

**REDE CEGONHA NO
ESTADO DO TOCANTINS:**
compreensão dos Trabalhadores da Saúde



**REDE CEGONHA NO
ESTADO DO TOCANTINS:**
*compreensão dos Trabalhadores
da Saúde*



Palmas – TO
2018

**Reitor**

Luis Eduardo Bovolato

Vice-reitora

Ana Lúcia de Medeiros

Conselho Editorial

Cynthia Mara Miranda (Presidenta)

Danival José de Souza

Idemar Vizolli

Ildon Rodrigues do Nascimento

Nilton Marques de Oliveira

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

**Pró-Reitor de Administração e Finanças
(PROAD)**

Jaasiel Nascimento Lima

**Pró-Reitor de Assuntos Estudantis e
Comunitários (PROEST)**

Kherlley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão e Cultura (PROEX)

Maria Santana Ferreira Milhomem

**Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de
Pessoas (PROGEDEP)**

Elisabeth Aparecida Corrêa Menezes

Pró-Reitora de Graduação (PROGRAD)

Vânia Maria de Araújo Passos

**Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
(PROPESQ)**

Raphael Sanzio Pimenta

Prefeitura Universitária

João Batista Martins Texeira

Procuradoria Jurídica

Marcelo Moraes Fonseca

Revisora Externa

Katia Maria Maciel Castor

Projeto Gráfico/Diagração

M&W Comunicação Integrada

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins – SISBIB/UFT

S237r Santos, Marta Azecedo dos
Rede Cegonha no estado do Tocantins, compreensão dos trabalhadores da saúde/
Marta Azevedo dos Santos, Raphaela Pizani Castor Pinheiro. – Palmas, TO: EDUFT, 2019.
190 p.:IL. color

ISBN: 978-85-60487-62-2

1. Gestão de parto. 2. Rede de Atenção a saúde. 3. Política pública. I Título.

CDD 362.198117

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

“Mamãe, conta aquela história de novo, de como eu nasci? Não foi pela barriga, né? Foi mesmo por aquela janelinha que se abriu lá embaixo!”

(RATTNER e TRENCH, 2005)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
PARTE I CONTEXTUALIZANDO A TEORIA	13
1 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER	15
2- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA	25
3- GESTAÇÃO	33
4- PARTO E NASCIMENTO	43
5- REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	61
PARTE II EXPLORANDO O TERRITÓRIO	71
1- CONTEXTO DA PESQUISA	73
2- REDE CEGONHA NO ESTADO DO TOCANTINS	79
3- REGIÃO DE SAÚDE BICO DO PAPAGAIO	109
4- REGIÃO DE SAÚDE CAPIM DOURADO	137
5- REGIÃO DE SAÚDE MÉDIO NORTE ARAGUAIA	173

APRESENTAÇÃO

Este livro brinda o parto e o nascimento, na medida em que expõe opiniões, vivências e saberes sobre a compreensão de profissionais da Rede Cegonha e seu desenvolvimento no Estado do Tocantins.

Para tanto, avaliar a realidade do Estado do Tocantins quanto à assistência no pré-natal, na perspectiva do trabalhador, analisar a relação entre a assistência prestada no pré-natal e a assistência ao parto, e compreender a percepção dos trabalhadores da Atenção Básica e hospitalar sobre a relação entre o pré-natal e o parto foram pesquisadas, e incluídas estudo realizado.

Desta forma, o presente livro se apresenta em duas partes:

Parte I, Base conceitual do escopo teórico da Rede Cegonha. O capítulo 1 versa sobre a Política Nacional de Saúde da Mulher, apresenta uma breve contextualização histórica e atual, sobre a atenção materno infantil. O capítulo 2 estabelece princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde da Criança, relação direta com os 3 capítulos subsequentes: Gestação, Parto e Nascimento, os quais discorrem sobre o processo de gestar. Finalizado no seu 5º capítulo sobre a construção da Rede Cegonha sobre as Redes de Atenção à Saúde.

A Parte II, Explorando o Território, inicia abordando a Rede Cegonha no Estado do Tocantins, apanhado geral sobre o Estado e suas redes de atenção à saúde, e dos municípios Bico do papagaio: Tocantinópolis e Augustinópolis; Médio Norte: Araguaína e Capim Dourado; Palmas e Miracema, onde foram realizadas entrevistas com agentes de saúde.

Contemplado com financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado – FAPT, e do Projeto de Pesquisa para o SUS – PPSUS, edital nº 01/2014, o projeto: *Assistência ao Pré-Natal e suas Implicações no Processo de Parto e Nascimento: compreensão dos Trabalhadores da Saúde do Estado do Tocantins*, o projeto objetivou com-

preender o entendimento dos trabalhadores sobre a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento.

Tendo como premissa que a assistência ao parto inicia na rede de atenção básica à saúde nas primeiras semanas da gestação por meio das consultas de pré-natal ofertadas pelo SUS, apresentamos neste livro, a fundamentação teórica que embasa a Saúde da Mulher e Saúde da criança. Dialogando com as políticas que fundamentam a Rede Cegonha, bem como apresentaremos a visão e a atuação que estes profissionais apresentam em relação a esta rede.

Entendemos que o fruto deste trabalho coletivo, poderá auxiliar, no processo de compreensão, reflexão e atuação dos profissionais que fazem parte da Rede Cegonha, aumentando o acolhimento nos espaços de cuidados em saúde.



PARTE I
CONTEXTUALIZANDO A TEORIA

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER

Mayane Vilela Pedroso

Marta Azevedo dos Santos

Margarida Araújo Barbosa Miranda

História e Contexto Atual

O primeiro Programa de Defesa à Saúde Materno Infantil foi implantado no Brasil, nos anos de 1937 a 1945, desenvolvido pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança –MES, órgão, na época, responsável pela normatização do atendimento ao binômio mãe-filho. Priorizava o combate à mortalidade infantil, mas não se preocupava com a reprodução. Em 1940 foi criado pelo Presidente Getúlio Vargas o Departamento Nacional da Criança –DNCr, primeiro órgão para atender exclusivamente a saúde da mãe e da criança (BRASIL, 2011a).

No período de 1940 a 1965 o DNCr mantinha dois focos voltados à atenção materno-infantil: a reprodução era uma função social, e o que as práticas de higiene eram para serem usadas como defesa e conservação da vida. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde –MS, com missão de coordenar a nível nacional a assistência materno-infantil. O DNCr foi extinto em 1969. Em 1971 surge o primeiro documento que menciona cuidados específicos voltados à saúde materno-infantil, o de Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno Infantil (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No início da década de 1970, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Saúde Materno Infantil - PNAISM, sob a orientação

do Plano Nacional de Desenvolvimento, implementado em 1975, visando melhorar os cuidados primários da saúde de mulheres de 15 a 49 anos, com ações de acompanhamento do pré-natal e o controle dos partos domiciliares e do puerpério (CAVALCANTE, 1998).

Durante o período militar, 1975, houve a implantação do PSMI, com dois objetivos: intervenção médica sobre o corpo feminino por meio de cesariana, e a redução da morbidade materno-infantil, priorizando a vida da criança. Este programa trouxe redução da mortalidade infantil, e o crescimento de cesarianas e laqueaduras que serviam de controle de natalidade. Neste momento cresceu o número de manifestações dos movimentos feministas, as mulheres não eram ouvidas, havendo descasos perante o direito reprodutivo e sexual (CASSIANO, *et al.*, 2014).

As questões colocadas pelos movimentos feministas na passagem dos anos de 1970 a 1980, sobre políticas públicas, coincidiram com as demandas dos movimentos sociais que diziam respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles os de saúde. A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolvia uma crítica à ação do Estado e a formulação de propostas de novas políticas públicas que tinham como foco a mulher (SANTOS, 2005).

Em 1984 aconteceu o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, mais de 70 grupos de mulheres de todo país elaboraram o primeiro documento público, a “Carta de Itapeperica”, que obtinha as reivindicações para a saúde delas. Com os princípios que compunham a carta, o movimento feminista reivindicou que o programa deveria contemplar toda a vida da mulher e não apenas a fase reprodutiva; com o fortalecimento do movimento. Assim, em 1984, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PAISM, com o objetivo de criar ações de saúde para mulheres de 15 a 49 anos. (ALMEIDA, 2013).

Juntamente ao movimento de luta pela Atenção Integral a Saúde da Mulher, a proposta da reforma sanitária em que a população de um modo geral ansiava por um atendimento integral, equânime e universal, sendo assim, a Constituição Federal de 1988, traz em seu 196º artigo a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1993 o Programa Saúde da Família (PSF) voltado para atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, utilizando ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Esse programa era formado por equipe de saúde da família, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e odontólogos (LOCH-NECKEL, *et al.*, 2009).

Mesmo com a criação do PSF, as taxas de mortalidade materna (Tabela 01) e infantil (Tabela 2) ainda permaneciam sob atenção devido ao alto número de incidência.

Conforme referência do Ministério da Saúde, no Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna (1995), o Brasil é o quinto país em mortalidade materna na América Latina, estimada em 134,7 óbitos para 100.000 nascidos-vivos para o ano de 1988. (Giffin, K. *et al.*, 1999).

Em função disso, foi implementado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento -PHPN, com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade materno, perinatal e neonatal no país. Após sua implementação, percebeu-se que ainda necessitava de melhorias ao acesso de serviços de saúde (MARTINELLI, *et al.*, 2014; SIM 2017; SINASC, 2017).

Tabela 01: Razão de Mortalidade Materna no Brasil (por 100 mil), por ano, segundo Unidades da Federação selecionadas Brasil 1997, 2000 e 2004.

Unidade da Federação	1997	2000	2004
Brasil	62,2	73,3	76,1
Espirito Santo	29,9	44,5	65,7
Rio de Janeiro	66,6	76,0	69,6
São Paulo	55,4	40,1	34,8
Paraná	79,4	65,5	69,5
Santa Catarina	48,1	36,9	43,3
Rio Grande do Sul	75,8	47,0	56,8
Mato Grosso do Sul	55,3	37,1	84,2
Distrito Federal	44,8	35,4	43,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 02: Razão de Mortalidade Infantil no Brasil (por 1mil), por ano, segundo Unidades da Federação selecionadas Brasil 1997, 2000 e 2004.

Regiões	1997	2000	2004
Brasil	31,9	26,8	22,6
Norte	32,2	28,7	25,5
Nordeste	50,4	41,4	33,9
Sudeste	23,1	18,0	14,9
Sul	17,5	17,0	15,0
Centro-Oeste	24,4	21,0	18,7

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Em 2004 o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher –PNAISM, baseando-se no processo de criação e implementação do SUS. Essa política foi inspirada no PAISM, depois de constatados dificuldades e lacunas na

atenção à saúde. Verificou-se a necessidade de elaborar uma política que contemplasse essa população feminina que ainda se mostrava imperceptível e com problemas emergentes (SOUTO, 2009).

Os princípios e as diretrizes foram criados em parceria com setores da sociedade como: o movimento de mulheres, o movimento negro e de trabalhadores rurais, sociedade científicas, pesquisadores e estudiosos da área. Na verdade, veio para efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a grupos historicamente excluídos das políticas públicas (PAZ; SALVARO, 2011).

Ainda em 2004, houve a criação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, através de acordos feitos entre gestores, representantes da sociedade civil e da sociedade de governo dos 26 Estados e do Distrito Federal. Nos anos de 2005, 2006 e 2008 esse Pacto foi premiado pela Organização Mundial de Saúde – OMS por cumprir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, que visa reduzir a taxa de mortalidade materna, de 68, 2 por 100.000 nascidos vivos, em 2010, em três quartos. E a redução da de mortalidade infantil, de 15,6 por 1.000 nascidos vivos, em dois terços até 2015 (BRASIL, 2010a).

Conforme observado nas tabelas 01 e 02, essa meta ainda não foi atingida, motivo pelo qual foram elaborados novos objetivos do desenvolvimento sustentável –ODS acordados pela Organização das Nações Unidas (ONU -2015-2030), para reduzir a mortalidade materna. O documento traz no item 3, o de “boa saúde e bem estar para todos, no item 4, educação de qualidade, no item 5, igualdade de gênero e no item 10 a redução de desigualdades”, (ONU, 2016). Objetivos esses, que estão diretamente relacionados à questão não resolvida sobre a redução da mortalidade materno-infantil definida nas metas 5 e 6 do até então Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 (SILVA, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2011c) práticas mecanicistas, centralizadas e pautadas nos dogmas estabelecidos ao longo dos anos

no parto, elevaram as taxas de mortalidade materna, com valores em torno de 68 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2010. Contudo, dados do Ministério da Saúde demonstram que no período de 1990 e 2010 o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna –RMM de 141 para 68 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, representando redução de 51%. Porém, ainda não alcançou a meta de 75% do valor apresentado entre 1990 até 2015, se continuar nesse ritmo, pesquisas revelam que levarão mais de 20 anos para o cumprimento desse objetivo (MAIA, 2013).

Tendo como desafio reduzir a taxa de mortalidade materna infantil, surge uma nova estratégia no Brasil que é a proposta da Rede Cegonha- RC (BRASIL, 2012a). A Rede Cegonha instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia política divide-se em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Cada componente compreende uma série de ações preconizadas de atenção à saúde visando à melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos com o objetivo de reduzir a mortalidade nessa população (BRASIL, 2011b).

Na busca pela redução da mortalidade infantil e principalmente materna na região Norte do País, no Tocantins, os dados inexistentes sobre esta rede, evidenciam a premente necessidade de melhorar a qualidade da atenção à mulher na preconcepção, no pré-natal, parto e puerpério. Neste sentido, o estado aderiu aos pactos e programas lançados pelo Ministério da Saúde. Em 2006, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2009 ao Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e em 2011 à Rede Cegonha (TOCANTINS, 2012).

O Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2017b), conta com uma cobertura de 97,16% de equipe saúde da família, no Tocantins essa cobertura também vem aumentando, o Estado dispõe de cobertura de 99,40% dessas equipes de acordo com o número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, entretanto, apesar da ampliação da adesão das gestantes ao pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, como incidência de sífilis congênita, hipertensão arterial e hemorragias como principal causa de morte materna, chegando a 72,20/100.000 em 2014, uma das maiores do país (TOCANTINS, 2017). A OMS considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna -RMM, entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (WHO, 1996). Por se tratar de um problema evitável na grande maioria dos casos, a mortalidade materna possui forte relação com o serviço de saúde oferecido e altas Razões de Mortalidade Materna - RMM, geralmente são reflexos de desarticulação, desorganização e baixa qualidade da assistência à saúde (MAIA, 2013).

Apesar de ter havido ocorrido melhorias nas condições de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, com redução da mortalidade materna e infantil, para 13,82% em 1.000 nascimentos, os resultados ainda não são satisfatórios quando comparamos com as taxas de mortalidade materna por causas evitáveis de outros países, como Luxemburgo, Islândia e Finlândia, com uma taxa de mortalidade de duas crianças mortas antes dos cinco anos por cada 1.000 nascimentos. Portanto, muitos estudos ressaltam que os programas de saúde da mulher necessitam de uma efetiva implementação e não da criação de novas normas (SILVA, 2011; MARQUES, 2015).

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. V. B. **Caminhos da Política Nacional de Saúde da População Negra**: ideias, atores, interesses e institucionalidade. 2013. 110p. Dissertação Mestrado (Pós-Graduação em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. p. 1-30;

BRASIL. Senado Federal. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Saúde**. 2010.

_____. 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**. 1.ed., 2. Reimpr. Brasília, DF, p. 15-19. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011b;

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2011c;

_____. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Unidade Geográfica o Estado do Tocantins**. Acesso em 16 de maio de 2017b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

_____. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BEN-NENANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. Brasília. V. 65, 2. ed, p. 227-244, abr/jun, 2014;

CAVALCANTE, L. F. **O PAISM e a configuração da rede de assistência à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro**. 1998. Disponível em: <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/NEASR/paism.doc>. Acesso em 02 de fevereiro de 2016;

CECÍLIO, L.C.O Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, 1997.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 14, Supl 1, p. 1463 -72. 2009.

GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MAIA, M. N. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. 2013. Dissertação Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca;

MARQUES, C.P.C. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. UFMA/UNASUS; São Luís, 2015.

MARTINELLI, K. G.; NETO, E. T. S.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha**. CEP, v.29040, p. 090, 2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 10, n.3, p. 651-657. 2005.

NAVARRETE, M.L.V., et al. Organizaciones Sanitarias Integradas: Una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Pública**, v.79, n. 6, p. 633-643, 2005.

PAZ, A. P.B.; SALVARO, G. I. J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **Revista Eletronica de Investigación y Docencia (REID)**. Outubro, p. 121-133. 2011.

SANTOS, J. **Assistência à saúde da mulher no Brasil**: aspectos de uma luta social. In: Jornada internacional de políticas públicas, II., 2005, São Luíz. Anais. São Luíz: UFMA, 2005.

SILVA, L. C. F. P., QUEIROZ, M. R.; REIS, J. G.; SANTINON, E. P.; DINIZ, C. S. G; ARAÚJO, N. M.; TRINTINÁLIA, M. M. J. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Revista do Âmbito Jurídico**, v. 16, n. 93, p. 1-15. 2011.

SILVA, R.P.C.P. **Parto Humanizado**: percepção das puérperas sobre a presença do acompanhante de livre escolha no Hospital Maternidade Dona Regina – Palmas/Tocantins, 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Tocantins: UFT.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182. Brasília, 2009;

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense. Caderno 1: **Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-Natal e Puerpério**. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund), 1996. **Revised 1990 estimates of Maternal Mortality**. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/ MSM 96.11. UNICEF/PZN/96.1. Geneva: WHO/ UNICEF.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA

Raphaella Pizani Castor Pinheiro

Carla Cristina Chaves de Oliveira

Danielle Rosa Evangelista

Fazendo uma retrospectiva nos estudos sobre a infância, desde o século XII até o século XX, a sociedade tem definido e criado vários conceitos e modelos a respeito da sobre compreensão da criança. Ao longo do tempo, a infância passou por diversas compreensões e a sua transformações na sociedade. Por volta de 100 anos, foram tratadas da mesma forma que adultos, entretanto, com o decorrer dos séculos a criança passa a ser vista como sujeito social e de características particulares, que exigiam com que ela seja vista em toda sua complexidade, nas transformações sociais, econômicas e políticas (ARAUJO et al., 2014).

No século XVII a criança começa a ganhar espaço no âmbito social. A sociedade começa a perceber a criança como o centro para as famílias, plausíveis de mudanças físicas e sociais. Mas somente no século XIX, com o advento da revolução industrial que as políticas sociais, na Inglaterra, começam a se preocupar com o trabalho infantil. Apenas no final do século XX, a criança torna-se sujeito de direito, onde a sociedade toma consciência dos problemas que envolvem as crianças, como exemplo o alto índice de mortalidade infantil e os serviços públicos passam a se responsabilizar pelas mesmas, elaborando políticas publicas e investir na saúde materno infantil, com ações educativas de vigilância e preventivas, focadas na criança e em suas famílias (ARAUJO et al., 2014).

Para compreendermos sobre a saúde da criança no contexto atual, temos que retroceder historicamente sobre a política de saúde da mulher. Os antecedentes desta política, datam de 1937 a 1945, quando foi instituído o primeiro programa estadual de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, onde as atividades dos programas eram de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e da Saúde. Em 1940, o Departamento Nacional da Criança (DNCr) assume essas atividades e cria programas de proteção a maternidade, infância e adolescência, com objetivo de normatizar o atendimento mãe-bebê e de reduzir a mortalidade infantil. Com a extinção do DNCr, cria-se em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil que em 1975 institui o Programa Nacional de Saúde Materno e Infantil, com objetivo de reduzir a morbimortalidade de mulheres e crianças (BRASIL, 2011).

Em 1975 a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passa a se chamar Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil –DIN-SAMI. No ano de 1976, o Ministério da Saúde separa a saúde materno e infantil, cria o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança – PAISC, promover a saúde da criança de forma integral, priorizando aquelas pertencentes a grupos de risco, no sentido de qualificar a assistência e a cobertura de serviços. As ações dos programas abrangiam o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno, controle de doenças de diarreia, desidratação e de doenças respiratórias agudas e imunização (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009).

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno desenvolvido na década de 1980, instituído em 1981, merece destaque por ser referencia até os dias atuais em âmbito nacional e internacional, com por incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce (BRASIL, 1991), desenvolve ações que visavam à promoção (meios de comunicação de massa, treinamento de profissionais de saúde), proteção (leis trabalhistas, controle da comercialização de

leites artificiais) e apoio (grupo de mães, aconselhamento individual, material informativo) sobre o aleitamento materno (REA, 1990). Para incrementar a cobertura e a capacidade de resolução da rede pública de serviços de saúde, é criado em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança voltado a melhorar as condições de saúde materno infantil.

Em 1990, em uma Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, o Brasil e outros 158 países membros da Organização das Nações Unidas assinaram a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, onde se comprometeram a viabilizar, até o ano 2000, os meios necessários para o cumprimento de 26 metas estabelecidas, sendo 19 delas, da área da saúde (BRASIL, 1997). Neste mesmo ano, o Brasil ratifica a Lei Federal 8.069, de 13/07/1990, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente, onde estes passam a dispor de amplos direitos de proteção, integridade física e psicológica, lazer e bem-estar (PEREZ; PASSIONE, 2010).

Em 1992, o Ministério da Saúde no intuito de incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno adota no país o programa “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” – IHAC, estratégia da Organização Mundial de Saúde –OMS e do Fundo das Nações Unidas para Infância –UNICEF, com objetivo de aumentar a prevalência do aleitamento materno por meio de revisão de políticas e rotinas nos Serviços de Saúde Materno-Infantis, propiciando uma melhor interação entre o binômio mãe-filho, e promovendo mudanças culturais sobre o uso de chupetas, mamadeiras e leites industrializados. Constitui-se de metas, denominadas de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a serem seguidas pelos hospitais nos períodos pré-natais, ao nascimento e após o parto (FIGUEIREDO, MATAR, ABRAÃO, 2012).

Em 1995, o Ministério da Saúde lança o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil – PRMI, com o intuito de reduzir óbitos

infantis e melhorar a situação de saúde das crianças a com a intensificação de diversos programas governamentais, se articulando inter-setorial com instituições internacionais tais como UNICEF e OPAS, organizações não-governamentais, sociedades científicas, conselhos de secretários de saúde e a sociedade. O PRMI foi incorporado ao Programa Comunidade Solidária (estratégia de articulação e coordenação de ações de governo voltadas para o combate à fome e à pobreza,) direcionado às áreas mais carentes do país, com maior risco de adoecimento e morte da população infantil. Inicialmente o programa beneficiou 913 municípios selecionados por critérios de pobreza e bolsões de miséria de 12 capitais do Norte e Nordeste (BRASIL, 1995).

Paralelo à implantação do PRMI, o Ministério da Saúde, incorpora a estratégia desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan Americana de Saúde –OPAS, e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – (UNICEF), para redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos e para organização do atendimento à criança denominada estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância –AIDPI. Essa estratégia, permite sistematizar o atendimento à criança na rotina dos serviços de atenção primária integrando ações curativas com as de promoção e prevenção, iniciada nos municípios com elevadas taxas de mortalidade infantil. (BRASIL, 2000).

Considerado o grande número de nascimentos prematuros, quando este ocorre antes da 37^a. semana de uma gestação de 40 semanas, e de baixo peso, referente à 2500 gramas/peso, anualmente em todo o mundo, e as principais causas de mortalidade infantil ser originadas no período perinatal, o Ministério da Saúde em 2000, por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, regulamenta a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Este método parte do princípio que uma atenção humanizada traz diversos benefícios para o binômio mãe-bebe, como a redução no tempo de separação que auxilia no vínculo, no controle térmico adequado, na redução de infecção hospitalar e do estresse do recém-nascido, aumenta as taxas

de aleitamento materno, melhora o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido, melhora o relacionamento equipe de saúde e família entre outros (BRASIL, 2013).

Ainda em reconhecimento da gravidade da situação de mortes maternas e neonatais no país e as desigualdades conformações do território brasileiro, o Ministério da Saúde, em 2004, propõe o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, instrumento que visa a busca de soluções sustentáveis e garantia de co-responsabilização governamental e da sociedade. Este Pacto constituiu-se em política de Estado até 2015 e tinha por objetivo articular os atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria. (Ministério da Saúde, Portaria Ministerial 1.130)

Em 2005, o Ministério da Saúde apresentou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil cujo objetivo era apoiar a organização de uma rede única integrada de assistência à criança, mostrando as principais diretrizes a serem seguidas pelas instâncias estaduais e municipais. O documento organiza ações em linhas de cuidado entre elas: o nascimento saudável (anticoncepção e concepção, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/Aids, saúde dos adolescentes, atenção pré-natal, parto e puerpério e urgência, emergência materna e neonatal); crianças menores de um ano (cuidados com o recém-nascido, acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde em instituições de educação infantil e atenção às doenças prevalentes) e as de 1 a 6 anos e 7 a 10 anos (saúde em instituições de educação e atenção às doenças prevalentes) (BRASIL, 2005).

Em 2006, a redução da mortalidade infantil se validou como política de governo após ser incluída entre as prioridades operacionais do Pacto pela Vida. Esse Pacto é um conjunto de compromissos sanitários, expressos através de objetivos derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006).

Em 2009, por meio da Portaria Ministerial nº 2.395/2009, o governo institui no país a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, portaria esta que tem como objetivo “fornecer elementos para a implantação de uma política de atenção integral à primeira infância no âmbito do SUS e promover junto a segmentos estratégicos, Educação, Assistência Social, Justiça, Direitos Humanos, Trabalho, Cultura, entre outros, parcerias necessárias para a implantação de uma política pública de proteção à primeira infância” (PENELLO et al., 2011).

Em junho de 2011, o Ministério da Saúde, implanta a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que visa garantir a mulher um planejamento reprodutivo e atenção qualificada e humanizada em todo seu ciclo gravídico, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável. Entre as ações trabalhadas no componente puerperio e atenção integral a saúde da criança destaca-se: a promoção do aleitamento materno, visita domiciliar de profissionais da saúde na primeira semana após o nascimento, busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL, 2011).

Em 2015, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Criança – PNAISC, que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, visando a redução da morbimortalidade infantil e a um ambiente digno e acolhedor que favoreça a existência e o desenvolvimento das crianças através da atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

A PNAISC se estrutura em 7 eixos estratégicos, com finalidade de orientar e qualificar ações e serviços de saúde da criança no território nacional entre eles: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção

integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

A assistência a Saúde da Criança passou por diversas mudanças e adaptações e ainda encontra-se em processo de construção, em movimento de rupturas com o modelo hospitalocêntrico e biologicista, centrado na patologia, para um modelo de cuidado em rede, que integra o cuidado a essa criança, familiares e ao meio onde vive.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. P. et al . História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dec. 2014 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas da cúpula mundial em favor da infância avaliação de meia década, 1990 – 1995**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação do projeto para redução da mortalidade na infância – PRMI**. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. 2 ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 399**. Define as diretrizes operacionais do pacto pela saúde. Diário Oficial da União, 23 fev. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno – PNIAM**. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.459**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS- a Rede Cegonha. Diário oficial da União, 27 jun 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.130**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário oficial da União, 05 ago 2015.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012

PENELLO, L. M. et al. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 106-113, dez. 2011.

PEREZ, J. R. R.; PASSIONE, E. F. Políticas sociais de atendimento as crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad Pesquisa**. 2010

REA, M. F. The Brazilian national breastfeeding program: a success story. **Int J Gynecol Obstet**. v 31, p 79-82.1990.

