação do Método Canguru.	Sugere avaliação e propõe indicadores de processo e resultado.
Portaria nº 1.683 de 2007 <sup>22</sup> .	Gestante ou recém-nascido de alto risco, e sua família.	Aprovar as normas de orientação para a implantação do Método Canguru.	Sugere avaliação e propõe indicadores de processo e resultado.
Portaria nº 36 de 2008 <sup>23</sup> .	Mulher parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	Sugere avaliação baseada em indicadores da Instrução Normativa nº 2 de 2008 (processo e resultado).
Resolução nº 7 de 2010 <sup>24</sup> .	Recém-nascido.	Estabelecer padrões para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva.	Sugere avaliação e, não propõe indicadores.
Instrução Normativa nº 2 de 2008 <sup>25</sup> .	Mulher parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Estabelecer Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	Sugere indicadores de processo e resultado.
Portaria nº 1.153 de 2014 <sup>26</sup> .	Mulher parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Definir responsabilidades do hospital vinculado a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e seu monitoramento.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
<b>ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SISTEMA PARA A SAÚDE MATERNA E INFANTIL</b>			
Portaria nº 1.459 de 2011 <sup>27</sup> .	Mulher gestante, parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Definir as diretrizes da Rede Cegonha.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Portaria nº 650 de 2011 <sup>28</sup> .	Mulher gestante, parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Definir a governança por pactuação.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Portaria nº 1.020 de 2013 <sup>29</sup> .	Mulher gestante e recém-nascido de alto risco.	Apoiar o cuidado às gestantes e recém-nascidos de alto risco, conforme os serviços	Orienta a necessidade de avaliação, em relação a prazos e

Migoto MTet al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

		ambulatoriais e hospitalares de referência.	financiamento, indicando estrutura.
Portaria nº 2.351 de 2011 <sup>30</sup> .	Mulher gestante, parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Alterar a Portaria nº 1.459 de 2011, sobre a Rede Cegonha em relação a custos de serviços de saúde.	Não.
Portaria nº 930 de 2012 <sup>31</sup> .	Recém-nascidos.	Definir diretrizes para a assistência de recém-nascidos em estado grave ou potencialmente graves.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Projeto Apice On, 2017 <sup>32</sup> .	Mulheres gestante, parturientes ou puérperas, e recém-nascidos.	Qualificar a assistência e a gestão dos serviços obstétricos e neonatais.	Orienta a necessidade de avaliação de forma abrangente.
<b>IMPACTO DAS POLÍTICAS GLOBAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>			
Resolução nº 42 de 2018 <sup>31</sup> .	Mulheres em idade fértil e crianças até 5 anos.	Aprovar diretrizes para o enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância no contexto do Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2030.	Avaliação da Redes de Atenção à Saúde quanto a processo e resultado.

As políticas públicas de saúde identificadas buscaram atender as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, preconizadas pelo SUS. Estas diretrizes respeitam as ideias da Reforma Sanitária e, estão em concordância com a Constituição Federal.

### 3. DISCUSSÃO

#### Qualidade em Saúde

A **Qualidade em Saúde** consiste em julgamentos de valores sobre diversos aspectos da assistência à saúde, que refletem os valores e as metas estabelecidas aos serviços e sistemas de saúde. Avaliação das dimensões da tríade estrutura, processo e resultado reflete a qualidade da assistência<sup>33-34</sup>. A avaliação da **estrutura** consiste no julgamento da estrutura física, instalações, equipamentos, recursos humanos, e recursos financeiros. Apresenta características estáveis, por não contar com mudanças frequentes e, apresenta menor importância, quando comparada à avaliação do processo e do resultado. Contudo, a estrutura influencia o processo,

Migoto MT et al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

ao apresentar boa qualidade proporcionará um bom processo. É a dimensão que menos oferece informações sobre a qualidade da atenção à saúde, servindo como complemento da avaliação do processo e do resultado<sup>35-36</sup>.

Na avaliação do **processo** faz-se a mediação entre o meio e o fim de uma atividade de assistência, são feitos julgamentos instáveis, quando comparados aos resultados. Um tipo de avaliação relevante para a gestão dos serviços e sistemas de saúde, permite a padronização e a validação de comportamentos para uma prática assistencial de qualidade, favorecendo a correção de problemas em tempo real.

