

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

Isabelle de Almeida Teles

**PERCEPÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO ÀS
GESTANTES NO CENÁRIO DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E COMBATE À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

São Bernardo do Campo - SP
2025

Isabelle de Almeida Teles

**PERCEPÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO ÀS
GESTANTES NO CENÁRIO DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E COMBATE À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Engenharia, Modelagem e Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do ABC, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharela em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.a Dr.a Maria Luiza Levi Pahim

**São Bernardo do Campo - SP
2025**

Dedico este trabalho a todas as mulheres que viveram a dor de não serem ouvidas e respeitadas em seus momentos de maior fragilidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, aos meus pais, por colocarem o chão sob os meus pés para que eu pudesse chegar até aqui. Sou grata por terem sido grandes exemplos e por estimularem a educação de suas filhas. Não há mérito nesta graduação que não inclua todos os seus esforços.

Agradeço também ao meu companheiro de vida, meu esposo, por ser fonte de apoio incondicional durante toda a graduação, e por ter se mostrado sempre disposto a tornar esse processo mais leve para mim.

Agradeço aos meus familiares e amigos por compreenderem as ausências e os sacrifícios que a passagem pela UFABC exigiu.

Agradeço aos amigos e amigas que tive a sorte de fazer durante minha trajetória nesta universidade, pelas trocas valiosas de conhecimento, pela companhia no transporte público entre trabalho e universidade e por todo o incentivo. Torço carinhosamente pelo sucesso de cada um.

Por fim, mas com grande importância, agradeço à minha professora e orientadora Maria Luiza por todo apoio ao longo deste processo e por ter sido uma inspiração para a minha persistência nessa área de pesquisa.

RESUMO

No decorrer do século XX, o modelo de atenção à saúde da mulher sofreu diversas transformações, sendo marcado pela institucionalização e utilização de tecnologia nos processos fisiológicos femininos. Nesse contexto, são instituídas estratégias no âmbito do Sistema Único de Saúde para a melhoria de indicadores materno-infantis e aprimoramento da qualidade do atendimento à gestante. Dessa forma, este trabalho analisa as percepções de usuárias e profissionais de saúde sobre as políticas públicas de atendimento à saúde materna implementadas no município de São Bernardo do Campo, à luz das pautas de humanização do atendimento e violência obstétrica. Os resultados indicam avanços importantes relacionados à incorporação da Rede Cegonha no município, mas indicam desafios persistentes que envolvem, entre outros, limitações estruturais e barreiras culturais que dificultam a plena implementação de medidas para a humanização do atendimento à saúde da mulher.

Palavras-chave: Políticas públicas, Saúde da mulher, Humanização, Violência obstétrica, Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 DISCUSSÕES E TRAJETÓRIAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA MULHER.....	9
1.1 Violência obstétrica.....	11
1.2 Políticas públicas federais de humanização e o combate à violência obstétrica.....	12
2 PANORAMA DA REDE DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.....	16
2.1 Diagnóstico e perspectivas da Secretaria Municipal de Saúde.....	16
2.2 Principais políticas municipais de humanização.....	18
3 O MÉTODO QUALITATIVO E AS ENTREVISTAS PARA ANÁLISE DO CASO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	43

INTRODUÇÃO

A institucionalização da assistência à saúde da mulher, com o acompanhamento da gestação e parto em hospital e emprego de tecnologia, teve início recentemente, se consolidando apenas no início do século XX. As técnicas desenvolvidas, inicialmente criadas para reduzir a mortalidade materna, passaram a ser aplicadas rotineiramente nas instituições, de modo a favorecer a atuação das equipes médicas (Duarte, 2024). No decorrer do século, o modelo de atenção à saúde da mulher sofreu diversas transformações, sendo moldado pela tendência de patologização do corpo feminino e a mercantilização da saúde no Brasil (Carvalho, 2023; Neto *et al.*, 2008).

A violência obstétrica pode ser caracterizada por ações desumanizadas e pelo uso indevido da medicalização realizado por qualquer profissional de saúde contra o corpo ou processo reprodutivo feminino, sendo agravado pela falta de informação e de legislação sobre o assunto (Magalhães, 2020).

Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde da mulher vem sendo pauta de diversas políticas públicas que têm, entre seus objetivos principais, a redução da mortalidade materna, o atendimento integral à saúde da mulher e a melhoria na qualidade do atendimento médico (Neto *et al.*, 2008). De modo a compreender as políticas criadas e seu impacto na experiência das mulheres no atendimento à saúde, com foco no município de São Bernardo do Campo, esse trabalho fará, em primeiro lugar, uma revisão sobre o surgimento e o aprofundamento das discussões sobre a saúde da mulher como pauta de políticas públicas e movimentos sociais. Também será abordado o aprofundamento das discussões ao se tratar da violência obstétrica nas instituições de saúde e as políticas públicas implementadas no decorrer do século XX e XXI para aprimorar o atendimento.

Em um segundo momento, será estudado o contexto específico do município de São Bernardo do Campo, sendo analisadas as especificidades da rede pública de saúde da cidade, no contexto do atendimento obstétrico, e as políticas públicas implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde municipal. Por fim, busca-se compreender como essas políticas influenciaram na experiência das mulheres e

quais as percepções dessas, tanto como profissionais da saúde em exercício, quanto como usuárias dos serviços de saúde.

1 DISCUSSÕES E TRAJETÓRIAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA MULHER

As discussões a respeito da saúde da mulher no Brasil surgem em um contexto histórico marcado por intensas transformações políticas, econômicas e sociais (Neto *et al.*, 2008). Esse processo se refletiu no campo da pesquisa em políticas sociais, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, quando se consolidou uma abordagem centrada na racionalização e no planejamento técnico das intervenções estatais. Nesse cenário, a tecnocracia social passou a dominar o discurso sobre as necessidades humanas, tratando-as como questões estritamente técnicas e desconsiderando análises mais amplas e contextualizadas da realidade social (Minayo, 2007).

Para Minayo (2007), essa perspectiva tecnicista contribuiu para a naturalização de soluções desumanizadas e despolitizadas, com impactos diretos sobre as práticas de atenção à saúde. Esse processo acarretou na intensa medicalização do corpo feminino, permeada por intervenções abusivas e desnecessárias (Carvalho, 2023).

Esse movimento teve ênfase no período do Regime Militar, quando o modelo brasileiro de atenção à saúde foi estruturado sob uma lógica médico-assistencial privatista, reforçando práticas centradas na intervenção e na mercantilização da saúde, com ênfase especial sobre a saúde reprodutiva das mulheres (Neto *et al.*, 2008). Nesse contexto, naturalizaram-se práticas desrespeitosas, que não consideram as mulheres como detentoras de direitos (Jardim, 2018).

Assim, o modelo tecnocrático de assistência à saúde consolidou-se, baseado na racionalidade técnico-científica e em relações de poder assimétricas entre profissionais e usuárias. A assistência ao parto, por exemplo, passou a ser marcada pela institucionalização, resultando na medicalização do processo reprodutivo e na submissão do corpo feminino às normas e protocolos institucionais. O que era antes compreendido como um evento familiar e fisiológico, passou a ser tratado como uma situação patológica que demandava controle, intervenção e cura, frequentemente desconsiderando a subjetividade da mulher (Carvalho, 2023).

Para Carvalho (2023), essas práticas, baseadas na autoridade unilateral dos profissionais de saúde, colocam a mulher em uma posição secundária e desprovida

de autonomia. Tal modelo compromete os vínculos subjetivos e fragiliza a confiança no cuidado prestado, além de criar um ambiente propício à ocorrência de diversas formas de violência. De forma semelhante, Magalhães afirma que:

Essa autoridade técnico-científica é a fonte do poder médico, baseada em dois pilares: o médico detém a legitimidade científica dos conhecimentos e o paciente tem a dependência em relação a esses conhecimentos, vez que a saúde tem um valor importante para todos e não obedecer a autoridade médica pode resultar em danos para a saúde do próprio paciente. (Magalhães, 2020, p. 313)

A partir da segunda metade do século XX, começaram a se fortalecer os questionamentos a respeito do modelo biomédico de atenção à saúde. As discussões sobre os limites desse modelo ganharam força nos anos 1970 e 1980, especialmente no contexto brasileiro, com a emergência de movimentos sociais que articulavam demandas por democracia, justiça social e melhores condições de vida (Fertonani, 2015). Segundo Fertonani (2015), essas críticas destacavam a incapacidade desse modelo de compreender a complexidade da experiência humana, desconsiderando os determinantes sociais da saúde e afastando-se das dimensões culturais e éticas envolvidas nas vivências das usuárias.

Nesse ambiente de efervescência política e social, o movimento feminista desempenhou um papel central na construção da agenda de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Ao denunciar as desigualdades de gênero e os impactos dessas desigualdades na saúde feminina, as mulheres organizadas exigiram o reconhecimento das especificidades de suas experiências e a reformulação das práticas assistenciais. Esse processo culminou, em meados dos anos 1970, na primeira iniciativa de humanização da atenção à saúde materno-infantil (Neto *et al.*, 2008).

Além disso, em 1980, ganha ênfase o debate sobre a importância do cuidado integral à saúde da mulher, onde as políticas de saúde propunham uma abordagem que fosse além da saúde reprodutiva, abrangendo a melhoria das condições gerais da vida das mulheres. Essa perspectiva buscava contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade, além de humanizar o atendimento à saúde feminina em todas as áreas e fases da vida (Santana *et al.*, 2019).