Raphaella Pizani Castor Pinheiro
Marta Azevedo dos Santos

Para compreendermos a construção da maternidade para a mulher, inicia-se este trabalho abordando o período gestacional, compreendido como o momento de preparação psicológica para a maternidade, estabelecida a primeira relação entre pais e filhos desde a vida intrauterina, configurando desde a concepção, a construção da identidade dos papéis paterno e materno. Neste momento, a gestação deveria representar um período de adaptação e preparo para o desempenho dos novos papéis que deverão ser assumidos em relação ao(à) filho(a). Em que a sobrevivência deste(a) depende integralmente dos cuidados recebidos. É desejável que sejam planejada e partilhada essa responsabilidade (PESAMOSCA, FONSECA e GOMES, 2008; PICCININI et al, 2008).

A gestação é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que exerce. Ela passa da condição de filha para a de também mãe e revive experiências, em que além de ter, em muitos casos, que reajustar seu relacionamento conjugal, deverá ter um reajuste também em sua situação social, econômica e de suas atividades profissionais. Considerado um momento de instabilidade e mudanças recorrentes onde a mulher vivencia alterações de ordens - biológicas, somáticas, psicológicas e sociais. A gestação representa uma experiência única e intensa, as quais influenciam tanto a dinâmica psíquica individual como as demais relações sociais da mulher (PICCININI et al,2008).

Para Aulagnier (apud FERRARI e PICCININI, 2007) a gestação deveria ser considerada em dois níveis – o biológico e o da relação de objeto. O plano biológico refere-se à lenta transformação da célula em ser humano, podendo ser compreendida como o condensado das alterações biológicas e somáticas. Quanto à relação de objeto, é representada pela relação estabelecida entre a mulher e a perspectiva do processo de nascimento do bebê, sua compreensão desde a sua concepção perpassando pelo seu desenvolvimento, compreendendo aspectos psicológicos e sociais. Assim, na medida em que a gestação se desenvolve, vai se processando no psiquismo da mãe, uma preparação para entrar em uma relação com a criança que está para nascer.

No plano biológico são consideradas as alterações em modificações sistêmicas e dos órgãos genitais decorrentes das modificações e adaptações que o organismo materno sofre para receber o bebê, bem como se preparar para o processo de parto, sendo elas: posturais e de deambulação, metabólicas, cardiovasculares, - sanguíneas, urinárias e genitais, respiratórias, digestivas e endócrinas (RODRIGUES, 2013).

A gestação propicia à mulher uma série de alterações que advém da ordem psicológica e social a partir do momento de percepção, tanto com o resultado positivo do exame quanto à percepção dos movimentos fetais, quando inicia uma formação da relação materno-filial, em que há a elaboração das fantasias e sentimentos, a revisão da sua própria infância e dos papéis parentais, bem como as preocupações decorrentes desta transição. Neste período, são evidentes sentimentos de ambivalência afetiva, bem como mudanças na perspectiva interpessoal e intrapsíquica. Evidentemente, a maternidade envolve perdas e ganhos, justificando o surgimento de sentimentos opostos (RODRIGUES, 2013).

Essa ambivalência afetiva, ou seja, a balança do querer ou não querer esta gravidez está associada muitas vezes por estar impercep-

tível, no início, e não parecer tão concreta ou real. Vale ressaltar que não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, o que pode ocorrer é o predomínio de um dos sentimentos, no entanto, o outro jamais estará ausente. Com a percepção dos movimentos fetais, a partir do segundo trimestre, traz à tona uma realidade concreta sobre a existência do novo bebê. As fantasias e as representações mentais que a mulher faz, de si própria como mãe e de seu futuro bebê podem influenciar no vínculo que se formará com o filho. (GUIMARÃES e MONTICERLLI, 2007)

Para além da figura da mulher e do bebê, há a figura do pai, em que a gestação corresponde a um momento de intensas transformações no organismo materno, o qual produz diversos impactos neste período do ciclo de vida do casal. A trajetória masculina rumo à paternidade difere da feminina, somente a mulher poderá sentir o filho crescer dentro de si, dar à luz e amamentá-lo. Por esta razão, muitas vezes o processo de vinculação com o bebê por parte dos pais segue um caminho diferente do da mulher em que o vínculo concreto e sólido com o bebê costuma ser mais lento, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança (PICCININI, 2004).

Considerada um período de expectativas e ensaios para o que está por vir, a gravidez é tida como uma fase onde relacionamentos anteriores são reelaborados, onde há um constante confronto entre a satisfação dos desejos e a possibilidade de reconhecer a nova realidade. Além do corpo da gestante encarregar-se do crescimento físico do feto, acontece, no seu psiquismo, a formação da representação mental e da ideia de ser mãe e a construção de uma imagem mental do bebê. Para Stern, Stern-Bruschweiler e Freeland (1999, apud FERRARI e PICCININI, 2007), é como se ocorressem três gestações ao mesmo tempo: o desenvolvimento físico do feto no útero, uma atitude de mãe no psiquismo materno e a formação do bebê imaginado.

Parentalidade

Na perspectiva do processo da gestação temos o olhar da mulher sobre a maternidade, e do homem sobre a paternidade. O tema parentalidade, produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe. Compreendido como o processo reflexivo sobre a descendência que implica um complexo processo psíquico-simbólico que articula diferentes perspectivas teóricas num contexto psicossocial. Contém a ideia da função parental, a ideia de parentesco, e a história de origem do bebê e das gerações que antecedem seu nascimento (SILVA, 2004).

Tornar-se mãe ou pai reaviva desejos antigos experimentados na infância em face de seus próprios pais. No decorrer da gravidez, são construídos os novos pais, são vivenciadas as fantasias destes com o seu bebê, que vão desde o bebê fantasmático, aquele criado pelas vivências iniciais de cuidados vividos na infância somados ao seu processo de desenvolvimento, passando pelo bebê imaginário, criado e imaginado em sonhos e representado no mundo psíquico próximo a gestação ou durante a gestação, o bebê imaginado, criado pelos pais durante a gestação, a partir de experiências peculiares do bebê intra útero e o bebê real, aquele que se apresenta ao nascer e que deverá receber todo o investimento materno, paterno e familiar para o seu cuidado e desenvolvimento (DEBRAY, 1988).

Cuidados Preconizados na gestação

Considerando as mudanças orgânicas, psicológicas, sociais e parentais ocasionadas pela gestação, as gestantes e seus parceiros devem ser acompanhados por profissionais capazes de identificar, o mais brevemente possível, fatores de risco que possam se sobrepor a estas alterações e comprometer o bem-estar materno-fetal. Dessa forma, permite-se adotar condutas adequadas e oportunas, para que

a gestação culmine com a chegada de um recém-nascido saudável e uma mãe livre de complicações (SOUZA et al., 2002).

O acompanhamento realizado no período gestacional nas unidades de saúde é chamado de assistência pré-natal, fundamental para o preparo da maternidade, o qual deve compreender a gestante considerando o conceito ampliado de saúde, indo além do processo orgânico. Englobando neste processo ações relacionadas à prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional. O profissional que assiste a mulher no período gestacional deve conhecer a fisiologia da gravidez, a fisiopatologia das intercorrências clínicas e as modificações emocionais do ciclo gravídico-puerperal. Compreendendo, também, a necessidade de qualificar a assistência ao pré-natal, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas que buscam qualificar a assistência ao pré-natal (BRASIL, 2011).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, com o objetivo principal em concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, com foco na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, este programa tem como destaque a estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Em 2011, a Rede Cegonha, enquanto programa, ordena a assistência ao pré-natal. Descreve que a realização do pré-natal deve ser realizada prioritariamente na Unidade Básica de Saúde – UBS, com a captação precoce da gestante pelo Agente Comunitário de Saúde que deve agendar a consulta da gestante o mais breve possível de forma que a primeira consulta de pré-natal seja realizada até a 12ª semana, ou o mais precocemente possível. São preconizados neste modelo

para as gestantes de risco habitual 6 ou mais consultas de pré-natal, sendo distribuídas entre o médico e enfermeiro da Unidade e pelo menos uma avaliação odontológica e tratamento quando necessário (BRASIL, 2011).

A atenção destinada à gestante deve ser qualificada, além de consultas prescritivas, o profissional que a atende deve ter uma escuta qualificada aos problemas relatados por esta gestante, em que a cada consulta é realizado o acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. No caso de alguma alteração no risco gestacional, o acesso ao pré-natal de alto de risco deverá ocorrer em tempo oportuno, além das 6 consultas realizadas na UBS, deverão ser ofertadas cinco ou mais consultas com o especialista para o acompanhamento gestacional. A Rede Cegonha preconiza a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno, bem como a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, com o objetivo de garantia de vaga (BRASIL, 2011).

Além da assistência diretamente prestada na UBS, compreendendo a necessidade de assistência em Rede, articulada com os diversos pontos de atenção a saúde onde a mulher passa no período gestacional, a rede cegonha enfatiza a necessidade de qualificação do sistema e da gestão da informação, através do qual os dados relacionados à assistência prestada a mulher poderão ser acessadas pelos profissionais que a atendem (BRASIL, 2011).

Compreendendo a necessidade de empoderamento da mulher em relação ao seu processo reprodutivo, desde a pré-concepção, concepção, parto, nascimento e puerpério, é preconizada a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites (BRASIL, 2011).

Ações Educativas em saúde e o Pré-natal

As ações de educação em saúde são desenvolvidas por profissionais de saúde em conjunto com os usuários em que são construídos um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Considerando o pré-natal enquanto um espaço para a preparação da mulher para a vivência do parto e da maternidade de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, o processo educativo (educação em saúde) é fundamental tanto para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, quanto para o seu fortalecimento enquanto mulher, mãe e cidadã. Para tal, desde o seu primeiro momento na atenção ao pré-natal, a equipe de saúde deve acolher a gestante, seu marido e familiares. Acolhimento este que deve englobar desde a percepção da mulher sobre a gravidez como o contexto a qual está inserida, e a percepção de seus familiares sobre este processo (RIOS, 2007).

Desta forma, o profissional deve ter uma escuta qualificada, em que são valorizadas as emoções, sentimentos e relatos da mulher e do seu parceiro, ou da sua parceira, em conformidade com as configurações familiares reconhecidas a partir do século XX, de forma a individualizar e a contextualizar a assistência ao pré-natal. Através deste processo, a gestante e seu par, independente da escolha do gênero, são estimulados a compreender o processo gestacional, para que haja um fortalecimento pessoal com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas, e prepará-los para o momento do parto, bem como o novo contexto a surgir a maternidade e a paternidade. Neste momento é imprescindível a atenção do profissional

de saúde com o objetivo de interpretar a percepção que a gestante tem em relação a sua experiência de maternidade no contexto mais amplo, considerando seus aspectos psicológicos e sociais, preparando a mulher e o seu acompanhante para este novo momento a ser vivenciado (RIOS, 2007).

Referências bibliográficas

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu)[online]. 2005; 9(16): 39-52. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>. Acessado em 27/07/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

DEBRAY, R. **Bebês / Mães em revolta**: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Trad. Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

FERRARI, A.G.; PICCININI, C.A; LOPES, R.S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em estudo**. 2007; 12(2): 305-313.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI. (Des)motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1/ 2007.

PESAMOSCA, L.G.; FONSECA, A.D.; GOMES, V.L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2008; 12 (2):182-188.

PICCININI, C.A., et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2004; 17(3): 303-314.

PICCININI, C.A., et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**. 2008; 13(1): 63-72.

RIOS, C.T.F; VIEIRA N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Centro**. 2007; v. 65020, p. 660.

RODRIGUES, D.R.S. Relatos orais e reflexões sobre a experiência da gestação e construção do bebê imaginário. **Indagatio Didactica**. 2013; 5(2).

SILVA, M. C. P. **Ser pai, ser mãe, parentalidade**: um desafio para o terceiro milênio. Leticia Solis-Ponton (Org). Maria Cecília Pereira da Silva (Org. Trad. Bras.). 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, A. I.; FERREIRA, L. O. C.; FILHO, M. B.; DIAS, M. R. F. S. Enteroparasitoses, Anemia e Estado Nutricional em Grávidas atendidas em Serviço Público de Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.24, n.4, p.24-28, 2002.

PARTO E NASCIMENTO

Raphaella Pizani Castor Pinheiro

Carla Cristina Chaves de Oliveira

O nascimento é historicamente um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida da mulher e da família. Inúmeros significados culturais são atribuídos a este acontecimento desde as primeiras civilizações. Significados estes que sofreram e sofrem transformações através das gerações. A experiência do parto varia amplamente de uma cultura para outra. Toda sociedade possui regras que controlam o nascimento, quer especificando o local de sua ocorrência, quer determinando quem atende a parturiente ou indicando comportamentos a serem adotados, durante o trabalho de parto (MAMEDE et al, 2007).

O parto, enquanto processo, é considerado um evento multifatorial, no qual devem ser considerados os contextos sociais, culturais, individuais, subjetivos e históricos da parturiente. Estes fatores influenciam diretamente na maneira como ela vivencia e interpreta as diferentes sensações físicas no decorrer do trabalho de parto. Dessa forma, dar à luz tem uma conotação muito diferente de um simples ato fisiológico, representa um fenômeno além do físico, com dimensões, psicológicas, sociais, culturais. Possibilita a redefinição da identidade da mulher e afetando suas relações sociais, reestabelecendo a sua representação enquanto mulher/mãe em sua sociedade, em que estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado (MAMEDE et al, 2007).

Dor e o Parto

O parto enquanto processo fisiológico e natural, que culmina em um momento especial de felicidade para a família, o nascimento de um bebê, perpassa por um momento paradoxal, em que para muitas mulheres há a presença de dor intensa. Por dor, entende-se, quando a pessoa se queixa de algum incômodo, físico e/ou psicológico, e diz que tem dor. Sendo que no momento do parto as dores ocorrem devido a um comprometimento do aporte sanguíneo ao útero, provocado pelas contrações, podendo ser percebida de formas diversas por diferentes mulheres (MAY; ELTON, 1998; MACEDO et al, 2005).