Já na avaliação do **resultado** como dimensão da qualidade que reflete aplicação de tecnologia na assistência, está atribuída a um processo e reflete as mudanças no estado de saúde da população. Um incremento nos resultados de saúde de uma população reflete qualidade da assistência, e assim, a avaliação do resultado complementa a do processo<sup>35-36</sup>.

As políticas públicas voltadas à promoção da saúde da mulher

Em 2004, foi publicada a **PNAISM**, um projeto que se consolidou em política pública, deixando de considerar saúde apenas no contexto da reprodução e passando a contemplar ações convergentes com as necessidades de promoção de saúde e, de controle de doenças prevalentes. Além de estabelecer assistência humanizada e articular os serviços em redes integradas<sup>8</sup>.

Uma política de saúde que perpassa pelas instâncias de atendimento e qualificação: do atendimento clínico-ginecológico; do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV; do planejamento reprodutivo garantindo a oferta de métodos contraceptivos, estimulando a participação do homem e dos adolescentes; da promoção da atenção obstétrica e neonatal, bem como, o abortamento seguro; da promoção da assistência à saúde de mulheres e

adolescentes em situação de violência; redução da morbimortalidade por câncer feminino (mama e colo do útero); da saúde da mulher no climatério; saúde mental no contexto de gênero; terceira idade; das trabalhadoras do campo e da cidade; e, da mulher negra e indígena<sup>8</sup>.

Em 2013, o Ministério da Saúde atualiza as ações para a prevenção e controle do câncer pela regulamentação da organização do SUS em RAS, para a oferta de ações de promoção, de prevenção primária e secundária, de diagnóstico, de tratamento e cuidados paliativos<sup>9</sup>.

Em 1996, pela Lei nº 9.263, o **Planejamento Familiar** afirma que os métodos ofertados precisavam apresentar eficácia cientificamente comprovada e respeitar a liberdade de escolha pela mulher. Também regulamentou critérios para esterilização por procedimento de laqueadura na mulher ou vasectomia no homem. Ela deveria ser voluntária e respeitar alguns critérios e, se faz proibido sua realização diante da alteração da capacidade de discernimento de escolha, devido abuso de álcool e drogas, ou por apresentar estado emocional ou incapacidade mental<sup>10</sup>.

Em 2009, a Resolução nº 192 reforçou a cobertura do Planejamento Familiar no segmento ambulatorial, apresentando o dispositivo intrauterino e, a consulta de aconselhamento, em nível individual ou para o casal. Incentiva atividades educacionais, em grupo ou individualmente, executadas por profissionais de saúde habilitados, valorizando a troca de informação e de vivências. Define o aconselhamento como um processo de escuta e acolhimento da demanda, individual ou do casal, favorecendo o manejo de métodos contraceptivos e de infecções sexualmente transmissíveis<sup>11</sup>.

Em 2013, o Ministério da Saúde atualizou a nomenclatura para **Saúde Reprodutiva**, fortalecendo o acesso pela Atenção Primária a Saúde, estendendo-se para além da oferta dos métodos e técnicas contraceptivas, para a divulgação de informações e acompanhamento,

segundo a escolha da mulher na fase adulta e na adolescência. Nesta abordagem, a Saúde Sexual é relevante para a manutenção da qualidade de vida e, se constitui um direito, com foco, sobretudo, na promoção à saúde<sup>9</sup>.

Estudo transversal, vinculado ao Projeto Nascer no Brasil, realizado com puérperas classificadas com risco habitual, em 2018, observou que com a adesão ao planejamento reprodutivo havia maior chance de gravidez planejada (42,0%), com início precoce do pré-natal ( $p < 0,001$ ), refletindo na realização de seis consultas e preparação para o parto ( $p = 0,005$ ). Assim, as mulheres relataram satisfação em estarem grávidas (64%), pelo desejo em engravidar (43%) e, com pré-natal de maior qualidade. Destacado o mérito e a magnitude do planejamento reprodutivo nos desfechos maternos e infantis<sup>37</sup>.