Apesar disso, observa-se que as práticas de cuidado à saúde das mulheres ainda estão distantes dos princípios da integralidade, mantendo-se atreladas ao modelo

biomédico, o qual, por vezes, não reconhece as diversidades e particularidades do corpo feminino, principalmente ao se tratar da saúde sexual e reprodutiva (Santana *et al.*, 2019).

1.1 Violência obstétrica

A violência obstétrica é definida como um fenômeno multifacetado, geralmente realizado por profissionais da saúde, que envolve diferentes formas de agressão às mulheres no contexto da atenção à saúde sexual e reprodutiva. Segundo Jardim (2018), o conceito abrange ações cometidas durante a gestação, o parto, o puerpério e o abortamento, assim como na assistência ao ciclo reprodutivo em geral. Esses atos podem se manifestar de maneira direta ou indireta (Jardim, 2018), muitas vezes legitimados por relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes (Carvalho, 2023).

A formulação jurídica do conceito de violência obstétrica surgiu inicialmente na Venezuela, com a promulgação da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, em 2007. Esta legislação caracterizou a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, evidenciada por práticas como o tratamento desumano, a medicalização abusiva e a realização de intervenções desnecessárias sobre processos fisiológicos (Venezuela, 2007). Esses atos, ao envolverem a desconsideração à autonomia e o direito de escolha das mulheres, resultam em impactos negativos significativos sobre sua saúde e qualidade de vida (Duarte, 2024).

Essa apropriação dos corpos femininos se concretiza quando o profissional ou instituição de saúde tratam os processos fisiológicos do ciclo reprodutivo como doenças que requerem intervenção médica, naturalizando procedimentos que muitas vezes ignoram as evidências científicas e as boas práticas obstétricas, conforme discutem Tesser *et al.* (2015). Para Jardim (2018), a Organização Mundial da Saúde reconhece essa forma de violência como parte de uma cultura institucional, marcada pela banalização e invisibilização, dificultando seu reconhecimento como uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública global.

Para uma compreensão mais completa deste fenômeno, é importante que a análise considere, além das práticas institucionais e médicas, os marcadores sociais que condicionam o acesso e a qualidade da atenção à saúde das mulheres. Segundo Jardim (2018), a violência obstétrica possui características opressoras e dominadoras e atinge principalmente as mulheres de baixo nível socioeconômico e minorias étnicas. Nesse sentido, o racismo e a discriminação configuram determinantes estruturais centrais para a produção de iniquidades vivenciadas por mulheres negras no sistema de saúde brasileiro (Werneck, 2016). A violência obstétrica, neste contexto, pode ser também a expressão de uma rede complexa de exclusões que atravessa, historicamente, os corpos negros e femininos.

Segundo Werneck (2016), a saúde da população negra, e em especial da mulher negra, é marcada por uma série de vulnerabilidades resultantes de um histórico de exclusão social e política. A autora argumenta que o racismo institucional se estrutura no funcionamento das instituições, inclusive as de saúde, promovendo a exclusão seletiva de grupos racialmente subordinados. Esse processo se manifesta, por exemplo, na menor qualidade dos serviços, na falta de confiança entre usuário e profissional, ou até entre o usuário e o próprio sistema de saúde.

Conforme destacado na publicação do Ministério da Saúde “Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras”, as mulheres negras, que constituem uma parcela significativa das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentam os piores indicadores de saúde (Brasil, 2005a), além de representarem 60% ou mais das mortes maternas (Brasil, 2023). Nesse sentido, Werneck (2016) destaca que essas desigualdades não se devem apenas a fatores biológicos ou econômicos, mas à naturalização do racismo nas práticas institucionais, o que legitima um modelo de cuidado excludente.

1.2 Políticas públicas federais de humanização e o combate à violência obstétrica

Nesse contexto, foram implementadas no Brasil, desde as últimas décadas do século XX, políticas à nível federal que, ao promover a mobilização de estados e

municípios, incentivaram, entre outros aspectos, o combate às práticas desrespeitosas nas instituições de saúde.

Considerado como grande conquista no movimento feminista (Neto et al., 2008), o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, publicado em 1984, propôs procedimentos e estratégias que guiaram a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Apesar de não tratar especificamente sobre Violência Obstétrica, conceito ainda não difundido na época, já trazia à atenção questões como a qualidade precária de assistência ao parto, a medicalização excessiva e as altas taxas de cesariana. Além disso, o texto trouxe como diretrizes a mudança da postura dos profissionais da saúde e melhoria da qualidade de assistência ao parto, além de incentivar o respeito aos processos fisiológicos naturais e à autonomia da mulher (Ministério da Saúde, 1984).

No ano 2000, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e puerpério oferecidos no Sistema Único de Saúde. O conceito de humanização, segundo Moreira et al. (2015), pode ser entendido como

um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. Em outro sentido, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários. (Moreira et al., 2015, p. 3232).

O PHPN, por sua vez, se baseou em dois aspectos centrais: o primeiro está relacionado à responsabilidade das unidades de saúde em acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade. Isso significa manter uma organização ética que favoreça um ambiente acolhedor e que rompa com o isolamento tradicionalmente imposto à mulher (Brasil, 2002).

O segundo aspecto é a implementação de práticas e procedimentos médicos benéficos e evitar intervenções desnecessárias que, embora convencionais, não trazem vantagens à mulher ou ao recém-nascido e, muitas vezes, aumentam os riscos para ambos (Brasil, 2002).

A inclusão do tema da violência na agenda da saúde pública no Brasil ocorreu em 2001, com a promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência pelo Ministério da Saúde (Minayo et al., 2018). Neste documento, é possível observar que, apesar de trazer a violência contra a mulher como um dos principais tópicos, a política não discutiu a violência institucionalizada nas práticas do próprio sistema público de saúde.

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sucessora do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A PNAISM também propôs princípios e diretrizes para um atendimento humanizado e de qualidade, dessa vez considerando as especificidades de raça, idade, orientação sexual, deficiência, entre outras (Brasil, 2004).

Seguindo a agenda dos anos anteriores, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída em 2005, reforçou em seus princípios e diretrizes o direito de toda gestante a um atendimento digno e de qualidade. O texto enfatiza que a assistência deve ser prestada de maneira humanizada e segura, conforme as condições e princípios estabelecidos nas normas vigentes. Além disso, assegura-se o direito da gestante à presença de um acompanhante durante todo o processo, reforçando o compromisso com o acolhimento e o respeito à mulher em todo o processo de cuidado (Brasil, 2005b).

Visando incorporar as ações pela saúde da mulher empregadas nas políticas criadas anteriormente, foi instituída em 2011 a rede de atenção materna, neonatal e infantil denominada como Rede Cegonha. A Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011, instituiu uma rede de cuidados voltada para a promoção de uma atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal. Entre seus principais objetivos, destaca-se a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher, que visava garantir boas práticas e segurança no atendimento ao parto e nascimento. A portaria também estimulou a adoção de práticas baseadas em evidências científicas. A implementação da política previa a realização de um diagnóstico e a elaboração de planos de ação regionais e municipais. Entre os investimentos previstos, havia a construção e manutenção de casas da gestante e a ampliação de leitos para mulheres e recém-nascidos (Brasil, 2011).

Após a metade dos anos 2010, o impeachment da presidente Dilma Rousseff gerou uma instabilidade política que comprometeu o monitoramento e a continuidade das políticas implementadas até então. O novo governo, caracterizado pelo direcionamento neoliberais de suas políticas, foi marcado pelo desmonte de políticas públicas, sendo as ações para as mulheres especialmente afetadas (Teles, 2023). Nesse sentido, é possível observar uma lacuna nas iniciativas do governo federal para aprimorar o atendimento à saúde da mulher no SUS.

Já em 2022, com as políticas para a saúde materna agora sob responsabilidade do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, a Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril 2022 alterou a Rede Cegonha, mudando o nome da rede para Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). A política manteve, entre seus princípios, o atendimento humanizado, a qualificação dos profissionais de saúde e a prática médica baseada em evidências científicas. Poucos meses depois, a Portaria GM/MS Nº 2.228, de 1º de julho de 2022 descreveu a implantação da RAMI, incluindo: “atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural e familiar, fundamentada na segurança do binômio mãe e filho e no protagonismo da mulher” (Brasil, 2022).

Em 2023 foi apresentado o documento “Nova Rede Cegonha”, prevendo novos investimentos nas redes de atendimento, além de incentivar a atuação de enfermeiras obstetras na assistência ao parto e o monitoramento da experiência das usuárias após o atendimento (Brasil, 2023). No ano de 2024 o programa foi lançado novamente com o nome de “Rede Alyne” (Brasil, 2024).

As políticas apresentadas expressam que houve, e ainda há, um esforço da União em aprimorar e humanizar o atendimento à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. Apesar disso, o estudo do tema evidencia que ainda não há legislação federal que trate especificamente da violência obstétrica, fazendo com que os estados criem legislações de proteção e informação próprias (Magalhães, 2020).