A forma como cada mulher responde às dores do parto são variáveis de acordo com as diversificações culturais, as características psicológicas, a individualidade das mulheres e o ambiente em que as clientes são atendidas. Desta forma, o fenômeno da dor do parto e todo o conjunto de percepções, sensações, temores, sentimentos e emoções ao redor dele inscrevem-se em muitas dimensões da vida de cada mulher, perpassando pela ordem da subjetividade, com as suas referências às esferas afetivo-emocional, cognitiva e história de vida; pela ordem do plano fisiológico e no âmbito sociocultural que envolve o pertencimento e identificação com os valores e práticas de um dado grupo social e no nível socioinstitucional, por referência ao sistema de saúde e seus provedores aos quais a mulher tem acesso (MACEDO et al, 2005; RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008)

Historicamente, encontra-se no processo de parto e nascimento termos como agonia, medo, provação, terror, sofrimento e morte, em muitas culturas e grupos sociais. Em resposta a estes sentimentos há um acervo dos modos de enfrentamento da dor com um grande e variado repertório de conhecimentos, rituais e técnicas disponíveis em culturas diversas e em conformidade com seus contextos históricos. Entende-se que esta busca incessante revela a necessidade da sociedade de superação da dor e do sofrimento contingentes a este processo (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008).

História do parto

No período de 1500 a 1900, no Brasil, a assistência obstétrica era atribuída às parteiras, a função do partejar era uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres, mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade, em que sua dedicação à atividade era tida como um sacerdócio, as parteiras e mulheres que praticavam a cura, eram consideradas pela população sábias e parte integrante do cotidiano daquelas pessoas. Elas eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. O acesso ao quarto da parturiente era oculto, proibido por ordem moral aos homens, que eram proibidos de adentrarem em seus aposentos no momento do parto. Desta forma, as mulheres desempenhavam um papel ativo em seu processo de parto, com apoio da parteira e dos familiares (PIRES, 1989; NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005; MAMEDE et al, 2007).

A prática sobre a reprodução era considerada socialmente como uma atividade suja, desvalorizada e deveria deixado aos cuidados femininos, pois não estava à altura do cirurgião – homem da arte. Além disto, os médicos eram raros e pouco familiarizados em assistir o processo de parto e nascimento, não havendo o interesse em dominar esse tipo de assistência (ARRUDA, 1989; NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005).

Quando havia alguma intercorrência ou nas situações em que a parteira ficava diante de um caso complicado, ela procurava reconhecer o que estava acontecendo, e em seguida, buscava a ajuda de outra parteira mais experiente. Sendo apenas em último caso, solicitado o auxílio de um cirurgião. Desse modo, a presença de um cirurgião no parto era vivenciada com ansiedade pela mulher, pois indicava a gravidade da situação (MAMEDE et al, 2007).

No final do século XIV, médicos e teólogos passaram a questionar as práticas das mulheres quanto ao uso de poções e cuidados em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério. A partir destas discussões, gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, começou a surgir na assistência ao parto a figura do cirurgião, e a parteira foi perdendo a primazia e o seu espaço (MAMEDE et al, 2007).

Um marco neste processo foi a invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião britânico *Peter Chamberlen*, que idealizou o primeiro instrumento em 1598. O fórceps trouxe mudanças radicais à assistência obstétrica, substituindo paulatinamente a embriotomia e desafiando a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana. Com a introdução deste instrumento, o “cuidar da parturiente”, percebido como um evento constituído de uma série de procedimentos ao pé-do-leito, ganhou uma expressão concreta com o fórceps. Tal instrumento permitia a visualização da luta do homem contra a natureza e a substituição do paradigma não-intervencionista, pela ideia de parto como um ato controlado pelo homem (LITOFF, 1982; OSAVA; TANAKA, 1997; MAMEDE et al, 2007).

O ensino médico da obstetrícia surge como especialidade em 1806, incorporando um conjunto de práticas tocológicas, com origem no conhecimento adquirido pelas parteiras. No entanto, no século XVII, a participação masculina no parto era ainda pouco frequente, devido a um forte sentimento contrário ao ingresso dos homens na arte de partejar e ao relativo atraso da tocologia médica, quando comparado ao desenvolvimento da medicina como um todo. A medicina moderna nasceu sob a tutela cirúrgica, e os primeiros cirurgiões que atendiam ao parto estava mais focado na hemostase, na sutura e na drenagem, fato que retardou o desenvolvimento de um saber voltado às particularidades da gestação e do parto (MAMEDE et al, 2007).

Segundo Mademe (1995), o uso do fórceps, obstétrico influen-

ciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, pois instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico. Diante deste movimento, por questões como a ausência de condições econômicas para adquirir o fórceps, de serem consideradas intelectualmente inferiores aos homens e incapazes de dominar novas técnicas e o fato de não serem condizentes com o paradigma intervencionista médico, as parteiras começaram a rejeitar este processo. Desta forma, o uso do fórceps permitiu a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela idéia do parto como um ato controlado pelo homem. Além disso, a regulamentação da prática exigiu que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las, como parte da estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças e, assim, legitimá-lo por meio das Universidades criadas no Renascimento (NAGAHAMA et al, 2005).

Paralelamente a este processo, nos séculos XVI e XVII, e desafio proposto era o modelo newtoniano-cartesiano ou mecanicista, o qual visava à racionalidade científica moderna, cujas características fundamentais eram: o mecanicismo, cuja concepção do universo, da natureza, do homem, compara-se às máquinas, governados por leis matemáticas exatas; o empirismo, no qual o conhecimento com valor científico era apenas aquele construído a partir de fatos concretos, passíveis de serem percebidos pelos sentidos e passíveis também de serem medidos e quantificados; o determinismo, o qual ao conhecer as leis que causam os fenômenos seria possível determinar com precisão a sua evolução; fragmentação, a qual propõe a decomposição do objeto em suas partes componentes para estudo; e o reducionismo, o qual compreende que todo acontecimento é explicado por relações de causalidade; separação entre mente/corpo, sujeito/objeto, ser humano/natureza, razão/intuição (LUZ, 1988; TAVARES, 1993; CAPRA, 1996).

Juntamente a este modelo proposto, no qual através da busca da racionalidade científica em que foram estudados os mecanismos de funcionamento do corpo humano, houve a compreensão do funcionamento do processo de ovulação, o qual gerou o entendimento de que a mulher possuía uma estrutura mais delicada do que a do homem e que desta forma deveria ser protegida pela medicina, havia a percepção de que o parto era um evento perigoso para a saúde. Consolidando, assim, com o proposto pelo modelo cartesiano do dualismo mente/corpo, em que o corpo masculino era considerado o protótipo desta máquina, o feminino era um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens. Desta forma, a prática da assistência ao parto se consolidou como exercício monopolizado dos médicos e, assim, foi legitimado e reconhecido (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005).

Pautado nas construções supracitadas, a formação do discurso médico da metade do século XIX relativo à obstetrícia caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades. O parto deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores sociais (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005).

Mesmo diante da construção dos conceitos da assistência ao parto, até o final do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por obstetrias/ parteiras. Naquele momento, as maternidades não eram consideradas um lugar seguro para as mulheres darem à luz, com altas taxas de morbidade e mortalidade em decorrência de infecção puerperal (TANAKA, 1995).

A progressiva institucionalização do parto se deu após a Segunda Guerra Mundial, quando os médicos, com a incorporação de novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, da as-

sepsia, da anestesia, da hemoterapia e da antibioticoterapia, conseguiram diminuir, significativamente, os riscos do parto hospitalar. O parto passou a ser visto como um processo patológico que merecia ser controlado a fim de evitar a morte materna e perinatal. Com isso, as parteiras tradicionais sofreram críticas a respeito do seu ofício e as parteiras diplomadas perderam a essência de partejar com arte e autonomia (TANAKA, 1995; PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Desta forma, o modelo de assistência obstétrica caracterizada por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas surgiu a partir do modelo intervencionista e curativo de assistência médica. A transferência do parto do ambiente doméstico para o contexto hospitalar foi acompanhada por uma série de transformações no processo de parturição (MAMEDE et al, 2007).

A institucionalização do parto

Com a institucionalização do parto, o lugar ativo da mulher (parturiente) e da criança no processo de parto e nascimento dá lugar ao profissional ativo, em que o protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento é substituído pela medicalização e consequente perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. A parturiente e o feto perdem o papel ativo neste processo, assumindo uma posição passiva, enquanto os profissionais passam a tomar o controle sobre o nascimento, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas (MAMEDE et al, 2007).

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente. O processo de institucionalização é precedido por regras fundamentadas nas relações institucionais, as quais têm como norteador os conceitos básicos de hierarquia, ordem e disciplina. A mulher perdeu a sua individualidade, autonomia

e sexualidade, em que há a separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Desta forma, a atenção à mulher e a criança organizam-se como uma linha de produção em que a mulher e a criança transformaram-se em propriedade institucional (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005).

O modelo de atenção ao parto e nascimento, marcado pela institucionalização, medicalização é chamado de “parto tecnocrático”, em que soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezando os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamentando-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. O parto é considerado um “ato médico” e de domínio das instituições de saúde, destituindo-se a mulher do seu papel de protagonista. Configura-se, assim, a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem “faz” o parto, no qual há o abuso de práticas invasivas e desnecessárias, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia (BRASIL, 2001; CARNEIRO; VILELA, 2003).

Como consequência da sua retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se vendo obrigada a submissão de uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ter uma conotação ameaçadora, a ser encarado pelas mulheres como um momento perigoso que ameaça a integridade da vida tanto dela quanto do seu bebê, sendo muitas vezes um momento temido e indesejado por elas. A cesariana surge como uma possibilidade de fuga deste sofrimento, de proteção da dignidade, já que o de parto “normal” passa a ser considerado como degradante e ameaçador. Por outro lado, a cesariana é vista pelos profissionais de saúde como modelo conveniente, pois troca a imprevisibilidade do parto normal por um planejamento taylorista das cesáreas, se apoiando no mito da tecnologia como sempre segura e eficaz (PASCHE et al, 2010).

Diante desta realidade, as Agências Internacionais de Desenvolvimento lançaram, em 1987, a Iniciativa por uma Maternidade Segura. O principal objetivo era dar visibilidade às dimensões e consequências das precárias condições de saúde materna e mobilizar ações para a redução das mortes maternas, que era de 71,5 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos

Este movimento estabeleceu estratégias no sentido de assegurar gestações e partos mais seguros para as mulheres e seus recém-nascidos. O resgate dos valores da humanização e naturalização do parto toma força (MAMEDE et al, 2007).

Processo Histórico de Humanização do parto

Frente a esta situação, por volta dos anos 1980, como reação ao “parto tecnocrático” e ao uso irracional de tecnologia no parto, surge o movimento de humanização do parto, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos a pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela prioridade das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento (DINIZ, 2005).

Em consonância com este momento, a Organização Mundial de Saúde –OMS, e o Brasil, Ministério da Saúde, entre outras entidades, iniciam movimento de revisão das praticas no campo obstétrico, propondo mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral (PASCHE et al, 2010).

Inicia-se uma construção coletiva nacional e internacional de crítica ao modelo hegemônico de assistência ao parto e com a proposição de um novo modelo de atenção, centrado na autonomia da mulher, na garantia de seus direitos e no estímulo ao parto normal.

Historicamente, a discussão sobre a humanização do parto e nascimento (DINIZ; DUARTE, 2004; DINIZ, 2005).

Reunindo profissionais de vários países, a OMS realiza em 1985 uma conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto, resultando desse encontro a Carta de Fortaleza, publicando recomendações baseadas no princípio do direito a informação e acompanhamento pré-natal pelas mulheres; do protagonismo da mulher em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação. Entre as recomendações registradas na Carta de Fortaleza, destaca-se: a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas; a liberdade de posição no parto; a presença de acompanhantes; a abolição de algumas práticas realizadas rotineiramente na assistência ao parto, como a aplicação de enemas, a tricotomia e a amniotomia; o uso seletivo da episiotomia e da indução do parto com ocitócitos. Ainda na Carta, argumenta-se que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma-se que nada justifica taxas maiores que 10% a 15% (OMS, 1985; PASCHE et al, 2010).

Nessa mesma época, profissionais, chamado Grupo da Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto, apoiados pela OMS, já com centenas de integrantes, se organizam para sistematizar estudos referentes às novas práticas empregadas na assistência ao parto e sua eficácia, associando-as a evidências científicas, ou seja, as mudanças sugeridas e as inovações já em curso além de um processo de construção contra-hegemônica do ponto de vista cultural, social e política, se pautam também nos marcos da ciência contemporânea, o que faz com que sejam colocadas como práticas recomendadas e referendadas, portanto seguras. Em 1989, publicou-se uma revisão exaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua

efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela OMS em 1996, sendo desde então conhecida como as Recomendações da OMS (DINIZ; DUARTE, 2004; DINIZ, 2005; PASCHE et al, 2010).

Em 1990, foi criada pela OMS e UNICEF a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, considerado a estratégia com maior impacto na mortalidade na infância e, segundo evidências científicas (BRASIL, 2010).

De acordo com a OMS, para que sejam contemplados os objetivos de uma maternidade segura, as mudanças devem ir além do acesso e oferta de serviços, mesmo entendendo a sua extrema importância, compreende-se que para que de fato a assistência seja dada com segurança as mulheres devem estar fortalecidas em seu protagonismo e os seus direitos humanos, incluindo direito a serviços de qualidade no parto respeitados. Este movimento toma caráter mais ampliado na década de 1990. Com o objetivo de possibilitar o empoderamento destas mulheres em seu processo de parto, em 1993 é criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa, um dos movimentos que visa a estimular a discussão e a experimentação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil (PASCHE et al, 2010).

Em consonância com o proposto, em 1995 é lançado no Brasil, o Projeto Maternidade Segura, que estabelece um conjunto de critérios e procedimentos técnicos com o objetivo de obter a eficácia da assistência prestada à mulher. Entre as estratégias encontra-se o incentivo ao parto normal e humanizado. Um dos maiores desafios da obstetrícia moderna é assegurar a qualidade da assistência humanizada à parturiente - conforto durante o trabalho de parto e aquelas que promovam um parto mais fisiológico e prazeroso possível para a mãe e família (MAMEDE et al, 2007).

Em 1996, a OMS publicou o documento *Assistência ao Parto Normal: um guia prático – Relatório de um grupo técnico*, apresentando as recomendações baseadas em evidências científicas sobre as práticas relacionadas ao parto normal, objetivando garantir os direitos das mulheres, diminuir as intervenções desnecessárias e questionar procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. Este guia classifica essas recomendações em quatro categorias: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2011).