#### Políticas públicas voltadas ao atendimento do pré-natal e do parto

Sob o foco da humanização, em 2000, a Portaria nº 569 instituiu o **PHPN** estabelecendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, que impulsionou a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, ampliando o acesso às mesmas. Além de definir a estrutura e, o financiamento do programa, bem como, os princípios gerais para o adequado acompanhamento pré-natal<sup>12</sup>.

Este programa aponta indicadores de avaliação para sua efetividade, organizados em três grupos: 1) Processo: percentual de consultas de pré-natal; consultas de pré-natal e de puerpério; consultas de pré-natal e todos os exames; consultas de pré-natal, de puerpério e todos os exames; cobertura de gestantes imunizadas com a vacina antitetânica; e, percentual de consultas de pré-natal e puerpério, todos os exames, teste de HIV e vacinação antitetânica; 2)

Resultados: percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e de tétano

neonatal em relação aos nascidos vivos; 3) Impacto: Coeficiente de Sífilis Congênita, de tétano, Razão de Mortalidade Materna, Mortalidade Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Neonatal Total, todos comparados ao ano anterior<sup>12</sup>.

Estudo transversal identificou que a qualidade do pré-natal de nascimento prematuros, segundo o Índice de Kessner, foi menor ( $p < 0,001$ ) quando comparada aos nascimentos a termo. Ao aplicar uma análise logística, verificou-se que o pré-natal inadequado estava associado ao financiamento misto ( $p < 0,001$ ), à raça não branca ( $p < 0,012$ ), à gestação não planejada ( $p < 0,001$ ) e à multiparidade ( $p < 0,013$ )<sup>38</sup>, identificando a população mais vulnerável.

Outro estudo realizado com mulheres que fizeram pré-natal pelo SUS, em unidades da ESF do Distrito Federal, conclui que apenas 15,0% delas receberam assistência completa. Para tanto, foram consideradas as ações preconizadas como: seis consultas ou mais; vacinação contra o tétano; prescrição de sulfato ferroso; exame físico completo; todas as orientações; e, a realização de exames complementares<sup>39</sup>. Estes achados reforçam a necessidade da institucionalização da avaliação para que se compreenda o cenário assistência e sejam estabelecidas novas estratégias para alcance dos critérios qualidade.

Em seguida, duas Leis buscaram fortalecer a humanização no momento do parto e nascimento: a Lei 11.108 de 2005, que passou a garantir a presença do acompanhante, de escolha da mulher, durante o trabalho de parto, parto e nascimento<sup>13</sup>; a Lei nº 11.634 de 2007, que dispôs sobre o direito da gestante ao conhecimento da vinculação à maternidade onde receberá a assistência do parto<sup>14</sup>. Esta vinculação minimiza os problemas relacionados a demora no acesso a assistência, por evitar a peregrinação das gestantes nos serviços de saúde. O PHPN também garante a disponibilidade do transporte, da presença do pediatra na sala de parto e da visita do pai sem restrições de horário<sup>12</sup>, ampliando ao acesso a uma assistência de qualidade e efetiva.

A fim de contribuir com a qualificação do atendimento ao parto, o Conselho Federal de Enfermagem, publicou a Resolução nº 516 de 2016, dispondo sobre a normatização da atuação no enfermeiro nos serviços que oferecem assistência ao parto. Regulamenta a assistência por Enfermeiras Obstétricas, qualificando o processo, por apresentar competências no acolhimento; avaliação clínicas e obstétricas; promover o cuidado centrado na evolução fisiológica do parto; identificação e encaminhamento diante de uma distocia; adoção de boas práticas no parto e nascimento; emissão de Declaração de Nascido Vivo; notificação dos óbitos maternos, neonatais e fetais; ações intersetoriais e interdisciplinares para a promoção da saúde materna e infantil; entre outras<sup>15</sup>.

Estudo brasileiro de base hospitalar identificou que 51,5% dos partos de primíparas foram cirúrgicos, predominância de 87,5% no setor privado e 44,8% no SUS. Relacionada a precariedade de orientações durante o pré-natal, apesar de 70,0% das mulheres considerarem o parto normal mais seguro ( $p < 0,001$ ). Dos partos cirúrgicos realizados, 62,3% não entraram em trabalho de parto ( $p < 0,001$ ), 76,1% apresentaram intercorrências ( $p < 0,001$ ) e, 40,0% das múltiparas já haviam passado por cesárea anterior<sup>40</sup>. Uma proporção de nascimentos por cesárea muito acima do que recomenda a Organização Mundial de Saúde.