2 PANORAMA DA REDE DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Para compreender de forma mais ampla a implementação das políticas públicas de atenção à saúde da gestante e as estratégias de humanização no município de São Bernardo do Campo, é fundamental analisar brevemente o panorama da rede municipal de saúde, no que tange ao objeto de pesquisa deste trabalho. Essa análise será feita em duas partes. A primeira busca levantar a visão institucional da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo a respeito da atenção obstétrica no município, incluindo considerações sobre o público-alvo, a distribuição da rede e os desafios associados à saúde da mulher no contexto obstétrico. A segunda identifica as principais políticas de atenção obstétrica implementadas pelo município.

2.1 Diagnóstico e perspectivas da Secretaria Municipal de Saúde

Em 2021 foi realizada a XII Conferência Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os principais objetivos da conferência foram a construção do Plano Municipal de Saúde 2022–2025 e a elaboração de propostas para o Plano Plurianual do município (São Bernardo do Campo, 2021b).

O diagnóstico do Plano Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo 2022- 2025 (2021a) revela importantes desafios na rede de atenção obstétrica do município, no que diz respeito à crescente demanda pelos serviços públicos de saúde. Em março de 2021, o município contava com aproximadamente 432 mil beneficiários de planos de saúde, o que correspondia a 51% da população na época. No entanto, essa cobertura apresentou tendência de queda ao longo dos anos, considerando que em 2013 o índice era de 57%. Esse dado sugere uma possível migração da população para o Sistema Único de Saúde (SUS), intensificando a necessidade de fortalecimento da rede pública.

Quanto à dinâmica de partos no município, os dados de 2020 mostram que 51% dos nascidos vivos em São Bernardo do Campo eram filhos de mães residentes no próprio município, enquanto 49% eram de residentes de outras localidades, sugerindo que há uma migração de outros municípios para maternidades de São Bernardo do Campo. Em relação às gestantes de outros municípios, a rede privada

do município mostra-se mais atrativa, visto que 96% das mães não residentes que deram à luz em São Bernardo, o fizeram em hospitais privados. Por outro lado, 65% das mulheres residentes no município utilizam a rede municipal para o parto, ao invés de equipamentos privados, o que reafirma a relevância do SUS para a população local (São Bernardo do Campo, 2021a).

Apesar do predomínio histórico de partos na rede privada, o cenário recente indica uma inversão dessa tendência. Em 2020, a proporção de nascimentos na rede do SUS foi ligeiramente superior (50,1%) em relação à rede privada (49,4%), mostrando que há maior dependência do atendimento do SUS (São Bernardo do Campo, 2021a).

A insuficiência de leitos públicos para atendimento obstétrico também é apontada como um desafio para a prefeitura de São Bernardo do Campo (2021a). Ainda assim, observa-se a retenção das gestantes residentes, com aumento do percentual de nascidos vivos de mães bernardenses na rede SUS local, de 80,1% em 2014 para 93,4% em 2020 (São Bernardo do Campo, 2021a). Segundo o Plano Municipal de Saúde, essa evolução reflete o aumento da busca pelo atendimento dentro do município.

É relevante, ainda, observar que, em 2020, a principal causa de internação hospitalar de residentes do município foi relacionada à gravidez, parto e puerpério, o que reforça a centralidade da saúde materna nas políticas públicas locais (São Bernardo do Campo, 2021a).

Nesse sentido, a **Tabela 1** apresenta a evolução, entre 2020 e 2024, de alguns indicadores de saúde do município, relacionados às políticas de saúde materna.

Tabela 1 - Evolução de indicadores de atenção à saúde materna (2020-2024)

Indicador	2020	2021	2022	2023	2024
Cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal no município	81,5%	83,7%	83,3%	84,4%	86,2%
Percentual de partos de munícipes usuárias do SUS em	93,4%	92,8%	93,6%	97,3%	96,8%

equipamentos municipais					
Proporção de parto normal entre residentes na rede pública	63%	64%	61,5%	59%	57%

Fonte: São Bernardo do Campo, 2024a

A análise da evolução dos dados entre os anos de 2020 e 2024 revela avanços e desafios na atenção à saúde da mulher na rede municipal de saúde. A cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal apresentou crescimento contínuo ao longo do período analisado, alcançando 86,2% em 2024. Esses dados indicam uma melhoria no acesso e na adesão das gestantes ao acompanhamento pré-natal, elemento fundamental para a detecção precoce de riscos e promoção de um parto seguro.

O percentual de partos de moradoras realizados em hospitais municipais, em vez de unidades públicas de outros municípios, também apresenta resultados positivos. Apesar de já haver um alto índice de famílias que buscavam atendimento dentro do município, houve um salto significativo em 2023, quando o índice chegou a 97,3% de partos de muncípes em equipamentos municipais do SUS.

Por outro lado, a proporção de partos normais entre residentes na rede pública apresenta tendência inversa. Em 2020, esse indicador era de 63%, subindo para 64% em 2021, mas passando a recuar nos anos seguintes. Apesar de a maior proporção de partos normais no sistema público de saúde ser uma das diretrizes do SUS (Brasil, 2023), a Secretaria da Saúde de São Bernardo do Campo relaciona a diminuição de partos normais à existência da Lei 17.137/2019, que permite à gestante optar pela via de parto (São Bernardo do Campo, 2025).

2.2 Principais políticas municipais de humanização

A análise do Plano Municipal de Saúde e dos relatórios do Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo também permitem compreender mais sobre a implementação das políticas públicas de atenção à saúde da gestante no município.

A política Rede Cegonha¹ foi implantada em 2011 no município, sendo relacionada, segundo a própria Prefeitura, a progressos significativos na saúde do município. Nesse sentido, os relatórios do município associam esses avanços tanto aos investimentos em infraestrutura quanto à melhoria na qualidade do atendimento (São Bernardo do Campo, 2025).

A Rede Cegonha, implantada no município em cooperação com o governo federal, contempla não apenas a maternidade municipal, mas toda a rede de serviços de saúde. Inclui, também, ações voltadas à capacitação dos profissionais que atuam no cuidado às gestantes, tanto na atenção básica quanto nos atendimentos de urgência obstétrica (São Bernardo do Campo, [s.d.]). Em 2021, uma das propostas aprovadas na Conferência Municipal para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 reafirma o compromisso com essa política ao recomendar a manutenção, ampliação e divulgação do Programa Rede Cegonha no município (São Bernardo do Campo, 2021b).

Reiterando as propostas da Conferência, o Plano Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo define, entre suas metas para o ano de 2025, a continuidade das atividades de uma Casa da Gestante, e a implantação de uma Casa de Parto e de um ambulatório de alta resolutividade, ambos integrados ao Hospital da Mulher (São Bernardo do Campo, 2021a). Essas iniciativas também estão alinhadas com os princípios da Rede Cegonha, o qual prioriza um modelo de cuidado que assegure os direitos das mulheres, incentive práticas seguras e respeitadas e amplie o acesso a serviços especializados.

Nesse contexto, destaca-se como principal ação do município no âmbito da Rede Cegonha a inauguração do Hospital da Mulher de São Bernardo do Campo, em julho de 2023, que, segundo a Prefeitura, adicionou mais de 100 novos leitos à rede municipal de saúde, voltados exclusivamente para a atenção à saúde da mulher. A unidade concentra, em um único espaço, os atendimentos anteriormente realizados pelo Hospital Municipal Universitário (HMU) e pelo Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Segundo a Prefeitura, o Hospital da Mulher oferece

¹ A política pública é atualmente denominada como Rede Alyne. Entretanto, considerando a popularização da política como Rede Cegonha, será utilizada esta denominação nesta seção, de modo a facilitar a compreensão pelo leitor.

serviços de pronto atendimento, centro cirúrgico, atendimento à gestante, e estrutura para tratamentos e exames diversos (São Bernardo do Campo, [s.d.]).

Complementando essa estrutura, a Casa da Gestante, vinculada ao Hospital da Mulher, oferece cuidados especializados a gestantes classificadas como de alto risco e a recém-nascidos prematuros com baixo peso. Já o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher atua no acompanhamento de diferentes condições de saúde da mulher, oferecendo atendimento em diversas especialidades médicas voltadas especificamente ao público feminino (São Bernardo do Campo, [s.d.]).

No que diz respeito à qualificação dos profissionais da rede, o Plano Municipal de Saúde 2022–2025 estabelece, por meio da meta 4.1.15, a promoção de capacitações voltadas às áreas específicas de atuação, abordando temas como: a atuação de doulas, parto natural, violência contra a mulher, diversidade sexual e igualdade racial. A meta estipulada é capacitar a rede em pelo menos seis temas (São Bernardo do Campo, 2021a).

Ainda no âmbito da formação de profissionais, a proposta 2.92, aprovada na conferência municipal de saúde, prevê a retomada e o incentivo ao debate para a implementação de um curso de formação de doulas. A iniciativa busca garantir a atuação dessas profissionais no acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Rede Cegonha (São Bernardo do Campo, 2021b).

Outra proposta importante, também aprovada durante a conferência municipal de saúde, prevê a criação de uma casa de parto em São Bernardo do Campo. A iniciativa considera o fato de o município ser o maior do consórcio ABCDMRR e a ausência desse tipo de serviço na região, o que compromete o atendimento à demanda das cidades vizinhas. A medida visa reduzir o tempo de deslocamento das gestantes e os riscos associados, assegurando o direito de escolha sobre o local de parto, conforme os serviços ofertados pelo estado e pelo município (São Bernardo do Campo, 2021b). A construção da casa de parto também está alinhada às diretrizes da Rede Cegonha (Brasil, 2023) e integra as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Em resumo, é possível observar que a Rede Cegonha é considerada pela Prefeitura como uma política central para a estruturação das políticas públicas voltadas à saúde materna em São Bernardo do Campo. Suas diretrizes orientam a formulação e execução de ações que, em sua ideação, buscam garantir o cuidado integral e humanizado, e cuja implementação bem sucedida poderia fortalecer o SUS no município.