A partir de 1998, o Ministério da Saúde lança uma série de ações voltadas a qualificar a assistência materno-infantil desde a assistência ao pré-natal, parto e nascimento até o puerpério e atenção integral a saúde da criança, com medidas que vão desde o incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno. Entre elas citam-se:

- Premio Galba de Araujo, que através da Portaria 2.883/1999, busca uma forma de evidenciar as instituições promotoras da “Humanização do parto e da dignidade da mulher”, de reconhecer e incentivar maternidades que se destaquem, não por sua estrutura física ou tecnológica, mas porque cada uma, dentro da sua realidade, apresente idéias, soluções e desenvolva práticas que busquem oferecer um atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados (BRASIL, 1999).
- Regulamentação do Centro de Parto Normal –CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS, Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999, define que os CPN são unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco

fora dos hospitais, ficando estes profissionais responsáveis por todos os cuidados prestados as mulheres e bebês, investindo de forma importante na mudança de modelo de atenção ao parto (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b; PASCHE et al, 2010).

- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Portaria 569, de 1º de junho de 2000, é instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde este programa, com vistas ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).
- Edita o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, em 2001, define o que considera humanização da assistência e defende a perspectiva de que as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna, preservadas (BRASIL, 2001).
- Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em 2000, assegurar a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais (BRASIL, 2011a)
- Método Canguru, lançado a partir da Portaria 693, de 5 de julho de 2000, institui um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro, tem como método colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe permitindo maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido (LAMY, 2005).

- Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, articulação dos atores sociais, em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2011a).
- Lei Federal 11.108, de 07 de abril de 2005, altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005).
- Lei Federal 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).
- Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais- PQM, lançado em 2010, é um projeto que compõe o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste brasileiros, qualificar/alterar a assistência, em 26 principais maternidades das regiões norte e nordeste, por meio de apoio institucional, os modos de organização de processos de gestão do trabalho, alterando relações entre equipes e usuários, na direção de uma melhor oferta de cuidados, impactando na redução das mortes infantis e maternas (PASCHE et al, 2010).
- Rede Cegonha instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e

ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011b).

- Estabelece as diretrizes para implantação e habilitação de centro de parto normal –CPN, Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a).
- Define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b).

Referências bibliográficas

ALMEIDA, M. S. A mulher e sua “destinação” à maternidade. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 9, n.1, p.46. Abril. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2883, de 04 de junho de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal 11.108, de 07 de abril de 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N. 2.418 de 2 de dezembro de 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal 11.634, de 27 de dezembro de 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portarias nº 904, de 29 de maio de 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013b.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. 447 p.

CARVALHO, M.P.S.; PINTO, S.R.G.; VAZ, M.J.R. **Parto Humanizado**: percepção de puerperas. Saúde Coletiva, vol. 2, núm. 7, 2005, pp. 79-83

DINIZ, C.S.G.; DUARTE, A.C. **Parto normal ou cesárea**. In: O Que Toda Mulher Deve Saber (E Todo Homem Também). Editora Unesp, 2004.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência da saúde coletiva**, 2005, 10.3: 627-37.

_____. **Violência contra a mulher**: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites, p. 15-44, 2006.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3):651-657,2005

MAMEDE, F.V.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G. Reflexões Sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. **R Enferm** 2007 jun; 11 (2): 331 - 6.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668,2005.

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS, L.M.S.; BARBOSA M, A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(2):386-91.

OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

PASCHE, D. F; VILELA, M. E. A. V.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. Revista da Universidade de Brasília. p. 105 - 117. 2010.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo. Cortez editora, 1989.

PROGIANTI, J.M; BARREIRA, I. A. A Obstetrícia do saber feminino a medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista Enfermagem**. UERJ. Rio de Janeiro. V.9.n.1, 2001.

TANAKA, A. C. d' A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 107 p.

TAVARES, C. S. C. **Iniciação à visão holística**. Rio de Janeiro: Record, 1993. 167 p.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Mayane Vilela Pedroso

Marta Azevedo dos Santos

A Rede de Atenção à Saúde – RAS, é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão à saúde e aperfeiçoar o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, visando assegurar o cuidado integral ao usuário (BRASIL, 2010a).

A primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde nas quais os serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada, surgiu na década de 1920 no Reino Unido, como resultado de um debate de mudanças no sistema de proteção social do país, após a I Guerra Mundial (BRASIL, 2012b). Era preciso que atendesse às necessidades da população de forma eficaz, além de serem acessíveis e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no domicílio quanto nos centros de saúde (OPAS, 2011).

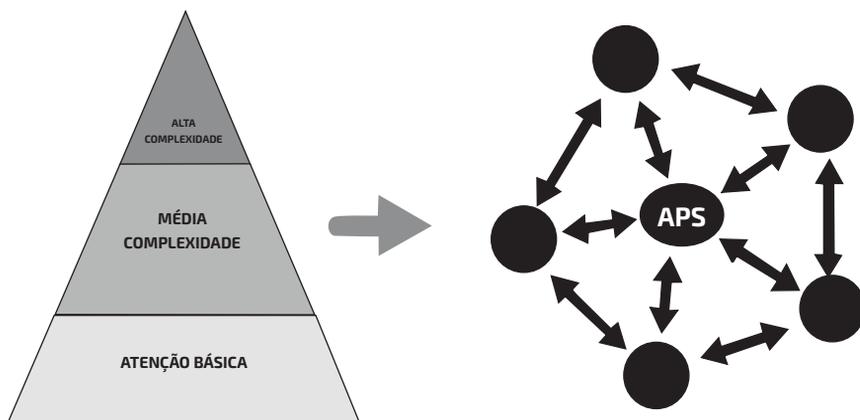
No Brasil as diretrizes para a organização das RAS foram oficializadas pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010. A implantação das RAS aponta para maior eficácia na produção da saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS (MAIA, 2013).

A RAS é definida como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Desta forma, ela objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde pautados na atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de possibilitar o melhor desempenho do SUS em relação ao acesso, à equidade, à eficácia clínica e sanitária e à eficiência econômica (BRASIL, 2013).

No SUS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. É composto por três níveis de atenção à saúde: básica, média e alta complexidade, que se intercomunicam em rede (BRASIL, 2011a), bem como, devem estabelecer relação direta, com a Atenção Primária à Saúde. A figura abaixo mostra a organização desse novo modelo de atenção.

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para RAS.



Fonte: MENDES, 2012.

Nesse sentido, os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços em que se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as Unidades Básicas de Saúde –UBS, as academias da saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas. Ressalta-se que os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à Saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010a).

A atenção básica ou Atenção primária é a ordenadora e coordenadora desse serviço e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, direcionadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011a).

Atenção Básica

A atenção básica é o centro de comunicação da RAS, possui papel-chave na sua estruturação por constituir o primeiro contato preferencial dos usuários, família e comunidades. É o primeiro nível de atenção, realiza e coordena o cuidado em todos os demais pontos da rede de atenção, é primordial para o funcionamento da rede sendo o centro de comunicação, porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (BRASIL, 2010a).

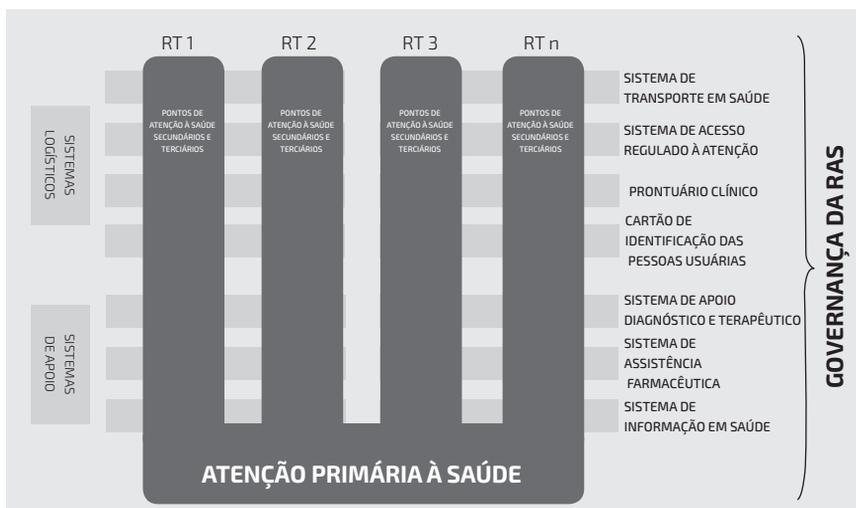
As Redes de Atenção à Saúde, ao ter como centro de comunicação a Atenção Básica e como referência o usuário/família/comunidade e suas necessidades, não constitui um modelo assistencial previamente definido (CECÍLIO, 1997). Possibilita resultados mais positivos devido à redução da fragmentação da atenção, favorecendo o cuidado integral.

A atenção básica é o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários nos demais pontos de atenção à saúde do SUS. Atua como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado dos usuários, em uma relação horizontal e integrada, que objetiva produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Pode se pensar a atenção básica como o centro de conexão de uma rede destituída de hierarquias, que ordena e reconhece as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribuindo para que o acesso aos serviços de saúde se efetive em rede (BRASIL, 2011a).

Considerando esse modelo de atenção, o Ministério da Saúde em 2011, definiu as redes com a criação de cinco redes temáticas prioritárias, organizada de acordo com as necessidades de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas que acometem a comunidade, que são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (MENDES, 2012).

A figura abaixo representa a estrutura operacional dessas redes de temáticas.

Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, (2012).

Uma diferença fundamental das redes prioritárias é que, somente os pontos de atenção secundária e terciária são de fato temáticos, Atenção Primária de Saúde ou Atenção Básica e os sistemas de apoio, logístico e de governança são comuns e organizam-se de forma transversal a todas as redes temáticas (MAIA, 2013).

Atenção Especializada – Rede Temática

Após 30 anos de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, PAISM, o Brasil ainda enfrenta altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, estudos mostram que embora o crescimento desse grupo de causas talvez seja influenciado pela melhor identificação dos óbitos, resultante tanto da qualificação do sistema de informação sobre morta-

lidade – SIM, como da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a assistência pré-natal ainda se mostra insuficiente para evitar essa ocorrência (MAIA, 2013).

Em busca desse objetivo para garantir uma integralidade do cuidado surge a Rede Cegonha – RC, em 2011, para sistematizar e institucionalizar o modelo que vinha sendo discutido desde a criação do PAISM (BRASIL, 2010b). Os objetivos da RC de acordo com o artigo 3º da Portaria nº 1.459 de 2011, do Ministério da Saúde, contemplam a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna Infantil que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil.

Essa rede contempla quatro componentes, sendo o primeiro a qualificação do pré-natal com o objetivo de aumentar o percentual de realização de consultas. O MS preconiza alguns indicadores como: o mínimo de 6 consultas durante a gestação, as quais são mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28ª a 36ª semanas, e semanais no termo. Para obter melhor resultado, é necessário ter a captação precoce das gestantes, ou seja, até a 12ª semana. É necessário realizar os exames obtendo os resultados em tempo oportuno e oferecer e acolher as informações das gestantes pertinentes a esse processo (SILVA, 2011).

O segundo componente é do parto e nascimento, com o objetivo de melhorar a atenção ao parto, foram definidos alguns indicadores. São eles: conhecendo o local do parto (visita guiada), oferecer as boas práticas de atenção ao parto e nascimento como: presença do acompanhante de livre escolha em todo processo do parto e pós-parto, liberdade de posição para o parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor (bola, chuveiro, massagens, banheira, escada de *sling*, cavalinho, banheira), contato pele a pele imediato, clampeamento do cordão em tempo oportuno, amamentação na primeira hora de vida, redução de episiotomia, ambiente calmo e penumbra, direito à privacidade entre outros.

O terceiro é o do puerpério e atenção integral à saúde da criança até 24 meses visando a redução da taxa de mortalidade materno infantil, prestando atenção integral na primeira semana de vida após o parto, garantindo a visita domiciliar e a consulta puerperal, verificando as condições da mãe e bebê, desde exame físico de ambos, vacinas, amamentação até o vínculo familiar. O último é do sistema logístico: transporte sanitário e regulação que possa garantir o acesso a serviços em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2012b).

O estado do Tocantins aderiu a Rede Cegonha em outubro de 2011. Elabora o I Plano de Ação Regional da Rede Cegonha em abril de 2012 e publicada a Portaria nº2.296, de 2 de outubro de 2012, a qual implementa a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins. Portaria esta que define e aloca os recursos financeiros para sua implementação (TOCANTINS, 2012; BRASIL, 2012a).

Para a implantação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins, em 2011, foram criadas cinco fases operacionais, a primeira - adesão e diagnóstico - definir o processo a partir dos dados epidemiológicos de atenção à saúde materna e infantil. A segunda - desenho regional da Rede Cegonha, elaborar mapas de análise de acordo com a situação da saúde da mulher e da criança, nas 8 regiões de saúde do Estado. A terceira - contratualização dos pontos de atenção e elaborar os Planos de Ações dos Municípios a partir do desenho regional, em 2013. Os 139 municípios aderiram a rede com pactuação desse plano. A penúltima foi de qualificação dos componentes, implementar as ações definidas para cada componente da rede (os indicadores), de acordo com os planos de ações regionais. A quinta e última fase, é da certificação, onde Ministério da Saúde avaliou as ações realizadas de acordo com os componentes implantados (BRASIL, 2011b).

Portanto, a Rede Cegonha veio com a proposta de mudar a assistência à mulher, como diz a antropóloga americana Davis-Floyd (2000), especialista em antropologia do nascimento. O modelo até então utilizado era o modelo tecnocrático, no qual se separa corpo e

mente; corpo da mãe funciona como uma máquina, o hospital como uma fábrica e o bebê como o resultado de um processo industrial.

Referências bibliográficas

BRASIL. Senado Federal. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Saúde**. 2010a.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010b.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459. Institui no âmbito no Âmbito do Sistema único de Saúde –SUS- a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde., junho de 2011a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011b**: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2011b.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.296. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins e aloca recursos financeiros para sua implementação. Ministério da Saúde, outubro de 2012a.