A cesárea é a via final de parto para 40,0% das primíparas adolescentes, sendo que 46,6% delas referem esta opção devido ao medo da dor do parto. O perfil social destas adolescentes apresenta escolaridade adequada à idade, classe econômica mais elevada, financiamento privado de saúde, realizando o pré-natal e o parto com o mesmo profissional responsável, de etnia branca, e idade entre os 17 a 19 anos<sup>41</sup>. Sugerindo a precariedade de orientações relacionadas ao parto durante o período pré-natal.

Na perspectiva de reduzir a **Violência Obstétrica** para impulsionar maior adesão ao parto normal, no Paraná, foi publicada a Lei nº 19.207 de 2017, dispondo sobre estratégias de

informação e denúncias contra atos realizados por quaisquer membros da equipe multiprofissional<sup>16</sup>. No ano seguinte, foi sancionada a Lei nº 19.701 de 2018, considerando os sofrimentos, as negligências, os tratamentos excessivos e a coação para inibir denúncias de violência obstétrica. Entende-se que a gestante ou parturiente tem como direito receber avaliação de suas condições clínicas, receber uma assistência humanizada, respeitando sua individualidade, de modo a preservar sua intimidade, respeitar suas crenças e cultura, bem como, a permanência do acompanhante de sua escolha<sup>17</sup>.

Diante disso, pela Lei nº 20.127 de 2020, foram conceituadas as condições de parto adequado como sendo aquele que promove uma experiência agradável, confortável, tranquila e segura ao binômio. Considera a tomada de decisão por parte da mulher em relação ao seu parto, e, assim foi estabelecido que a cesariana, quando a pedido da gestante que apresente risco habitual, somente será realizada a partir da 39ª semana de gestação, cabendo o registro oportuno no prontuário<sup>18</sup>. No Brasil, as diretrizes para indicação deste procedimento haviam sido atualizadas pela Portaria nº 306 em 2016<sup>19</sup>.

Com a chegada do momento do parto, a fim de fortalecer o vínculo da família com o recém-nascido, a capacitação para o desenvolvimento do cuidado no domicílio e a redução do risco de infecção, foi publicada a Portaria nº 2.068 de 2016, que apresenta diretrizes da atenção integral à puerpera e ao recém-nascido, de risco habitual ou intermediário assistidas no **Alojamento Conjunto**, aos serviços públicos e privados. Este serviço é estruturado com o propósito de receber recém-nascidos para tratamento de icterícia, anomalias congênitas menores, infecções congênitas e em processo de investigação. Conta com os recursos humanos capacitados, como enfermeiro habilitado em neonatologia ou obstetrícia e equipe médica composta por pediatra e obstetra<sup>22</sup>.

A assistência deve estar organizada para promover o aleitamento materno, orientando sobre o seu manejo, proporcionando atividades de educação em saúde, oferta e inserção de métodos contraceptivos e, os testes de triagem neonatal. Destaca-se a responsabilidade de toda a equipe multiprofissional para as orientações de alta<sup>22</sup>, a fim de capacitar a família para o cuidado domiciliar do binômio.

#### Políticas públicas voltadas à assistência ao recém-nascido

Concomitantemente à PHPN, devido a crescente proporção de nascimentos prematuros, foi publicada a Portaria nº 693 de 2000, posteriormente revogada pela Portaria nº 1.683 de 2007, que orientou a implantação do **Método Canguru**. Uma estratégia para a melhoria da eficiência e da eficácia da assistência neonatal preconizando a estruturação dos serviços de saúde em três etapas, a saber: 1) Assistência humanizada ao recém-nascido gravemente ou potencialmente enfermo, introduzindo a importância do papel da família frente a recuperação da criança; 2) Internamento na Unidade Canguru para que a mãe cuide integralmente do recém-nascido com baixo peso até a alta hospitalar, garantindo a família a capacitação para os cuidados especiais; e o 3) Acompanhamento ambulatorial para avaliação do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos<sup>21-22</sup>.