3 O MÉTODO QUALITATIVO E AS ENTREVISTAS PARA ANÁLISE DO CASO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

A pesquisa, nas ciências sociais, é historicamente marcada pela oscilação entre a escolha dos modelos quantitativos, inspirando-se nas ciências naturais, e os qualitativos, cujo objeto de estudo são os processos e estruturas sociais de casos específicos (Alonso, 2016). Segundo Minayo (2007) as ciências sociais têm como tarefa compreender a realidade humana em sua vivência social, se diferenciando da abordagem adotada pelas ciências naturais. Nesse contexto, um dos principais desafios enfrentados nas ciências sociais é o fato de que o seu objeto de estudo são sujeitos ativos, capazes de refletir, interpretar e modificar suas condutas diante do observador; e produzem suas próprias interpretações do mundo social (Alonso, 2016).

A pesquisa qualitativa se apresenta como importante modelo de investigação, tendo entre suas principais características básicas a existência do pesquisador como instrumento fundamental do estudo. Isso se deve à possibilidade da sua presença direta no ambiente natural do seu objeto de pesquisa para coletar e interpretar as informações. Outra característica importante é que o foco está no significado que os próprios sujeitos atribuem ao problema investigado, e não no significado atribuído pelo pesquisador (Creswell, 2021). Nesse sentido, o conceito de significado assume um papel central na análise sociológica (Minayo, 2007). Por fim, realizar uma pesquisa qualitativa envolve a possibilidade de o plano inicial de pesquisa ser ajustado ao longo da coleta de dados, à medida que o pesquisador aprofunda sua compreensão sobre o objeto de estudo, atribuindo-lhe novos sentidos (Creswell, 2021).

Entre o conjunto de técnicas empregadas nas pesquisas qualitativas, uma das mais utilizadas é a entrevista, por possibilitar a reconstrução das experiências dos sujeitos e permitir visualizar os fenômenos sociais (Alonso, 2016). Por se tratar de uma forma de interação flexível, a entrevista permite ao pesquisador perceber reações não verbais e nuances que não seriam percebidas apenas pela observação do fenômeno estudado (Lima, 2016). Apesar dessa percepção subjetiva ser uma vantagem, é, também, um dos grandes desafios da pesquisa, por exigir do pesquisador “avaliar as narrativas, posturas, silêncios, etc, a partir das

características do ator que fala e do contexto no qual o mesmo está inserido, bem como das circunstâncias da realização da entrevista.” (Vinuto, 2014, p. 215).

Por outro lado, a utilização das entrevistas esbarra em uma das características das ciências sociais: o fato de que a realização do estudo afeta o próprio objeto investigado (Alonso, 2016). Assim, o entrevistado pode se inclinar a dar as respostas que acredita serem desejadas pelo pesquisador, ou enfrentar dificuldades ao interpretar as perguntas. Além disso, a relação pesquisador-objeto pode fazer com que o pesquisador influencie ou induza as respostas obtidas (Lima, 2016). Entretanto, para Creswell (2021), a reflexividade é uma das características básicas da pesquisa qualitativa, uma vez que reconhece o potencial dos pesquisadores de, com base em suas experiências e valores, moldarem sua interpretação do estudo e o significado que atribuem aos dados obtidos.

Para o desenvolvimento de uma pesquisa, considerando as vantagens e limites dessa técnica, as entrevistas podem ser estruturadas, semi-estruturadas ou abertas, onde as modalidades se diferenciam pelo nível de estruturação ou flexibilidade do roteiro de entrevista (Lima, 2016). A entrevista estruturada possui um roteiro fixo, a ser aplicado, por exemplo, em um questionário; Já a entrevista semi-estruturada parte de questões pré-determinadas, mas permite ao pesquisador explorar outros temas que possam surgir ao longo da conversa. Por fim, na entrevista aberta ou não estruturada, o pesquisador pode se basear em questões norteadoras, mas tem liberdade para conduzir a conversa de acordo com as respostas do entrevistado (Lima, 2016).

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, cuja escolha se justifica pela oportunidade de compreensão das percepções e experiências dos sujeitos envolvidos com as políticas públicas de humanização e combate à violência obstétrica em São Bernardo do Campo. Como método de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas², uma vez que o modelo permite uma maior flexibilidade na condução da conversa, sem negligenciar as questões mais relevantes para os objetivos do estudo.

Foram entrevistadas mulheres que atuaram como profissionais da saúde, especialmente doulas, nos equipamentos municipais de São Bernardo do Campo,

² Roteiro de entrevista disponível em anexo.

com o intuito de captar suas percepções a respeito da implementação das políticas de atenção à saúde materna e humanização no município. O foco da pesquisa foi o Hospital da Mulher, cuja infraestrutura, atualmente, concentra as políticas de saúde para este público. Além disso, buscou-se entrevistar mulheres que, em algum momento, foram pacientes na rede pública de saúde de São Bernardo do Campo, com o objetivo de compreender suas vivências enquanto público-alvo dessas políticas. Ao todo, a pesquisa contou com três participantes.

A seleção das entrevistadas ocorreu por meio de indicações sucessivas, seguindo a técnica de amostragem em bola de neve. A aplicação da amostragem do tipo bola de neve, descrita por Vinuto (2014) ocorre por meio de um processo em cadeia, iniciado com a identificação de indivíduos estratégicos, denominados "sementes". Essas pessoas, por estarem inseridas em contextos próximos ao objeto da pesquisa, auxiliaram na localização de potenciais participantes que atendiam aos critérios estabelecidos. Em seguida, cada entrevistada foi convidada a indicar novas pessoas com perfil semelhante, a partir de suas próprias redes de contato, permitindo assim a ampliação do grupo de entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e maio de 2025, de forma remota, por meio de chamadas de vídeo, utilizando as plataformas Google Meet e WhatsApp, de acordo com a disponibilidade e preferência das participantes. As entrevistas foram transcritas com o auxílio da ferramenta de transcrição disponibilizada pelo Microsoft Word ou por meio de transcrição parcial, feita pela pesquisadora por meio da digitação das respostas durante a entrevista.

A partir do registro das entrevistas, foi feita análise de conteúdo para entender semelhanças e pontos de atenção nos relatos, a fim de obter melhor compreensão sobre o objeto de estudo. Além disso, foi utilizado o aplicativo Venngage para produzir uma nuvem de palavras a partir da frequência de menção de palavras pelas entrevistadas, dando mais clareza aos temas que as participantes consideravam relevantes.

Para garantir o anonimato e a confidencialidade das participantes da pesquisa, foram utilizados nomes fictícios para apresentação dos dados. As participantes que contribuíram como profissionais da saúde foram identificadas pelos nomes "Lorena"

e “Estela”, enquanto a entrevistada que compartilhou sua experiência como usuária dos serviços foi representada pelo nome “Celina”.

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e as condições de sua participação, tendo assinado, previamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)³.

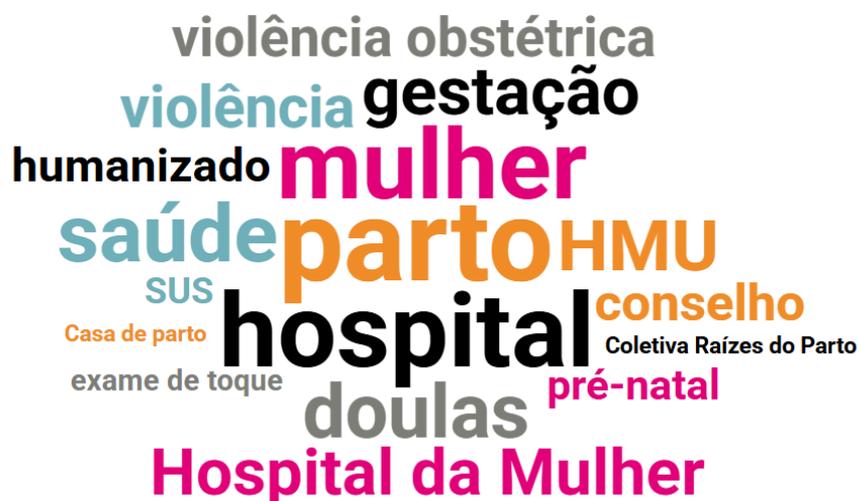
³ TCLE disponível em anexo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção apresenta os resultados obtidos a partir da análise de três entrevistas semiestruturadas. Dentre as participantes, duas atuam como profissionais de saúde em São Bernardo do Campo, enquanto uma contribuiu com seu relato como usuária do serviço, representando o público-alvo das políticas públicas analisadas. As entrevistas tiveram duração média de aproximadamente uma hora e possibilitaram a coleta de percepções e vivências sobre a implementação das políticas de humanização no atendimento às gestantes no Sistema Único de Saúde. A apresentação dos resultados será organizada conforme as principais políticas municipais estudadas, destacando as percepções relacionadas a cada uma delas. Ao final, será realizada uma breve análise geral das falas, com o intuito de compreender como essas políticas impactam as experiências e a percepção do atendimento prestado às gestantes no contexto do SUS em São Bernardo do Campo.