_____. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, p. 7-12. 2012b.

CECÍLIO, L.C.O Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, 1997.

DAVIS-FLOYD, R. E. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.** In: International journal of gynecology & obstetrics. Internacional Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brasil, p. 5-23. 2-4 nov 2000. Resumo e tradução por Adriana Tanese Nogueira.

MAIA, M. N. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro.** 2013. Dissertação Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: Il.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Atenção à Saúde coordenada pelo APS: construindo as Redes de Atenção no SUS – contribuições para o debate.** Navegador SUS: série técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde. Brasília, p. 5-25. 2011.

SILVA, L. C. F. P., QUEIROZ, M. R.; REIS, J. G.; SANTINON, E. P.; DINIZ, C. S. G; ARAÚJO, N. M.; TRINTINÁLIA, M. M. J. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Revista do Âmbito Jurídico**, v. 16, n. 93, p. 1-15. 2011.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense.** Caderno 1: Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-Natal e Puerpério. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012.



PARTE II
EXPLORANDO O TERRITÓRIO

CONTEXTO DA PESQUISA

Marta Azevedo dos Santos

Raphaella Pizani Castor Pinheiro

Renata Andrade de Medeiros Moreira

O Estado do Tocantins aderiu a Rede Cegonha em outubro de 2011, realizando no interstício de 2011 a 2103 um total de três Planos de ação da Rede de modo que contemplou a adesão nas oito Regiões de Saúde do Estado.

Porém, a ausência de pesquisas na perspectiva dos trabalhadores de saúde, da relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento, no estado do Tocantins, foi um fator importante no desenho deste estudo, bem como conhecer o entendimento dos profissionais de saúde e principais atores envolvidos na implementação e efetivação das políticas públicas, no que tange a Rede de humanização, no contexto da saúde da mulher, desde a atenção básica até a atenção Especializada.

Os dados apresentados neste capítulo, refere-se a uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa. Identifica dados descritivos da situação da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, no estado do Tocantins. Os dados quantitativos de levantamento do panorama estadual quanto a assistência materna infantil, no período de 2009 a 2013, foram realizados a partir dos dados ofertados pelo DATASUS nos sistemas de informação: Sistema de Informação de Mortalidade SIM; Sistema de Informações de Nascidos Vivos SINASC; Sistema de Informação do Pré-Natal SISPRENATAL; e Sistema de Informação dos Planos de Ação das Redes Temáticas SISPART.

O estudo qualitativo, com natureza analítica propõe analisar o entendimento dos trabalhadores sobre a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento. Os sujeitos da pesquisa foram: os trabalhadores dos cinco hospitais contemplados com o componente parto e nascimento pelo I Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha – Tocantins, sendo eles: Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital Municipal de Tocantinópolis, Hospital e Maternidade Dom Orione, Hospital Regional de Miracema e Hospital e Maternidade Dona Regina; e os trabalhadores da Atenção Básica dos cinco municípios contemplados com os quatro componentes da Rede Cegonha, sendo eles: Augustinópolis, Tocantinópolis, Araguaína, Miracema e Palmas. A amostra, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, onde o significado é individual, será composta por dois profissionais por instituição, compreendendo o total de 24 sujeitos. Desta forma, serão entrevistadas 20 trabalhadores, sendo estes, 10 da atenção Básica dos municípios contemplados pelo componente parto e nascimento no I Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e 10 dos Hospitais contemplados pelo componente parto e nascimento no I Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. Critérios de inclusão: trabalhar na Atenção Básica ou Hospital no período de 2009 a 2013, estar na assistência a mulher neste período. Critérios de exclusão: Não ser trabalhador da área da saúde.

Os dados apresentados, forma extraídos da análise das respostas coletas pela técnica da entrevista. Estas compreende-se como um conjunto de técnicas da comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo a partir do discurso dos trabalhadores (BARDIN, 1977).

Para análise das variáveis quantitativas foi utilizada estatística descritiva simples, calculando frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão.

A seguir, discorreremos sobre percepção. Base teórica para compreender como os profissionais percebem a Rede Cegonha.

Percepção

A percepção, bem como as sensações, linguagem, pensamento e memória são sistemas funcionais complexos. Compreendidos enquanto unidades ou sistemas complexos, fazem as conexões através da participação de grupos estruturais cerebrais que trabalham de modo integrado na organização da unidade ou sistema, não estando assim localizado em uma única área delimitada do cérebro (FREITAS, 2011).

O processo de percepção, relacionado a objetos inteiros ou situações, surge como resultado de um complexo trabalho de análises e síntese, que ressalta os indícios essenciais e inibe os indícios secundários, combinando os detalhes percebidos num todo apreendido. Para tal, é necessária a discriminação do conjunto de indícios atuantes (cor, forma, propriedades táteis, peso, sabor, etc.), indícios básicos determinantes com a abstração simultânea de indícios inexistentes. Requer a unificação do grupo dos principais indícios e o cotejo do conjunto de indícios percebidos e despercebidos com os conhecimentos anteriores do objeto (LURIA, 1994).

Para que o processo ocorra, as estruturas cerebrais operam de modo combinado na organização das representações mentais. Para termos a percepção são combinadas ações de três unidades funcionais: a primeira que proporciona o tom cortical necessário, a segunda realiza a análise e a síntese da informação recebida e a terceira ocupa-se dos movimentos de busca dos conteúdos anteriores que proporcionam a conduta perceptiva do ser (FREITAS, 2005).

Este processo pode se dar de duas maneiras: a comparação da hipótese do objeto proposto coincide com a informação obtida, ocorrendo a identificação do objeto e o processo de percepção se conclui; e, no resultado dessa comparação não ocorra a coincidência entre hipótese com a informação que realmente chega ao sujeito, inicia-se então a procura da solução adequada enquanto o sujeito não encon-

trá-la, noutros termos, enquanto ele não identificar o objeto ou não incluí-lo em determinada categoria (LURIA, 1994).

O processo de informação não é, de modo algum, o resultado da simples excitação dos órgãos dos sentidos e da simples chegada ao córtex cerebral das excitações que surgem nos receptores periféricos (a pele, os olhos). No processo de percepção estão sempre incluídos componentes motores em forma de apalpação do objeto, de movimento dos olhos que distingue os pontos mais informativos, de emissão de sons correspondentes que desempenham papel essencial no estabelecimento das peculiaridades mais importantes do fluxo sonoro. Sendo o processo de percepção uma atividade receptora do sujeito (LURIA, 1994).

Desta forma, a atividade perceptiva compreende o resultado do trabalho conjunto dos vários órgãos dos sentidos (analisadores) em cujo formando as concepções do sujeito. Vale ressaltar que o processo de percepção do objeto nunca se realiza em nível elementar e sua composição tem sempre como integrante o nível superior de atividade psíquica, particularmente a fala (discurso) (LURIA, 1994).

Através da fala o sujeito nomeia os objetos e as situações de forma que ele sempre os designa pela palavra, apreendendo mais a fundo as propriedades e os categorizando de acordo com a sua história de vida e percepções anteriores. Refletindo assim os aspectos culturais e históricos do sujeito neste processo (DE CARVALHO, 2000).

A legitimidade das percepções e sua correspondência com a realidade vivenciada pelo sujeito se comprovam na prática social. As atividades práticas do sujeito são fundamentadas nas suas percepções.

A percepção humana está condicionada pela prática social, uma vez que o sujeito ao relacionar-se com outras pessoas por meio da fala assimila a experiência acumulada por ele e pela sociedade, ao mesmo tempo em que completa e comprova sua prática pessoal com a dos demais (RAYS, 1996).

Referências bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459. Institui no âmbito no Âmbito do Sistema único de Saúde –SUS- a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde., junho de 2011a

DE CARVALHO, G. M. M. Levantamento de questões sobre a relação entre percepção e linguagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13. Número 1, 2000.

FREITAS, N.K. Representações Mentais, Imagens Visuais e Conhecimento no Pensamento de Vigotsky. **Ciências & Cognição**, v. 6, n. 1, p. 109-112, 2005.

LURIA, A. R. **Curso de psicologia geral. v. II**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.

RAYS, O. A. A relação teoria-prática na didática escolar crítica. **Didática: o ensino e suas relações**. Campinas: Papirus, 1996.

REDE CEGONHA NO ESTADO DO TOCANTINS

Raphaella Pizani Castor Pinheiro
Margarida Araújo Barbosa Miranda
Renata Andrade de Medeiros Moreira

O Estado do Tocantins

Os presentes dados foram utilizados para o mapeamento do Estado do Tocantins para a elaboração do Plano de Ação da Rede Cegonha no período de 2011/2012, dados referentes ao CENSO de 2010, então Sistema de Atenção Básica –SIAB 2012, Sistema Nacional de Nascidos Vivos –SINASC de 2011 e Sinstema de Informação sobre Mortalidade – SIM de 2011.

O Estado do Tocantins possui 277.620,914 Km² de área territorial, dividido em 139 municípios que compõem 8 Regiões de Saúde, o que equivale a 3,3% do território brasileiro e 7,2% da região norte. Com população de 1.383.453 habitantes e densidade demográfica de 4,98 hab/ Km² (IBGE, 2010).

Do total de municípios, 57,6% (80) possuem populações inferiores a 5.000 habitantes; 34,5% (48) entre 5.000 e 20.000 habitantes e 7,9% (11) tem população superior a 20.000 habitantes, dois municípios com população superior a 100.000 habitantes (Palmas e Araguaína), nestes municípios encontram-se 52% da população do estado (IBGE, 2008).

Aspectos Gerais e de Condições de Vida da População:

- Famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família/ESF: 359.229 (SIAB, 2012)
- Cobertura da ESF: 83% (SIAB, 2012)
- 96,7 da população é usuária do SUS
- Domicílios com rede de abastecimento de água pública: 77,76% (SIAB/2012)
- Domicílios com lixo coletado: 76,42% (SIAB/2012)
- Domicílios com rede de esgoto: 10,35% (SIAB/2012)
- Domicílios com fossa (qualquer tipo): 77,49% (SIAB/2012)
- Domicílios com energia elétrica: 92,47% (SIAB/2012)
- IDH 1991 (0,631) a 2000 (0,721) com aumento de 13,6% de expectativa de vida (Estimativa 2008 – IBGE)
- O Estado possui 7 etnias indígenas distribuídas em 82 aldeias e 15 comunidades quilombolas.

Taxa de natalidade em 2010 foi de 24,47/1000 nascidos vivos, a expectativa de vida é de 71,9 anos (dados de 2009). A população feminina em 2010 é de 681.021 e a masculina de 702.424 habitantes, mulheres em idade fértil, 10 aos 49 anos corresponde a 448.896 (SINASC, 2011).

Taxas de mortalidade no Estado em 2010 foram: Mortalidade geral de 0,46%, mortalidade infantil de 1,6%, mortalidade de mulheres em idade fértil de 0,06%, mortalidade materna de 7,35% e óbitos fetais de 0,91% (SIM, 2011).

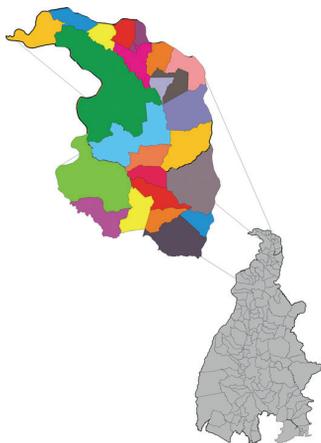
A Rede Estadual de Saúde conta com Unidades Básicas de Saúde em 100% dos municípios e serviços de referência de média e alta complexidade, regionalizados: cobertura de 76% da Estratégia de

Saúde da Família no Estado, além de outros serviços de referências como hospitais, ambulatórios, pronto atendimento, centros de convivência, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

As Regiões de Saúde do Estado do Tocantins

- Região de Saúde Bico do Papagaio

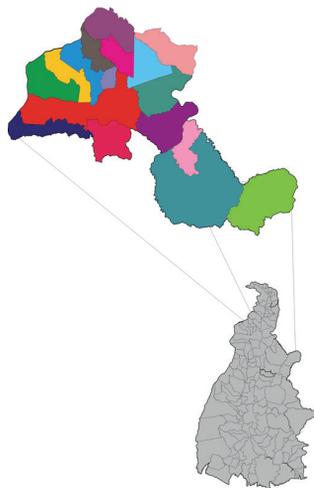
A Região de Saúde Bico do papagaio é composta por 24 municípios (Arguanópolis, Ananás, Angico, Araguatins, Augustinópolis, Axixá do Tocantins, Buriti do Tocantins, Cachoeirinha, Carrasco Bonito, Esperantina, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia do Tocantins, Nazaré, Palmeiras do Tocantins, Praia Norte, Riachinho, Sampaio, Santa Terezinha do Tocantins, São Bento do Tocantins, São Miguel do Tocantins, São Sebastião do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, Tocantinópolis), com população Total da Região de 197.367 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



* Fonte dos mapas: IBGE, 2010.