Apresenta indicadores de avaliação de saúde, como: taxa de morbidade e mortalidade neonatal; taxas de reinternação; condições de desenvolvimento e crescimento; grau de satisfação e segurança materna/família; prevalência de aleitamento materno; desempenho e satisfação da equipe de saúde; conhecimentos maternos quanto aos cuidados com a criança; e, tempo de permanência intra-hospitalar nascidos<sup>21-22</sup>.

Sob a ótica da gestão, foi publicada a regulamentação técnica na Portaria n° 36 de 2008, contemplando os serviços obstétricos e neonatais, bem como a Resolução n° 07 de 2010, sobre o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. Elas sugerem a adaptação da infraestrutura, dos recursos humanos, de materiais e de equipamentos, do acesso à recursos assistenciais, dos processos operacionais assistenciais, do transporte de pacientes, a prevenção e controle de infecção; e quanto à biossegurança, a notificação de eventos adversos graves e o descarte de resíduos hospitalares nascidos<sup>21-22</sup>.

Ademais, a alocação de recursos para o Unidade Canguru que privilegia a internação do binômio clinicamente estável, podendo receber recém-nascidos a partir de 34 semanas com peso superior a 1.800g<sup>21-22</sup>. Com isso, defende-se a humanização no período puerperal, garantindo o fortalecimento do vínculo entre o recém-nascido e sua família, mesmo em condições de prematuridade limítrofe.

Em 2008, foi publicada a Instrução Normativa n° 2 que dispõem os indicadores de avaliação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal organizados em três grupos: 1) Indicadores de gestão: média de permanência de puérperas; 2) Indicadores de processo: taxa de cesáreas, taxa de cesárea em primíparas, taxa de episiotomia e taxa de partos com acompanhantes; e, 3) Indicadores de resultados: taxa de mortalidade neonatal precoce, taxa de infecção puerperal relacionada ao parto normal ou cesárea<sup>24-25</sup>.

Desde 1992, no Brasil, vem sendo desenvolvida a **IHAC** que visa assegurar a prática do aleitamento materno, prevenir o desmame precoce e a não oferta de leites artificiais sem indicação criteriosa. São requeridas várias iniciativas dos serviços hospitalares que pleiteiam e recebem o título de IHAC, a saber: manter suas equipes capacitadas para o manejo do aleitamento materno; orientar as mulheres quantos aos benefícios desta prática; incentivar a pega ainda na primeira hora de vida; e, capacitar as mães quanto a ordenha em condições de

separação do binômio; além de proporcionarem o internamento em alojamento conjunto<sup>42</sup>. A IHAC é regulamentada pela Portaria nº 1.153 de 2014, que definiu estas responsabilidades aos hospitais participantes, os quais deverão ser monitorados anualmente e, reavaliados a cada três anos<sup>26</sup>, para o recebimento do incremento financeiro do Ministério da Saúde.

Políticas públicas voltadas à organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil

Integrando as políticas públicas de assistência à saúde materna e infantil que deliberam sobre a dimensão processo, em 2011, foi publicada a Portaria nº 1.459 que instituiu a **Rede Cegonha** em todo o âmbito do SUS, considerando as diretrizes da organização em Rede de Atenção à Saúde. Esta preconiza a organização dos serviços de saúde em redes, para a garantia do acesso, do acolhimento e da resolutividade, com vistas ao impacto na mortalidade materna e infantil<sup>27</sup>.

Sua implantação se deu mediante a gestão compartilhada entre os municípios e os estados, a partir da Portaria nº 650 de 2011, que definiu a governança por pactuação entre estas esferas de governo, a ser realizada pela Comissão Intergestora Regional e homologada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), das secretarias de estado da saúde. Além de definir, o número de leitos obstétricos, de gestação de alto risco, neonatais, cangurus e intensivos segundo os habitantes e nascidos vivos da região<sup>28</sup>. Esta permitiu o avanço para a regionalização da saúde, na perspectiva de garantir o acesso universal às mulheres e seus recém-nascidos.