Como forma de iniciar a análise, foi elaborada uma nuvem de palavras utilizando o programa Vennage, a partir dos substantivos mais recorrentes nas falas das entrevistadas. Essa ferramenta visual teve como objetivo evidenciar, de forma ilustrativa, os termos mais frequentemente mencionados e que marcam os relatos que serão, posteriormente, abordados com maior profundidade.

Imagem 1: Principais palavras mencionadas pelas pessoas entrevistadas



Fonte: Elaboração própria, 2025.

A nuvem de palavras evidencia a relevância de termos como “hospital”, “parto” e “mulher”, mostrando que as entrevistadas consideram as instituições de saúde e a experiência do parto como o centro das discussões. Palavras como “violência obstétrica”, “doulas” e “humanizado” também aparecem com destaque, podendo indicar as preocupações com o modelo de atendimento. Expressões como “Conselho” e “Coletiva Raízes do Parto” sugerem a articulação entre sociedade civil e gestão pública na construção das políticas.

A seguir, são analisados os elementos de percepção das mulheres entrevistadas acerca da atenção obstétrica e da violência obstétrica. Nesse contexto, ao tratar da localização do Hospital da Mulher em comparação com o Hospital Municipal Universitário (HMU)⁴, Lorena fala sobre a dificuldade que algumas mulheres de São Bernardo do Campo enfrentavam para chegar ao HMU, considerando que era a única maternidade pública do município. As gestantes da região conhecida como “pós-balsa”, denominação comum entre os moradores para se referir à área situada no extremo sul do município, cujo acesso depende da travessia de balsa pela represa Billings, podiam levar até duas horas e meia para chegar à maternidade. O hospital ficava localizado no Rudge Ramos, extremo norte do município, na divisa com São Caetano do Sul. O novo equipamento, o Hospital da Mulher, possui localização bem próxima ao centro da cidade. Nesse sentido, Lorena afirma que:

Agora no novo hospital melhorou um pouco, mas ainda é uma hora e meia ou duas horas de viagem. Isso pra mim é uma violência institucional, além de todas as outras questões de saúde que não afetam só as gestantes. Por causa dessa demora, os médicos acabam influenciando a marcar indução ou cesárea, porque sabem que a mulher mora longe e não querem correr o risco dela não conseguir chegar a tempo. Em alguns lugares mais afastados, até ambulância demora horas pra chegar (Lorena).

No que se refere à estrutura física das maternidades, as entrevistadas Lorena e Celina evidenciaram que o antigo prédio, o HMU, era pequeno e possuía estrutura limitada, assim como menor capacidade de atendimento em relação ao novo prédio.

Em 2020, foi no HMU, que é o antigo Hospital da Mulher aqui, e ele era um anexo muito pequeno assim. De espaço mesmo, falando, a gente no ambiente era muito pequeno, era meio apertado assim, não que hoje não

⁴ O Hospital da Mulher é a atual maternidade municipal e principal referência em atenção à saúde da gestante em São Bernardo do Campo. O Hospital Municipal Universitário (HMU) desempenhava o papel de maternidade municipal até 2023, ano de inauguração do novo equipamento.

seja pequeno em algumas situações, porque a demanda é muito grande (Celina).

Observa-se que essa limitação da estrutura física do HMU se refletia também no atendimento e marcava a experiência das mulheres. Conforme o relato de Lorena, era frequente a lotação da maternidade no HMU, fazendo com que as mulheres fossem transferidas para o Hospital da Mulher do município de Santo André, a 11 quilômetros do equipamento de São Bernardo do Campo (Google Maps, 2025). Lorena também pontua que o espaço restrito era usado como justificativa para limitar a entrada de acompanhantes, deixando as mulheres sozinhas no momento do parto. O relato de Celina expõe esse fenômeno:

Era pandemia, assim, então eu fiquei por 18 horas sozinha. [...] mas isso era uma coisa do HMU, que era meio que em uma justificativa, porque na verdade não acontecia esse acompanhamento da parturiente, tipo, esse direito era negado mesmo antes da pandemia. E muita gente de relato assim, que mesmo antes da pandemia não não teve acompanhante (Celina).

Em contraponto, Estela, que atuou como doula voluntária no HMU, comenta que, apesar da intensa restrição à entrada de acompanhantes no antigo hospital, o baixo volume de atendimentos impactava positivamente na qualidade do serviço prestado: “No HMU eles conseguiam dar um atendimento melhor para menos pessoas. Mas aqui a proporção aumentou muito. Falta mais gente e, principalmente, mais treinamento”.

O contexto da inauguração do Hospital da Mulher incluiu a presença da sociedade civil, principalmente por meio de coletivos, nas reuniões de conselho do hospital, cuja realização é prevista pela Lei nº 6730/2018 e tem como objetivo a participação da população e dos profissionais de saúde para melhoria dos serviços prestados pela unidade (São Bernardo do Campo, 2018). Durante as reuniões, foram feitas cobranças por mudanças nos protocolos, considerando a expectativa de que o novo hospital, com espaço ampliado e melhor estrutura, oferecesse melhores condições de atendimento.

Aí a gente começou a questionar ela [a diretoria do Hospital). Então, embora esse hospital novo, que tem um espaço maior, as coisas vão mudar, né? [...]. E foi rolando bem, porque às vezes são detalhes pequenininhos que a sociedade precisa tá presente nesses ambientes pra falar que fazem muita diferença. Então a gente começou a falar muito disso, “o acompanhante é um direito”, “acompanhante é um direito”, o que que vai ser feito? (Celina)

Convém destacar que a ampliação do prédio, segundo os relatos, resultou na melhoria da infraestrutura. Ao abordarem o novo edifício, Estela e Celina compartilham percepções mais detalhadas sobre a estrutura do hospital. Estela observa que:

as mulheres tão bem amparadas. Em termos de maquinário, estão bem servidas mesmo. No começo tinha uns problemas, mas agora tá bom. Tem 3 salas: pré-parto, parto e pós-parto. [...] A sala maior e mais confortável só é usada no parto ativo, tem várias comodidades, luz baixa, mas a mulher fica lá na menor parte do tempo, só em parto ativo, mesmo. (Estela)

Apesar do espaço maior e novas comodidades, é enfatizado que a quantidade de leitos é insuficiente para atender a demanda crescente no novo prédio. Na percepção de Estela, o volume de atendimentos cresceu muito no novo hospital, com a vinda de mulheres de vários lugares. Em sua fala, a entrevistada utiliza, como exemplo, uma das salas onde as mulheres em trabalho de parto permanecem na maior parte do tempo, que conta com alguns leitos e apenas um banheiro com chuveiro. Estela afirma que “a sala de pré-parto tem um banheiro com chuveiro pra 7, 8 leitos. Se a sala já tiver 2, 3 mulheres e as mulheres quiserem ir tomar um banho de chuveiro ao mesmo tempo, já não dá”.

Por sua vez, Celina afirma não ter enfrentado limitações sobre a utilização da estrutura do Hospital da Mulher, por ter sido paciente em um momento de baixa demanda, pouco depois da inauguração do equipamento. Ainda assim, ela também observa que “se for em um momento que, tipo, meu Deus, a galera resolveu parir tudo junto, o que que faz? Porque só tem um banheiro. [...] tem que ter uma administração, né?”

Ainda como parte da infraestrutura ligada à maternidade municipal, o HMU possuía, anteriormente, a Casa da Gestante, um espaço destinado às mulheres cuja gestação exigia cuidados médicos mais constantes. Segundo o relato de Estela, esse equipamento não foi incorporado da mesma forma no Hospital da Mulher:

Agora no prédio novo virou um andar no Hospital da Mulher, junto com outras enfermidades, mães com bebês prematuros, até mulheres em tratamento de outras doenças. Antes não era ambiente hospitalar. Quando precisa de uma internação, fica internada no hospital mesmo, antes ficava na Casa da Gestante. (Estela)

De acordo com Celina, a situação da Casa da Gestante no novo equipamento ainda é incerta: os responsáveis pelo Hospital da Mulher não esclareceram se haverá um

espaço próprio destinado à Casa, se ela será transferida para outra unidade de saúde ou se continuará funcionando em um dos andares do novo hospital. Para Estela, a mudança para o Hospital da Mulher pode representar uma perda, uma vez que reconhece o antigo espaço como um local de acolhimento significativo, construído por meio do trabalho dedicado das profissionais que atuavam na Casa da Gestante.