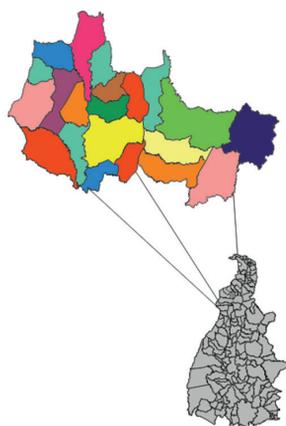
- Região de Saúde Médio Norte Araguaia

A Região de Saúde Médio Norte Araguaia é composta por 17 municípios (Aragominas, Araguaína, Araguaianã, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins, Muricilândia, Nova Olinda, Pau D'arco, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, Wanderlândia, Xambioá), com população total da Região é de 276.756 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



- Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia

A Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia é composta por 23 municípios (Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia do Tocantins, Centenário, Colinas do Tocantins, Colméia, Couto Magalhães, Goianorte, Guaraí, Itacajá, Itapiratins, Itaporã do Tocantins, Juarina, Palmeirante, Pedro Afonso, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia, Santa Maria do Tocantins, Tupirama, Tupiratins), com população total da Região de 146.205 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



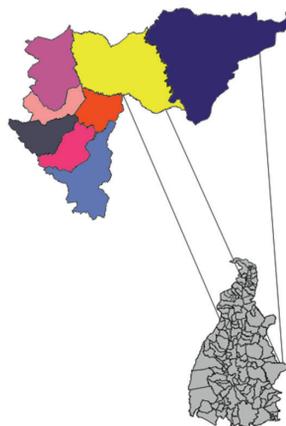
- Região de Saúde Capim Dourado

A Região de Saúde Capim Dourado é composta por 14 municípios (Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins e Tocantínia), com população Total da Região de 301.576 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



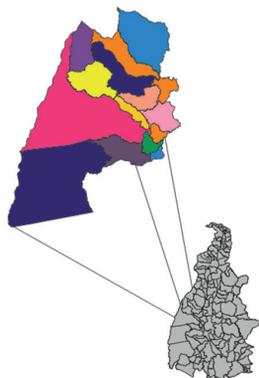
- Região de Saúde Amor Perfeito

A Região de Saúde Amor Perfeito é composta por 12 municípios (Brejinho de Nazaré, Chapada da Natividade, Fátima, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Pindorama do Tocantins, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rosa do Tocantins, Silvanópolis), com população total da região de 102.303 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



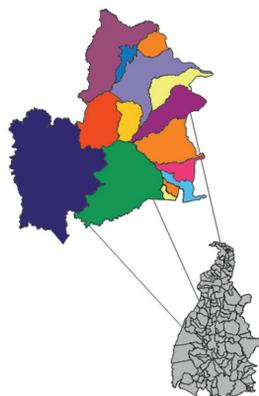
- Região de Saúde Cantão

A Região de Saúde Cantão do Estado composta por 16 municípios (Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Chapada de Areia, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Dois Irmãos do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Monte Santo do Tocantins, Nova Rosalândia, Oliveira de Fátima, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil), com população total da região de 115.685 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



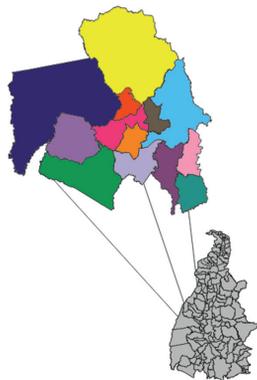
- Região de Saúde Ilha do Bananal

A Região de Saúde Ilha do Bananal do Estado do Tocantins é composta por 18 municípios (Aliança do Tocantins, Alvorada, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Gurupi, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Sandolândia, Santa Rita do Tocantins, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira, Talismã), com população total da região é de 171.546 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



- Região de Saúde Sudeste

A Região de Saúde Sudeste é composta por 15 municípios (Almas, Arraias, Aurora do Tocantins, Combinado, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Lavandeira, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Porto Alegre do Tocantins, Rio da Conceição, Taguatinga, Taipas do Tocantins), com população total da região de 92.376 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).



A Rede Cegonha no Estado do Tocantins

A implantação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins foi realizada em duas etapas: a primeira foi a elaboração do Plano de Ação da Rede Cegonha que define a **alocação de** recursos financeiros para sua implementação, para as etapas I e II.

Contemplou as regiões de Saúde Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia e Capim Dourado, considerado como critérios de elegibilidade maior densidade populacional, número de partos realizados, número de serviços assistenciais de risco habitual e alto risco; e a segunda etapa contemplou as demais regiões de saúde: Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste.

O primeiro plano de Ação da Rede Cegonha para o Estado do Tocantins foi aprovado pela Portaria nº 2.296, de 2 de outubro de 2012.

A II Etapa, aprovado pela Portaria nº 2.593, de 31 de outubro de 2013, já referente à **implantação** da rede nas Regiões de Saúde de Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Além da elaboração dos Planos de Ação da Rede Cegonha realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde, cada município deveria elaborar um plano de ação municipal elencando as atividades que contemplem a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e nascimento dividindo as responsabilidades entre as três esferas de governo (Município, Estado e União).

O desenho da Rede Cegonha no Estado do Tocantins contempla o risco habitual de pré-natal a ser realizado pela Estratégia Saúde da Família nos 139 municípios. Os procedimentos de parto e nascimento de risco habitual são referências conforme a região de saúde os seguintes Hospitais: Hospital Municipal de Tocantinópolis, Hospital Regional de Guaraí, Hospital Municipal de Colinas, Hospital Regional de Pedro Afonso, Hospital Regional de Miracema, Hospital Regional de Paraíso, Hospital e Maternidade Tia Dedé - Porto Nacional, Hospital Regional de Gurupi, Hospital Regional de Dianópolis e Hospital Regional de Arraias; Hospitais de Referência para Alto Risco: Hospital Regional de Augustinópolis (Região de Saúde Bico do Papagaio), Hospital e Maternidade Dom Orião - Araguaína (Região de Saúde Médio Norte Araguaia e Cerrado Tocantins Araguaia) e Hospital e Maternidade Dona Regina (Região de Saúde Capim Dourado, Cantão, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste).

Análise situacional da assistência materna infantil no Estado do Tocantins no período de 2009 a 2013 em cinco municípios aderidos ao Plano da Rede Cegonha

Características das gestantes

Na análise da prevalência de gestantes por faixa etária notou-se que em Augustinópolis (2009: 20,75% e 2013: 17,54%), Miracema (2009: 25,75% e 2013: 16,55%) e Tocantinópolis (2009: 24,93% e 2013: 17,68%) houve redução de adolescentes grávidas. Já Palmas (2009: 18,94 e 2013: 22,63) e Araguaína (2009: 19,94 e 2013: 20,13), pode-se verificar que há uma ascensão nos números de adolescentes grávidas (Tabela 1).

Na faixa-etária dos 20 aos 29 anos, entre os anos de 2009 a 2013, em Araguaína (2009: 19,35% e 2013: 20,80) e Palmas, (2009: 18,57% e 2013: 20,80%) sobe o percentual de mulheres grávidas. Descendendo estes números para Augustinópolis (2009: 19,35% e 2013: 18,35%), Miracema (2009: 23,84 e 2013: 16,83% e Tocantinópolis (2009: 26,11% e 2013: 15,27%)

Na faixa etária entre 40 a 49 anos, apenas em Palmas (19,96% e 25,10%) houve um aumento no índice de mulheres grávidas.

Ainda que haja um aumento de mulheres grávidas em alguns destes municípios, os números são maiores na linha descendente de gravidez no estado do Tocantins entre 2009 a 2013.

Tabela 1 – Prevalência da idade de gestantes em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

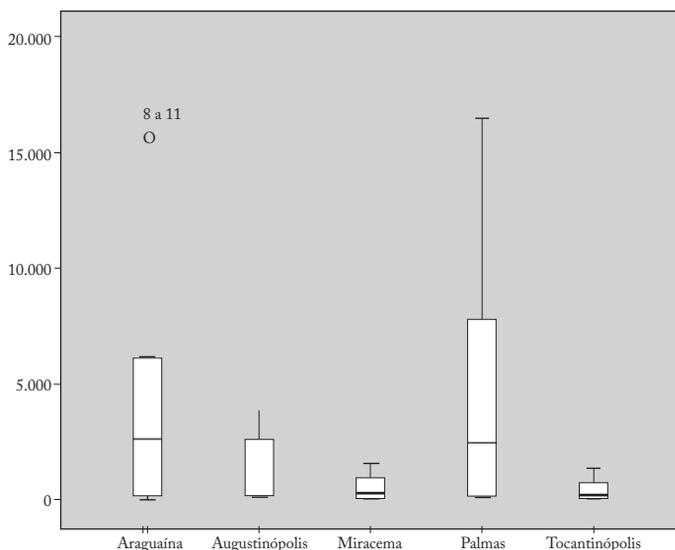
Faixa etária	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
10 a 19 anos	2009	19,94% (n = 1423)	20,75% (n = 600)	25,75% (n = 249)	18,94% (n = 1008)	24,93% (n = 186)
	2010	19,62% (n = 1400)	21,96% (n = 635)	24,92% (n = 241)	18,34% (n = 976)	24,13% (n = 180)
	2011	20,14% (n = 1437)	21,31% (n = 616)	21,20% (n = 205)	19,20% (n = 1022)	17,83% (n = 133)
	2012	20,17% (n = 1439)	18,44% (n = 533)	11,58% (n = 112)	22,90% (n = 1219)	17,43% (n = 130)
	2013	20,13% (n = 1436)	17,54% (n = 507)	16,55% (n = 160)	22,63% (n = 1098)	17,68% (n = 117)
20 a 29 anos	2009	19,35% (n = 2904)	19,12% (n = 986)	23,84% (n = 401)	18,57% (n = 2958)	26,11% (n = 383)
	2010	19,67% (n = 2953)	21,68% (n = 1118)	22,53% (n = 379)	19,05% (n = 3034)	21,95% (n = 322)
	2011	19,82% (n = 2975)	21,31% (n = 1099)	19,44% (n = 327)	20,72% (n = 3300)	21,06% (n = 309)
	2012	20,37% (n = 3057)	19,53% (n = 1007)	17,36% (n = 292)	20,87% (n = 3324)	15,61% (n = 229)
	2013	20,80% (n = 3122)	18,35% (n = 946)	16,83% (n = 283)	20,80% (n = 3314)	15,27% (n = 224)
30 a 39 anos	2009	17,82% (n = 909)	18,13% (n = 231)	21,58% (n = 101)	16,59% (n = 1270)	20,35% (n = 69)
	2010	18,71% (n = 954)	19,78% (n = 252)	20,30% (n = 95)	17,81% (n = 1363)	17,70% (n = 60)

Continuação da Tabela 1 – Prevalência da idade de gestantes em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

Faixa etária	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
30 a 39 anos	2011	18,65% (n = 951)	21,59% (n = 275)	16,45% (n = 77)	20,10% (n = 1538)	22,12% (n = 75)
	2012	21,94% (n = 1119)	21,43% (n = 273)	19,02% (n = 89)	22,02% (n = 1685)	18,88% (n = 64)
	2013	22,88% (n = 1167)	19,07% (n = 243)	22,65% (n = 106)	23,48% (n = 1797)	20,94% (n = 71)
40 a 49 anos	2009	18,80% (n = 72)	22,94% (n = 25)	25,93% (n = 7)	16,92% (n = 89)	26,92% (n = 7)
	2010	20,10% (n = 77)	20,18% (n = 22)	14,81% (n = 4)	18,82% (n = 99)	26,92% (n = 7)
	2011	18,28% (n = 70)	19,27% (n = 21)	11,22% (n = 3)	19,20% (n = 101)	11,54% (n = 3)
	2012	19,32% (n = 74)	19,27% (n = 21)	22,22% (n = 6)	19,96% (n = 105)	19,23% (n = 5)
	2013	23,50% (n = 90)	18,35% (n = 20)	25,93% (n = 7)	25,10% (n = 132)	15,38% (n = 4)

Quanto ao grau de instrução das gestantes entre 2009-2013 teve maior prevalência de 8 a 11 anos de estudo (Araguaína: 58,21%, Augustinópolis: 40,88%, Miracema: 50,60%, Palmas: 55,95%, Tocantinópolis: 52,40%), seguido de 4 a 7 anos de estudo (Araguaína: 22,22%, Augustinópolis: 27,52%, Miracema: 30,85%, Palmas: 14,47%, Tocantinópolis: 28,20%) em todos os municípios. Pode-se perceber no Gráfico 1 que o grau de instrução é melhor em Araguaína e Palmas, municípios maiores do Estado do Tocantins, uma vez que a mediana apresentada de anos de estudos são maiores.

Gráfico 1 – Grau de Instrução das gestantes em 5 municípios do Estado do Tocantins 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha



Número de consultas pré-natal

O número de consultas pré-natal é um indicador de qualidade da Saúde da Mulher e da Criança, podendo reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil, sendo recomendado o mínimo de 6 consultas durante a gestação (BRASIL, 2012).

Nos dados coletados no SISPRENATAL foi observado que após a implementação da Rede Cegonha houve redução da prevalência de gestantes que não fizeram nenhuma consulta em Araguaína (2011: 20,00% e 2013: 9,73%), Miracema (2011: 26,51% e 2013: 13,25%) e Tocantinópolis (2011: 30,56% e 2013: 18,06%), porém esses valores ainda permanecem elevados (Tabela 3).

Ainda verificou-se um aumento da realização de 4 a 6 con-

sultas em Araguaína (2011: 19,74% e 2013: 21,33%), Augustinópolis (2011: 10,02% e 2013: 17,08%) e Miracema (2011: 18,52% e 2013: 18,75%). Quanto à prevalência de realização de 7 ou mais consultas de pré-natal notou-se aumento nos municípios de Araguaína (2011: 19,64% e 2013: 21,10%), Augustinópolis (2011: 9,82% e 2013: 23,48%), Miracema (2011: 20,40% e 2013: 21,84%) e Palmas (2011: 19,05% e 2013: 22,56%) (Tabela 3).