A Portaria nº 1.020, de 2013, em concordância com a Rede Cegonha organiza o conjunto de ações e serviços para a assistência de gestantes e recém-nascidos de alto risco, contemplando todos os níveis de complexidade. Cabe a Atenção Primária o início, a captação precoce da gestante para do pré-natal e sua estratificação de risco, vinculando ao ambulatório

especializado. Aos hospitais, a oferta de casas de apoio, a adoção de boas práticas ao parto e nascimento, proporcionando a elaboração do plano de parto, considerando o respeito de taxas menores de 30,0% de cesarianas, bem como os valores de procedimento<sup>29</sup>.

A Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil está estruturada em Componentes da Rede Cegonha como o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a atenção integral à saúde da criança, bem como, o sistema logístico de transporte sanitário e regulação. No pré-natal tem-se a garantia do início precoce das consultas, com a classificação de risco e de vulnerabilidade da gestante, e posterior, acesso aos exames para diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, bem como de complicações obstétricas ou de saúde, com encaminhamento garantido ao atendimento de alto risco em tempo oportuno. Ainda, com respeito à aplicação da classificação de risco, tem-se o estabelecimento da vinculação à maternidade que garanta a complexidade de assistência necessária. Conectando estes diferentes serviços há o apoio da disponibilidade de transporte às consultas e ao momento do parto. E, por fim, preconiza-se a qualificação das informações relativas a todos os dados produzidos por este aparato assistencial a partir da gestão da informação<sup>27</sup>.

Com relação ao parto e nascimento, há que haver serviços aptos para a oferta de assistência baseada em evidência, com a disponibilização de leitos obstétricos e neonatais conforme a necessidade regional e com prática do acolhimento e da classificação de risco. É reforçada a necessidade de respeito ao direito da permanência do acompanhante no momento do trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Respeito este estabelecido pela relação fundamentada na humanização, entre uma equipe multiprofissional horizontal<sup>27</sup>.

No puerpério e atenção integral à saúde da criança, destaca-se o incentivo e a promoção do aleitamento materno, bem como a alimentação saudável, orientada por um acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde, iniciada na visita domiciliar durante a primeira semana de vida

do recém-nascido. Para os casos de vulnerabilidade, este serviço deve se responsabilizar pela busca ativa e acompanhamento, como também, pela oferta de métodos contraceptivos, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis<sup>27</sup>.

Por fim, relativo aos Sistema Logístico de Regulação e Transporte, a oferta de transporte seguro deve ser realizada pelo SAMU, com a disponibilidade de incubadoras e respiradores neonatais. A vinculação entre a maternidade deve ser respeitada e garantida pelo serviço de transporte e ser orientada pela regulação dos leitos obstétricos e neonatais<sup>27</sup>.

Ainda em 2011, foi publicada a Portaria n° 2.351, alterando a Portaria anterior quanto ao financiamento dos recursos para a ampliação do número de leitos obstétricos e neonatais, bem como quanto ao repasse financeiro do SUS aos serviços de saúde<sup>30</sup>, que se encontra vigente.

Na sequência, a organização do atendimento neonatal nos serviços de saúde, foi direcionada pela Portaria n° 930 de 2012. Esta definiu a classificação dos leitos neonatais segundo a necessidade imposta pela complexidade do cuidado. Preconiza que cada unidade que disponibilize 10 leitos neonatais deve respeitar a proporção de 4 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), contabilizada a partir de 2 leitos para cada mil nascidos vivos; 6 leitos Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) organizados em duas tipologias, sendo 4 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 2 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)<sup>31</sup>.

Igualmente é detalhada a descrição dos recursos humanos mínimos para a composição da equipe multiprofissional neonatal, compondo: médico especialista em Pediatria ou Neonatologia, um diarista e um plantonista; fisioterapeuta assistencial e coordenador; fonoaudiólogo; enfermeiros neonatologistas, um como coordenador, um como assistencial e outro como plantonista; um técnico de enfermagem para cada 2 leitos. Deve haver a

disponibilidade de aparatos tecnológicos, como: ressuscitador manual; ventilador mecânico; bombas de infusão contínua; berço de calor radiante; incubadoras de parede dupla e de transporte; berços de acrílico; monitor de múltiplos parâmetros; estetoscópio; termômetro; oxímetro; balança eletrônica; fototerapia; esfigmomanômetro; oftalmoscópio; otoscópio; capacete de oxigênio; aspirador portátil; dentre outros<sup>31</sup>.