No que se refere à qualidade do atendimento, especialmente à luz da proposta de um cuidado humanizado e respeitoso promovido pelo Hospital da Mulher, Celina elabora uma comparação entre as experiências vividas na maternidade do HMU e no novo hospital. Ao tratar do HMU, ela destaca a experiência negativa relacionada à atuação da equipe de enfermagem, que mesmo próxima às mulheres em trabalho de parto, mantinha conversas em tom de voz alto sobre assuntos pessoais, alheios ao que ocorria naquele ambiente. A entrevistada compartilha outro ponto relevante sobre o atendimento dos profissionais no HMU, em relação à atenção dada pelos médicos no momento de análise da evolução das pacientes:

Em plantão [...], você vai percebendo, enquanto você está sendo atendida, que a galera está se inteirando do que está acontecendo com você, né? Então vai se atualizando ali, porque ainda estava no dia do plantão de anteriormente. E aí também é perceptível que algumas informações vão sendo perdidas nesse caminho. Eles vão repassando essa informação assim, no boca a boca. Em alguns momentos a atenção era maior de ser direcionada a mim a pergunta, que eu acho também que é a parturiente que, no caso, é a pessoa protagonista da situação. Ela é terceirizada, ela é invisibilizada, assim, como se ela nem estivesse ali. E aí essa pergunta é terceirizada para as pessoas que estão ali em torno desse cuidado. [...] Porque quem está sentindo é quem está parindo. (Celina)

Na percepção de Celina, ainda em relação ao HMU: “Me senti muito insegura, muito desconfortável por estar sozinha, né? É? Acho que é uma coisa muito, muito difícil assim, tipo, você não, não tem um apoio, né? Assim alguém pra tá ali pondo a mão no seu ombro, andando junto com você. Foi bem difícil.”

No que se refere ao novo hospital, apesar das limitações e possibilidades de melhorias comentadas, a entrevista Celina afirma que “foi tudo muito bem, assim. Eu tenho algumas observações, mas falando, contando a experiência, eu agradeço muito porque foram experiências muito boas, assim.”

Ao abordar especificamente sobre violência obstétrica, torna-se evidente, a partir das entrevistas, que há ocorrências, embora de forma menos explícita. De acordo

com Celina, as violências são sutis, às vezes imperceptíveis e apresentadas como falas disfarçadas de brincadeiras por parte dos profissionais de saúde. Além disso, existem protocolos que não levam em consideração as particularidades de cada mulher atendida, como a sua religião e cultura, ao impedir, por exemplo, que as mulheres utilizem guias (referindo-se aos fios de contas utilizados por praticantes de religiões de matriz africana) na sala de pré-parto.

A violência obstétrica no Hospital da Mulher, portanto, não é percebida de maneira exclusivamente ostensiva, mas manifesta-se também por meio de condutas, protocolos e decisões médicas que tornam a experiência negativa para as mulheres em atendimento:

A violência está na forma de acolher, desde a recepção até a saída. Sempre acontece. Só quando tiver um sistema de treinamento que vai conseguir com que as questões de violência no atendimento não aconteçam. [...] A violência obstétrica acontece o tempo todo em todo lugar. [...] Às vezes acontece de forma sutil. Às vezes para mim não é violência obstétrica, mas para a mulher foi. Às vezes a mulher chega sem saber o que quer, a equipe fala dos benefícios e convence ela do parto normal, ela passa pelo parto natural e no meio do processo acontece algo errado, algumas coisas se fazem ali para acelerar o processo. Acontece algo que desfecho não é bom, cesárea de emergência, coisas que não deveriam acontecer, e nesse decorrer de acontecimentos a mulher no final fala que sofreu mil violências. Não foram coisas feitas deliberadamente, mas coisas do protocolo daquela instituição, do hospital (Estela).

Fica evidente que dentro do contexto hospitalar geral, assim como no Hospital da Mulher, determinados protocolos podem ser percebidos como formas de violência obstétrica, especialmente quando a gestão do tempo se torna um fator determinante para o atendimento prestado. Segundo o relato de Estela, a pressão para acelerar o processo de parto, visando liberar leitos para outras gestantes que aguardam atendimento, pode comprometer a qualidade do cuidado, gerando situações em que o parto ocorre de forma apressada ou inadequada. Por exemplo, quando há uma mulher em trabalho de parto em uma sala enquanto outras duas aguardam vaga na recepção. À luz disso, Celina afirma que a violência obstétrica “é um casamento de coisas [...] E às vezes é uma oposição de coisas também. Porque às vezes o médico chega e vai falar, e você pode, você tem, sim, total direito de questionar. Tipo, impor a sua vontade, né?”.

Dessa forma, nota-se que a violência pode ser entendida como um fenômeno cuja causa é multidimensional, e que está relacionada não apenas às ações dos

profissionais de saúde e ao treinamento oferecido à estes, mas também ao poder de decisão que a mulher acredita ter na relação médico - paciente. Nesse sentido, ao se tratar dessa relação no Hospital da Mulher, Estela pontua que:

Existe um cuidado em ouvir. Mas depende do profissional. Vejo isso como falta de treinamento, mesmo. [...] Existem protocolos. Aceitam plano de parto, mas na prática, depende. Ai a mulher não chega no hospital informada, passa 9 meses pela UBS no pré-natal mas que não são informadas, nas UBS não acontece um trabalho educação perinatal. Acho que o hospital pega muita bucha que não é dele. A culpa não é só do hospital. (Estela)

De forma semelhante, Celina argumenta que:

as pessoas precisam ser mais preparadas para isso, né? Quando a gente fala da doulagem, do preparo do parto, a gente fala muito disso, a gente está preparado para falar que não, o que quer ou o que não quer, para se sentir livre na hora de se posicionar para o parto. (Celina)

Ao abordar a postura adotada pelos médicos e suas capacitações para lidar de forma respeitosa com os processos fisiológicos naturais, Lorena destaca que os médicos residentes do Hospital da Mulher demonstram uma mentalidade mais aberta, compreendendo o conceito de humanização do atendimento. Entretanto, considera que ainda há a falta de uma equipe multidisciplinar. Nesse contexto, Estela aponta a importância da formação ainda na universidade:

Mas eu sinto que todo o sistema de cuidado com a mulher tem que vir da educação, lá da universidade. As técnicas e os olhares são muito tradicionalistas. Querem oferecer um atendimento humanizado, e todas essas coisas, mas na hora de entender do corpo da mulher, da fisiologia do trabalho de parto, não entendem fisiologia, as sutilezas. (Estela)

De forma semelhante, Celina destaca a necessidade de capacitação dos profissionais para que o atendimento oferecido pelo Hospital da Mulher seja, de fato, humanizado:

E uma coisa que a gente veio falando muito é sobre a formação continuada. Os médicos residentes, eles precisam de uma formação continuada. Eles precisam de letramento racial para entender os recortes, né? Porque a galera atende a galera que tá na periferia, sabe? E a galera que tá na periferia tá sendo violentada por quem era pra assegurar um direito, pra assegurar um atendimento. Que a gente vem falando muito disso com o conselho, com o conselho de saúde. O hospital precisa de uma formação continuada, sabe? Precisa atualizar os métodos de parto. [...] Então essas coisas precisam ser atualizadas, né, para que seja um atendimento humanizado real. (Celina)

Em vista disso, a presença da doula é percebida como um fator de mudança positiva na assistência. A doula é uma profissional que oferece suporte físico, emocional e informativo à gestante antes, durante e após o parto, sem realizar intervenções clínicas. As entrevistas revelam avanços importantes, mas também mostram que ainda há resistências na integração dessas profissionais nos equipamentos de saúde. Um marco recente abordado por Lorena, Estela e Celina foi a autorização da entrada de doulas no novo Hospital da Mulher. No entanto, Lorena argumenta que a atuação dessas profissionais precisa ir além do suporte limitado ao pré-natal: “as doulas precisam ir além do seu escopo normal, não podem se limitar só à prevenção no pré-natal, têm que atuar de forma mais ampla”.

Por sua vez, Estela compartilha experiências que ilustram que houve uma mudança positiva desde o início da sua própria atuação como doula em São Bernardo do Campo. Ela menciona que, no HMU, sua atuação era condicionada à ausência de um acompanhante. A justificativa, para esse caso, era a ausência de espaço dentro das salas de atendimento, que poderia tornar os ambientes tumultuados se houvesse mais de um acompanhante por mulher.

Também ao abordar este assunto, Celina e Estela relatam a iniciativa de formação e cadastro de doulas voluntárias organizada em 2024 pela Comissão Intergestores Regional. Estela aponta que, apesar do número de vagas por município ter sido muito restrito, essa iniciativa permitiu que as doulas pudessem atuar com mais liberdade de acesso, podendo inclusive acompanhar as gestantes durante todo o processo de parto, juntamente com seus acompanhantes.

Ainda em relação à atuação das doulas, Celina destaca suas percepções sobre as mudanças no cenário municipal. Segundo ela,

Agora está rolando esse movimento. [...] Saiu essa legislação da doula poder entrar nos hospitais, saiu um movimento de um curso de doulas voluntárias no hospital da mulher, por exemplo, que é um curso onde tem umas aulas gravadas [...]. Mas agora já tem um lance de uma burocracia que eles conseguiram ornar ali o cadastramento de doulas, mesmo se for uma doula particular da parturiente, ela pode entrar [...] com todas as regras, com tudo que tem do hospital, mas consegue já entrar e acompanhar a parturiente. (Celina)

Fica evidente que esses avanços também estão relacionados a uma articulação regional, já que, segundo o relato, os sete municípios passaram a se reunir para

discutir a doulagem nas redes públicas, superando o desencontro de protocolos que havia anteriormente.

Contudo, o processo de reconhecimento institucional da doulagem enfrentou resistências. Celina relata um episódio marcante de desvalorização ocorrido na conferência de saúde em 2021: “teve gente que riu da nossa cara, a gente da doulagem, teve gente de lá de dentro, gente que administra o município, ‘ha ha ha, que que é doula?’”.

Sendo outra política de atenção à saúde materna no município, a criação de uma Casa de Parto em São Bernardo do Campo foi aprovada na Conferência Municipal de Saúde de 2021 (São Bernardo do Campo, 2021b) e consta na Programação Anual de Saúde do município para 2025 (São Bernardo do Campo, 2024b). No entanto, até o momento, ainda não ocorreu a sua implementação. Ao tratar da Casa de Parto, Lorena aponta que, apesar do respaldo em conferência, a proposta ainda não avançou na prática: “Teve conferência de saúde, a coletiva participou e até foi aprovada a criação da casa de parto, mas até hoje não saiu do papel, nenhum projeto foi pra frente”.

Conforme o relato de Estela, o projeto chegou a ser contemplado no orçamento municipal, e tem potencial para aliviar a demanda hospitalar, mas encontra resistência entre os médicos: “em São Bernardo foi aprovada no orçamento a casa de parto. Isso iria desafogar o hospital, mas os médicos são contra, se você perguntar eles são contra”. Assim, a resistência por parte da classe médica é percebida como um entrave para que essa política avance.

Celina, por sua vez, reforça que a implementação da casa de parto municipal foi incluída no Plano Plurianual da cidade, mas que permanece estagnada. Destaca, ainda, que o tema costuma ser subestimado pelo conselho do Hospital da Mulher, que considera as pautas da doulagem e da casa de parto como secundárias ou excessivas: “Elas falam que a gente fala muito, e que a gente vai lá pra falar sobre esses das questões das doulas e da casa de parto, como se isso não fosse importante”. Apesar das resistências, segundo Celina, há esforços para pensar em estratégias de mobilização para que o projeto saia do papel:

A gente tá batendo na porta errada, indo falar da casa de parto no hospital. Porque o hospital eles estão, sabe, cumprindo planos, protocolos, números,

atendimentos e não sei o que. E não está dando bom, não. A gente não está conseguindo dar segmento, então a gente vai a partir agora ter que ir falar com o prefeito. (Celina)

No que se refere à participação popular e cobrança para efetivação das políticas públicas, Estela argumenta sobre a importância da própria comunidade em fazer ouvir as suas experiências e percepções para melhoria do serviço de saúde:

Ninguém da diretoria sabe o que acontece na ponta. O pessoal tem boa intenção, tem protocolos e etc, mas quem tá lá embaixo recebe e não dá feedback, não tem um retorno de como tá na prática. Existe um sistema de ouvidoria pro usuário. Mas os usuários não fazem ouvidoria, não tem uma resposta da comunidade pra diretoria atuar. O usuário não tem noção de que ele pode questionar e pedir as coisas, relatar as coisas vividas. Só esse volume de informação ajuda a diretoria, saber onde estão as falhas. A comunicação é muito lenta. (Estela)

Nesse contexto, os relatos sugerem que a atuação dos coletivos se mostra fundamental para o fortalecimento do controle social e para o acompanhamento das políticas públicas voltadas à atenção obstétrica em São Bernardo do Campo. Como destaca Lorena, o coletivo do qual faz parte passou a integrar os conselhos de saúde justamente no período de transição do HMU para o novo Hospital da Mulher, momento estratégico em que diversas mudanças estavam sendo propostas e implementadas.

Ao mesmo tempo que reconhece a melhoria do atendimento no equipamento novo, Lorena relembrou os casos de negligência médica que ocorreram no Hospital da Mulher e que causaram grande comoção na mídia em 2024, dentro e fora do município. Lorena comenta que ainda recebe relatos de negligência e que há mulheres que preferem buscar atendimento em outros municípios por medo. Celina, de forma semelhante, ao se tratar dos casos de violência obstétrica e negligência noticiados, afirma que ainda há muito o que regular e melhorar, pois ainda há atendimentos que têm um desfecho negativo.

Os relatos sugerem que o saldo, no entanto, não é negativo. Podem ser percebidos diversos aspectos positivos no atendimento, conforme a percepção de Estela:

Às vezes o pessoal fala sobre demora de exames, por ser SUS. Mas como eu perambulo por vários hospitais particulares, percebo que esse tipo de coisa acontece em todo lugar. O trabalho do SUS é bem interessante e se olhassem mais para as sutilezas, seria um trabalho perfeito que não deixaria a desejar pra ninguém. A coisa com a saúde é muito envolvente e desgastante. As pessoas gostam do trabalho, mas se desgastam. É importante ter cuidado de quem cuida. Esse olhar de cursos continuados pro funcionário, isso melhora a qualidade do atendimento. Não só o olhar

educacional, mas ambientação, alimentação, psicológico – tem que cuidar de quem cuida. Incentivar trabalho voluntário, abrir espaços pra comunidade. (Estela)

Em suma, com base nos relatos das entrevistadas, é possível perceber que o município tem vivenciado um processo de transformação na atenção obstétrica prestada pelo SUS, sendo marcado pela inauguração do Hospital da Mulher. A mudança da maternidade para um novo equipamento trouxe melhorias na infraestrutura e localização, além de maior visibilidade e discussão para pautas voltadas à humanização do atendimento e combate à violência obstétrica. As falas indicam que houve avanços concretos, como a possibilidade de presença de doulas no ambiente hospitalar e a participação ativa da sociedade civil nas discussões sobre os protocolos e práticas adotadas. Por outro lado, também foram percebidas limitações importantes, como a superlotação do hospital, a escassez de recursos humanos, a dificuldade de acesso das gestantes à informações sobre seus direitos e a ineficiência na comunicação entre a população e a gestão do sistema de saúde.

Ainda assim, a mobilização de coletivos e a inserção crescente da doulagem no contexto da atenção à saúde mostram que existe um movimento ativo da sociedade civil na busca de aprimoramentos, atuando tanto na denúncia de práticas desumanizadas quanto na cobrança de novos caminhos para a construção de um modelo de cuidado mais acolhedor e respeitoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve o objetivo de analisar as percepções das usuárias e profissionais da saúde sobre as políticas públicas de atendimento às gestantes no município de São Bernardo do Campo, à luz da política de humanização do SUS e do enfrentamento à violência obstétrica. Buscou-se entender se a implementação de políticas públicas para humanizar o atendimento obstétrico refletiu positivamente na experiência das gestantes atendidas pelo SUS. As entrevistas mostram a percepção das mulheres de que ocorreram avanços significativos, mas que também há desafios na busca por desfechos satisfatórios nos atendimentos.

Os relatos também mostram que, apesar de existirem avanços concretos nas políticas públicas voltadas à humanização do atendimento no SUS, ainda existem questões estruturais, institucionais e culturais que limitam sua implementação. A inauguração do Hospital da Mulher é considerada um marco importante para a rede de atenção obstétrica do município, com relato de melhorias no atendimento, infraestrutura, localização e de ampliação da capacidade dos serviços. Observa-se uma percepção positiva sobre as propostas das políticas públicas analisadas, como o modelo de cuidado adotado pelos profissionais do Hospital da Mulher e o fortalecimento de pautas como a atuação de doulas e a criação da casa de parto municipal.

Por outro lado, as falas das entrevistadas evidenciam que a humanização no atendimento à mulher ainda possui obstáculos: a persistência de condutas que desconsideram a autonomia feminina, os protocolos institucionais rígidos e os desafios na formação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades das gestantes, sobretudo as mulheres negras ou em situação de maior vulnerabilidade social. Questões como quantidade insuficiente de leitos e de profissionais para lidar com a demanda crescente no município, por sua vez, mostram as limitações materiais da política.

Também é possível concluir que os avanços observados em São Bernardo do Campo foram impulsionados pela mobilização social e participação de coletivos. A atuação da sociedade civil se mostrou essencial para garantir a presença de pautas

de humanização nos espaços de decisão, indicando que o controle social e o protagonismo popular são fundamentais para o aprimoramento contínuo das políticas públicas de saúde.

Por fim, a pesquisa revelou que a humanização do atendimento e o combate à violência obstétrica não são questões que devem ser tratadas apenas no âmbito de diretrizes técnicas, mas envolvem transformações profundas no modelo de cuidado e na própria cultura do atendimento. Nesse sentido, garantir a efetividade das políticas exige o fortalecimento da escuta ativa, o respeito à diversidade, o investimento contínuo em formação profissional e o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, cuja experiência deve ser central na construção de um sistema de saúde verdadeiramente acolhedor.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO, Angela. Métodos qualitativos de pesquisa: uma introdução. In: Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo. São Paulo: Sesc São Paulo/CEBRAP, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jul. 2005b. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obstetrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2025.

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 da União, Brasília, DF, 25 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 591, 6 abr. 2022. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/PORTARIA-795-RAMI.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.228, de 1º de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: edição extra, seção 1, Brasília, DF, p. 1, 1 jul. 2022. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/PORTARIA-2228-RAMI.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nova Rede Cegonha: cuidado para uma jornada reprodutiva segura – decidir, gestar, parir, nascer e crescer no Brasil. Apresentação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, Brasília, DF, 26 out. 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1vtHgUsH6PrJU3Ff8sjl9Ms5R0DreaZJN/view>. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal lança nova estratégia para reduzir mortalidade materna em 25% até 2027. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 set. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CARVALHO, L. P. Transnacionalismo, interseccionalidade e ativismo na política de saúde para mulheres. *Revista Estudos Feministas*, v. 31, n. 2, p. e92876, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/nrDjczCkDG5rt9yLrp6ZyGw>. Acesso em: 27 abr. 2025.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DUARTE, Camila Nogueira Bonfim et al. Violência obstétrica: definição, fatores históricos e caminhos alternativos. In: GUERRA, Valeschka Martins et al. *Gestação e maternidade: a visão da psicologia*. Vitória: Edufes, 2023. p. 140–157. (Coleção Pesquisa Ufes; 34).