Após anos de discussão de (re)estruturação da assistência à saúde materna e infantil nos serviços e sistemas de saúde pela Rede Cegonha e, frente a necessidade de qualificação dos profissionais, foi lançado o **Projeto Apice On** – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Este reconhece a necessidade da qualificação da formação, da assistência e da gestão como um tripé indissociável e necessário, para a composição de um modelo de atenção. Reforçando as melhores práticas de gestão, promovida pela participação e corresponsabilização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de decisão, de planejamento e de avaliação<sup>30</sup>.

Assim, o Apice On tem articulado o ensino, a pesquisa e a extensão no cuidado ao parto, ao nascimento, ao planejamento reprodutivo, ao pós-parto ou pós-aborto, bem como, às mulheres em situação de violência sexual e aborto legal. De tal modo, proporcionando o desenvolvimento de ações baseadas em evidências científicas que se articulam com a humanização e, a garantia dos direitos das mulheres e crianças, para a inovação do ensino, da atenção e da gestão. Proporcionando ainda, um cuidado singular e seguro, pela gestão compartilhada do trabalho em equipe e em rede, com a implantação de estratégias que viabilizem um espaço de escuta às usuárias, suas famílias e seus acompanhantes<sup>30</sup>.

#### Impacto das políticas globais no Sistema Único de Saúde

Concomitante às políticas públicas nacionais aqui relacionadas, em nível global foram estabelecidos os **Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)**, entre 2000 a 2015,

assumidos por 191 países integrantes da Organização das Nações Unidas para a erradicação da pobreza nos países em desenvolvimento. De entre os objetivos relacionados à saúde, estabeleceu-se a redução da Mortalidade na Infância e a Mortalidade Materna. Em 2011, o Brasil atinge o objetivo em relação à mortalidade na infância, com redução para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos para os óbitos menores de 5 anos. Entretanto, o relacionado à mortalidade materna, não atingiu a meta nacional de 35 para óbitos maternos, ficando ainda em 64 óbitos por mil nascidos vivos. Apesar da redução destes óbitos identificam-se diferenças regionais, sob as quais justifica-se a integração de uma nova agenda para o período de 2016 a 2030, a dos **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Este é lançado com 17 objetivos e 169 metas, acompanhado por indicadores para mensuração das metas. Destaca-se o terceiro objetivo sobre Saúde e Bem-estar que permitirá o aprimoramento das políticas públicas e programas de saúde em todos os níveis de governo, a partir do modelo de governança<sup>43-44</sup>.

Por conseguinte, foram aprovados diretrizes e estratégias para a redução da Mortalidade Materna e Infantil, no contexto da agenda dos ODS, pela publicação da Resolução nº 42, de 2018. Esta regulamenta a gestão no modelo de governança pela elaboração de um plano de enfrentamento com marcadores de acompanhamento como indicadores de monitoramento e cronograma, segundo cada uma das esferas de governos. Fato que corrobora com a avaliação da pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta pela integração entre os governos nacional, estadual e municipal<sup>31</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde na saúde mulher e da criança tem se estruturando ao longo dos anos, mesmo havendo o desenvolvimento de um projeto privatista em saúde e um subfinanciamento para avanço do SUS. Contudo, algumas políticas apresentam, de maneira

incipiente, critérios específicos para avaliação da Qualidade em Saúde que contemplem as dimensões de estrutura, processo e resultado. Fato que estabelece a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências científicas correlatas à institucionalização da avaliação, estabelecendo estratégias e critérios de Qualidade em Saúde para a Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil.