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015

GOOGLE MAPS. *Trajeto do TeAcolhe Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista até o Hospital da Mulher de Santo André*. Disponível em: <https://www.google.com/maps/dir/TeAcolhe+Centro+de+Refer%C3%Aancia+em+Transtorno+do+Espectro+Autista+-+Av.+Bpo.+C%C3%A9sar+Dacorso+Filho,+161+-+Rudge+Ramos,+S%C3%A3o+Bernardo+do+Campo+-+SP,+09624-000/Hospital+da+Mulher+de+Santo+Andr%C3%A9+-+Maria+Jos%C3%A9+dos+Santos+Stein+-+Rua+Am%C3%A9rica+do+Sul+-+Parque+Novo+Orat%C3%B3rio,+Santo+Andr%C3%A9+-+SP/@-23.6483485,-46.5515539,14z>. Acesso em: 14 maio 2025.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3069, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVszWSjHh45Vq>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LIMA, Márcia. O uso da entrevista na pesquisa empírica. In: *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo*. São Paulo: Sesc São Paulo/CEBRAP, 2016.

MAGALHÃES, Roberta Cordeiro de Melo. Violência obstétrica no contexto da violência feminina. 2020. Tese (Doutorado em Direito) – Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15075>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxmYj>. Acesso em: 14 abr. 2025.

MOREIRA, M. A. D. M. et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3231–3242, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fJvqxsD4LWy7L38Sy797qww/> Acesso em: 28 abril 2025

NETO, Edson; ALVES, Kelly; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2,

p. 107-119, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwfpBRd88Bcd6bzsTp>. Acesso em: 14 abr. 2025.

SANTANA, Tâmilés Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 61, 2019. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012. Acesso em: 26 abr. 2025.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde, [s.d.]. Hospital da Mulher. Disponível em: <https://www.saobernardo.sp.gov.br/hospital-da-mulher>. Acesso em: 5 maio 2025.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Portal da Saúde, © 2024a. Prestações de contas. Disponível em: <https://portalsaude.saobernardo.sp.gov.br/portaldasaude/prestacoes-de-conta/>. Acesso em: 5 maio 2025.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. *Lei nº 6.730, de 29 de novembro de 2018*. Dispõe sobre o Controle Social no SUS no Município de São Bernardo do Campo, reorganiza o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://leismunicipa.is/swejp>. Acesso em: 17 maio 2025.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022–2025. São Bernardo do Campo, 2021a. Disponível em: <https://portalsaude.saobernardo.sp.gov.br/portaldasaude/wp-content/uploads/2024/04/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025-versao-final.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2025.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. Relatório Final da XII Conferência Municipal de Saúde. São Bernardo do Campo, 2021b. Disponível em: <https://portalsaude.saobernardo.sp.gov.br/portaldasaude/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final-da-XII-Conferencia-Municipal-de-Saude-2021.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. 3º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – 2024. São Bernardo do Campo, 2025. Disponível em: <https://portalsaude.saobernardo.sp.gov.br/portaldasaude/wp-content/uploads/2025/03/DIGIS-US-3o-RDQA-2024-status-avaliado-pelo-CMS.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2025

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. Programação Anual de Saúde 2025. São Bernardo do Campo, 2024b. Disponível em: <https://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/1735309/Programacao+Anual+de+Sa%C3%BAde+2025.pdf/64f6553c-9ce2-4e73-d8e4-adfad03f65b>

TELES, Isabelle de Almeida. As Características e impactos das políticas públicas de atenção à saúde materna no Brasil nos últimos 20 anos. *IANDÉ : Ciências e Humanidades*, São Bernardo do Campo (SP), v. 7, n. 1, p. 64–73, 2023. DOI: 10.36942/iande.v7i1.693. Disponível em: <https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/iande/article/view/693>. Acesso em: 24 maio. 2025.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 20 abr. 2025.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Gaceta Oficial*, n. 38.647, 2007. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf. Acesso em: 26 abr. 2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>. Acesso em: 13 abr. 2025.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em: 26 abr. 2025.

ANEXOS

Anexo I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, na pesquisa “Percepções sobre as Políticas Públicas de Atendimento às Gestantes no cenário de Humanização do SUS e combate à Violência Obstétrica”. Essa pesquisa é realizada para um Trabalho de Conclusão do Curso de Políticas Públicas na Universidade Federal do ABC. Para confirmar sua participação, leia este documento e depois selecione se confirma ou não sua participação.

A sua participação na pesquisa será realizada por meio de uma entrevista online via Google Meets, na qual falaremos sobre percepções sobre a assistência prestada a gestantes no Hospital da Mulher de São Bernardo do Campo e o combate à violência obstétrica. Estima-se a duração de aproximadamente 1 hora. Suas respostas são fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa.

O benefício esperado com a pesquisa será o fornecimento de informações que podem embasar reflexões sobre possibilidades de melhorias nas práticas de atendimento em São Bernardo do Campo.

O risco que você pode correr ao participar da pesquisa envolve o cansaço pelo tempo dedicado à participação na entrevista.

Após a entrevista, as respostas serão digitadas e analisadas. A pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade da sua identidade e de todas as informações fornecidas por você. O tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

Você não será remunerado, visto que sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você pode entrar em contato a qualquer momento para sanar dúvidas sobre a sua participação, desistir da sua participação na pesquisa ou retirar seu consentimento para uso das informações fornecidas. Para contatar a responsável pela pesquisa, utilize os seguintes contatos:

Isabelle de Almeida Teles

E-mail: isabelle.t@aluno.ufabc.edu.br

Telefone: (11) 99168-2150

Se diante dessas explicações você acha que está suficientemente informada a respeito da pesquisa que será realizada e concorda, de livre e espontânea vontade, em participar como colaboradora da pesquisa, confirme sua participação.

Anexo II: Roteiro de Entrevista

Entrevista - Profissionais da Saúde

1. Apresentação
 - a. Qual é a sua formação profissional?
 - b. Você já prestou assistência a gestantes no Hospital da Mulher de São Bernardo do Campo? Se sim, quando foi sua última experiência lá?
2. Percepção sobre a estrutura do hospital
 - a. Como você avalia a estrutura do Hospital da Mulher em relação ao atendimento às gestantes? Ela é adequada, razoável ou insuficiente?
3. Atuação da equipe
 - a. Na sua opinião, como você descreveria o comportamento da equipe em relação às pacientes: muito atenciosa e respeitosa, atenciosa na maior parte do tempo, ou pouco atenciosa?
4. Quantidade de profissionais
 - a. Você considera que a equipe do hospital é suficiente para atender às demandas das gestantes? Se não, como isso impacta o atendimento?
5. Comunicação e respeito às vontades das pacientes
 - a. Na sua experiência, as gestantes e seus acompanhantes conseguem expressar suas vontades e têm seus pedidos respeitados pela equipe médica?
6. Violência obstétrica
 - a. Você já vivenciou ou presenciou situações no Hospital da Mulher que poderiam ser caracterizadas como violência obstétrica? Se sim, poderia descrever brevemente?
7. Intervenções médicas não solicitadas
 - a. Você já presenciou a realização de intervenções médicas não solicitadas ou indesejadas pelas gestantes (fora casos de urgência)? Como foi o desfecho dessas situações?
8. Considerações finais
 - a. Há algo que você gostaria de acrescentar sobre o atendimento às gestantes no Hospital da Mulher ou sobre a política de humanização do parto em São Bernardo do Campo?

Entrevista - Usuárias

1. Contexto da experiência
 - a. Você realizou exames, procedimentos de saúde ou teve seu parto no Hospital da Mulher de São Bernardo do Campo? Se sim, quando foi sua última experiência lá?
2. Percepção sobre a estrutura do hospital
 - a. Como você avalia a estrutura do Hospital da Mulher em relação ao conforto e às necessidades das pacientes? Ela é boa, razoável ou ruim?
3. Atenção e respeito da equipe
 - a. Como você descreveria o comportamento da equipe que te atendeu? Eles foram muito atenciosos e respeitosos, atenciosos na maior parte do tempo, ou pouco atenciosos?
4. Quantidade de profissionais
 - a. Na sua experiência, você sentiu que a quantidade de profissionais no hospital era suficiente para atender bem todas as pacientes?
5. Comunicação e respeito às vontades
 - a. Durante seu atendimento, você sentiu que conseguiu expressar seus pedidos e que suas vontades foram respeitadas pela equipe médica?
6. Situações de desconforto ou constrangimento
 - a. Você passou por alguma situação durante seu atendimento no Hospital da Mulher que causou desconforto ou constrangimento? Se sim, poderia descrever brevemente?
7. Procedimentos não solicitados ou não autorizados
 - a. Algum procedimento médico foi realizado sem que você tivesse solicitado ou autorizado (exceto em casos de urgência)? Se sim, como você se sentiu em relação a isso?
8. Avaliação geral da experiência
 - a. No geral, como você avalia sua experiência no Hospital da Mulher? Foi positiva ou negativa?
9. Comentários adicionais
 - a. Há algo que você gostaria de acrescentar sobre sua experiência no Hospital da Mulher ou sobre o atendimento que recebeu?