## 5. REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C. Et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*; 2011;377(9779):1778–1797. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>>
  2. Silva JLL, Santos VM, Correia MVC. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. *Ser Social*. 2021;23(48). Doi: 10.26512/sersocial.v23i48.29324.
  3. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica*; 2017;33(2):e00129616. Doi: 10.1590/0102-311X00129616.
  4. Brasil. Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/EMC95\\_15.12.2016/EMC95.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/EMC95_15.12.2016/EMC95.asp)
  5. Teixeira CF. Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS. *Cad Saude Publica*. 2019;35(Sup 2):e00077019. Doi: 10.1590/0102-311X00077019.
  6. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
  7. Apóstolo JLA. Síntese de evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Joao-Apostolo/publication/322861762\\_Sintese\\_da\\_evidencia\\_no\\_contexto\\_da\\_translacao\\_da\\_ciencia/links/5a7336560f7e9b20d48fcbb1/Sintese-da-evidencia-no-contexto-da-translacao-da-ciencia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joao-Apostolo/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia/links/5a7336560f7e9b20d48fcbb1/Sintese-da-evidencia-no-contexto-da-translacao-da-ciencia.pdf)
  8. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. Disponível em: <[http://www.jstage.jst.go.jp/article/ieejpes1972/106/3/106\\_3\\_294/\\_article](http://www.jstage.jst.go.jp/article/ieejpes1972/106/3/106_3_294/_article)>
  9. Brasil. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf)
  10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.263 de 1996. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/12079378/artigo-10-da-lei-n-9263-de-12-de-janeiro-de-1996>.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução nº 192 de 2009. Disponível em:
- 
- Migoto MT et al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2009/res0192\\_27\\_05\\_2009.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20cobertura%20aos,familiar%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=35%2DC%20da%20Lei%20N%C2%BA,11%20de%20maio%20de%202009.](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2009/res0192_27_05_2009.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20cobertura%20aos,familiar%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=35%2DC%20da%20Lei%20N%C2%BA,11%20de%20maio%20de%202009.)

12. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569 de 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)

13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.108 de 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)

14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.634 de 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm)

15. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 516 de 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)

16. Paraná. Legislação Estadual. Lei nº 19.207 de 2017. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=352205#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Estado%20do%20Paran%C3%A1.>

17. Paraná. Legislação Estadual. Lei nº 19.701 de 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>

18. Paraná. Legislação Estadual. Lei nº 20.127 de 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=388956>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 306 de 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html)

20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.068 de 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068\\_21\\_10\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html)

21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 693 de 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)

22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.683 de 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)

23. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36 de 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)

24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7 de 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)

25. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução normativa nº 2 de 2008. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doc\\_1270192\\_INSTRUCAO\\_NORMATIVA\\_N\\_2\\_DE\\_3\\_DE\\_JUNHO\\_DE\\_2008.aspx](http://www.lex.com.br/doc_1270192_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_2_DE_3_DE_JUNHO_DE_2008.aspx)

26. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153 de 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html#:~:text=Redefine%20os](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html#:~:text=Redefine%20os)

%20crit%C3%A9rios%20de%20habilita%C3%A7%C3%A3o,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).

27. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.459 de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 650 de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)

29. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.020 de 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html)

30. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.351 de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html)

31. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 930 de 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n° 42 de 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57217977/do1-2018-12-28-resolucao-n-42-de-13-de-dezembro-de-2018-57217765](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57217977/do1-2018-12-28-resolucao-n-42-de-13-de-dezembro-de-2018-57217765)

33. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Volume 1; Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

34. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2005.

35. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process, and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press. v. 1, 1980.

36. Donabedin A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691–729.

37. Santos JMJ, Matos TS, Mendes RB. Et al. Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant; 2019;19(3):537–543. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292019000300529&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292019000300529&script=sci_arttext&tlng=pt)>.

38. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(4):0540–0549. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000400540&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400540&lng=en&tlng=en)>.

- 
39. Tomasi E, Fernandes PAA, Fisher T. Et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(3):03. Doi: 10.1590/0102-311X00195815.
40. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M. Et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*; 2014;30(Suppl 1). Doi: 10.1590/0102-311X00105113.
41. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*; 2014;30(supl.1). Doi: 10.1590/0102-311X00145513.
42. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS. Et al. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev paul pediatr*; 2019;37(4). Doi: 10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004.
43. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Decreto nº 8.892 de 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm)>.
44. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Cienc Cult*; 2019;71(1):33–39. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252019000100011](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011).