Tabela 2 – Número de consultas pré-natal em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

Número de Consultas	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
Nenhuma	2009	53 (28,65%)	20 (21,05%)	11 (13,25%)	34 (7,93%)	8 (11,11%)
	2010	48 (n = 25,95%)	17 (17,89%)	14 (16,87%)	80 (18,65%)	11 (15,28%)
	2011	37 (20,00%)	12 (12,63%)	22 (26,51%)	86 (20,05%)	22 (30,56%)
	2012	29 (15,68%)	23 (24,21%)	25 (30,12%)	87 (20,28%)	18 (25,00%)
	2013	18 (9,73%)	23 (24,21%)	11 (13,25%)	142 (33,10%)	13 (18,06%)
1 a 3	2009	409 (21,94%)	184 (8,27%)	205 (29,16%)	383 (15,92%)	95 (24,42%)
	2010	381 (20,44%)	190 (8,54%)	207 (29,45%)	500 (20,78%)	97 (24,94%)
	2011	364 (19,53%)	1295 (58,18%)	135 (19,20%)	546 (22,69%)	91 (23,39%)
	2012	351 (18,83%)	277 (12,44%)	82 (11,66%)	493 (20,49%)	55 (14,14%)
	2013	359 (19,26%)	280 (12,58%)	74 (10,53%)	484 (20,12%)	51 (13,11%)

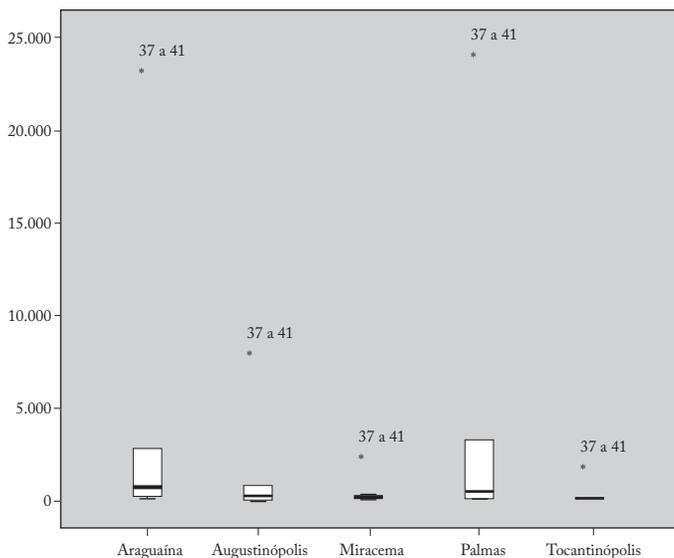
Número de Consultas	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
4 a 6	2009	1994 (19,03%)	969 (24,71%)	330 (25,25%)	1785 (19,29%)	348 (30,42%)
	2010	1997 (19,06%)	1178 (30,04%)	288 (22,04%)	1688 (18,24%)	249 (21,77%)
	2011	2068 (19,74%)	393 (10,02%)	242 (18,52%)	2007 (21,69%)	201 (17,57%)
	2012	2182 (20,83%)	712 (18,15%)	202 (15,46%)	1923 (20,78%)	163 (14,25%)
	2013	2235 (21,33%)	670 (17,08%)	245 (18,75%)	1851 (20,00%)	183 (16,00%)
>7	2009	2840 (18,90%)	653 (20,61%)	206 (19,73%)	3098 (18,00%)	234 (20,22%)
	2010	2957 (19,68%)	638 (20,14%)	207 (19,83%)	3189 (18,53%)	252 (21,78%)
	2011	2951 (19,64%)	311 (9,82%)	213 (20,40%)	3278 (19,05%)	51 (22,13%)
	2012	3108 (20,68%)	822 (25,95%)	190 (18,20%)	3764 (21,87%)	212 (18,32%)
	2013	3171 (21,10%)	744 (23,48%)	228 (21,84%)	3882 (22,56%)	203 (17,55%)
Ignorado	2009	17 (18,09%)	18 (78,26%)	6 (66,67%)	35 (14,40%)	6 (27,27%)
	2010	1 (1,06%)	4 (17,39%)	3 (33,33%)	47 (19,34%)	6 (27,27%)
	2011	23 (24,47%)	1 (4,35%)	0 (0,00%)	62 (25,51%)	1 (4,55%)
	2012	21 (22,34%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	89 (36,63%)	1 (4,55%)
	2013	32 (34,04%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	10 (4,12%)	8 (36,36%)

Tempo de gestação

Ao avaliar as 72.218 gestações ocorridas entre 2009 a 2013 nos 5 municípios verificou-se que 0,06% tiveram menos de 22 semanas de gestação; 0,46% de 22 a 27 semanas; 1,05% de 28 a 31 semanas; 9,55% de 32 a 36 semanas; 84,52% de 37 a 41 semanas e 3,42% mais de 42 semanas. Verificou-se que os partos pré-termo foram mais prevalentes em Palmas (12,7%) e Araguaína (11,82%), e menor em Augustinópolis (3,91%). Observou-se subnotificação de tempo de gestação em 0,26% (n=73) das ocorridas em Araguaína, 1,08% (n=102) em Augustinópolis, 0,10% (n=3) em Miracema, 1,18% (n=347) em Palmas e 3,10% (n=80) em Tocantinópolis.

Segundo Gráfico 2 pode-se observar que o tempo de gestação foi maior em Araguaína e Palmas e menor nos municípios de Miracema e Tocantinópolis, sendo que em todas as 5 cidades foi possível observar que a maioria das gestações ocorreu entre 37 a 41 semanas.

Gráfico 2 – Tempo de Gestação em 5 municípios do Estado do Tocantins entre 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha



Verificou-se que de 2011 a 2013 a prevalência de gestantes com 37 a 41 semanas aumentou em Araguaína (2011: 18,73% e 2013: 20,54%) e Palmas (2011: 19,41% e 2013: 20,42%); e acima de 42 semanas teve aumento considerável de 2009 para 2011 em todos os municípios Araguaína (2009: 1,88% e 2011: 31,64%), Augustinópolis (2009: 2,89% e 2011: 33,68%), Miracema (2009: 1,70% e 2011: 24,43%), Palmas (2009: 5,44% e 2011: 29,71%), Tocantinópolis (2009: 3,91% e 2011: 40,63%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Tempo de Gestação dos 5 municípios do Estado do Tocantins para cada ano, 2009–2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

Tempo de Gestação	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
< 22 semanas	2009	18,75% (n= 3)	44,44% (n= 4)	0,0% (n= 0)	13,33% (n= 2)	0,00% (n= 0)
	2010	12,50% (n= 2)	44,44% (n= 4)	50,00% (n= 1)	20,00% (n= 3)	0,00% (n= 0)
	2011	45,00% (n= 4)	11,11% (n= 1)	50,00% (n= 1)	20,00% (n= 3)	0,00% (n= 0)
	2012	12,50% (n= 2)	0,00% (n= 0)	0,00% (n= 0)	40,00% (n= 6)	0,00% (n= 0)
	2013	31,25% (n= 5)	0,00% (n= 0)	0,00% (n= 0)	6,67% (n= 1)	0,00% (n= 0)
22 – 27 semanas	2009	13,01% (n= 19)	33,33% (n= 6)	16,67% (n= 2)	14,38% (n= 21)	16,67% (n= 2)
	2010	14,38% (n= 21)	33,33% (n= 6)	25,00% (n= 3)	15,75% (n= 23)	33,33% (n= 4)
	2011	33,56% (n= 49)	16,67% (n= 3)	33,33% (n= 4)	21,23% (n= 31)	8,33% (n= 1)
	2012	18,49% (n= 27)	11,11% (n= 2)	16,67% (n= 2)	24,66% (n= 36)	33,33% (n= 4)
	2013	20,50% (n= 30)	5,56% (n= 1)	8,33% (n= 1)	23,97% (n= 35)	8,33% (n= 1)
28 – 31 semanas	2009	13,81% (n= 46)	27,27% (n= 9)	0,00% (n= 0)	10,16% (n= 38)	0,00% (n= 0)
	2010	22,52% (n= 75)	0,00% (n= 0)	20,00% (n= 3)	11,50% (n= 43)	0,00% (n= 0)
	2011	19,52% (n= 65)	21,21% (n= 7)	33,33% (n= 5)	21,93% (n= 82)	50,00% (n= 3)
	2012	23,12% (n= 77)	9,09% (n= 3)	20,00% (n= 3)	30,21% (n= 113)	0,00% (n= 0)
	2013	21,02% (n= 70)	42,42% (n= 14)	26,67% (n= 4)	26,20% (n= 98)	50,00% (n= 3)

Tempo de Gestação	Ano	Araguaína	Augus- tinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
32 – 36 semanas	2009	11,34% (n= 314)	8,46% (n= 50)	5,39% (n= 11)	10,96% (n= 351)	4,62% (n= 6)
	2010	15,03% (n= 416)	5,41% (n= 32)	18,63% (n= 38)	13,18% (n= 422)	4,62% (n= 6)
	2011	21,78% (n= 603)	32,83% (n= 194)	30,39% (n= 62)	23,45% (n= 751)	27,69% (n= 36)
	2012	28,14% (n= 779)	26,73% (n= 158)	20,10% (n= 41)	25,38% (n= 813)	30,00% (n= 39)
	2013	23,70% (n= 656)	26,57% (n= 157)	25,49% (n= 52)	27,04% (n= 866)	33,08% (n= 43)
37 – 41 semanas	2009	20,96% (n= 4904)	21,21% (n= 1760)	27,16% (n= 742)	19,88% (n= 4863)	28,44% (n= 632)
	2010	20,69% (n= 4840)	23,91% (n= 1985)	23,43% (n= 640)	19,97% (n= 4887)	25,11% (n= 548)
	2011	18,73% (n= 4382)	20,19% (n= 1675)	18,16% (n= 496)	19,41% (n= 4749)	18,27% (n= 406)
	2012	19,07% (n= 4462)	18,87% (n= 1566)	15,04% (n= 411)	20,31% (n= 4970)	13,77% (n= 306)
	2013	20,54% (n= 4805)	15,81% (n= 1312)	16,22% (n= 443)	20,42% (n= 4997)	14,40% (n= 320)
>42 semanas	2009	1,88% (n= 17)	2,89% (n= 11)	1,70% (n= 3)	5,44% (n= 48)	3,91% (n= 5)
	2010	3,11% (n= 28)	0,26% (n= 1)	19,89% (n= 35)	8,96% (n= 79)	0,78% (n= 1)
	2011	31,64% (n= 286)	33,68% (n= 128)	24,43% (n= 43)	29,71% (n= 262)	40,63% (n= 52)
	2012	36,84% (n= 333)	26,58% (n= 101)	23,30% (n= 41)	31,18% (n= 275)	32,81% (n= 42)
	2013	26,55% (n= 240)	36,58% (n= 139)	30,68% (n= 54)	24,72% (n= 218)	21,99% (n= 28)

Tempo de Gestação	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
Ignorado	2009	6,85% (n= 5)	1,96% (n= 2)	0,00% (n= 0)	0,58% (n= 2)	0,00% (n= 0)
	2010	2,74% (n= 2)	0,00% (n= 0)	0,00% (n= 0)	4,32% (n= 15)	0,00% (n= 0)
	2011	63,01% (n= 46)	2,94% (n= 3)	33,33% (n= 1)	23,92% (n= 83)	27,50% (n= 22)
	2012	15,07% (n= 11)	3,92% (n= 4)	0,00% (n= 0)	34,87% (n= 121)	46,25% (n= 37)
	2013	12,33% (n= 9)	91,18% (n= 93)	66,67% (n= 2)	36,31% (n= 126)	26,25% (n= 21)

Verificou-se que de 2011 a 2013 a prevalência de gestantes com 37 a 41 semanas aumentou em Araguaína (2011: 18,73% e 2013: 20,54%) e Palmas (2011: 19,41% e 2013: 20,42%); e acima de 42 semanas teve aumento considerável de 2009 para 2011 em todos os municípios Araguaína (2009: 1,88% e 2011: 31,64%), Augustinópolis (2009: 2,89% e 2011: 33,68%), Miracema (2009: 1,70% e 2011: 24,43%), Palmas (2009: 5,44% e 2011: 29,71%), Tocantinópolis (2009: 3,91% e 2011: 40,63%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Tempo de Gestação dos 5 municípios do Estado do Tocantins para cada ano, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

Tempo de Gestação	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
< 22 semanas	2009	18,75% (n= 3)	44,44% (n= 4)	0,0% (n= 0)	13,33% (n= 2)	0,00% (n= 0)
	2010	12,50% (n= 2)	44,44% (n= 4)	50,00% (n= 1)	20,00% (n= 3)	0,00% (n= 0)
	2011	45,00% (n= 4)	11,11% (n= 1)	50,00% (n= 1)	20,00% (n= 3)	0,00% (n= 0)
	2012	12,50% (n= 2)	0,00% (n= 0)	0,00% (n= 0)	40,00% (n= 6)	0,00% (n= 0)
	2013	31,25% (n= 5)	0,00% (n= 0)	0,00% (n= 0)	6,67% (n= 1)	0,00% (n= 0)
22 – 27 semanas	2009	13,01% (n= 19)	33,33% (n= 6)	16,67% (n= 2)	14,38% (n= 21)	16,67% (n= 2)
	2010	14,38% (n= 21)	33,33% (n= 6)	25,00% (n= 3)	15,75% (n= 23)	33,33% (n= 4)
	2011	33,56% (n= 49)	16,67% (n= 3)	33,33% (n= 4)	21,23% (n= 31)	8,33% (n= 1)
	2012	18,49% (n= 27)	11,11% (n= 2)	16,67% (n= 2)	24,66% (n= 36)	33,33% (n= 4)
	2013	20,50% (n= 30)	5,56% (n= 1)	8,33% (n= 1)	23,97% (n= 35)	8,33% (n= 1)
28 – 31 semanas	2009	13,81% (n= 46)	27,27% (n= 9)	0,00% (n= 0)	10,16% (n= 38)	0,00% (n= 0)
	2010	22,52% (n= 75)	0,00% (n= 0)	20,00% (n= 3)	11,50% (n= 43)	0,00% (n= 0)
	2011	19,52% (n= 65)	21,21% (n= 7)	33,33% (n= 5)	21,93% (n= 82)	50,00% (n= 3)
	2012	23,12% (n= 77)	9,09% (n= 3)	20,00% (n= 3)	30,21% (n= 113)	0,00% (n= 0)
	2013	21,02% (n= 70)	42,42% (n= 14)	26,67% (n= 4)	26,20% (n= 98)	50,00% (n= 3)

Tempo de Gestação	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
32 – 36 semanas	2009	11,34% (n= 314)	8,46% (n= 50)	5,39% (n= 11)	10,96% (n= 351)	4,62% (n= 6)
	2010	15,03% (n= 416)	5,41% (n= 32)	18,63% (n= 38)	13,18% (n= 422)	4,62% (n= 6)
	2011	21,78% (n= 603)	32,83% (n= 194)	30,39% (n= 62)	23,45% (n= 751)	27,69% (n= 36)
	2012	28,14% (n= 779)	26,73% (n= 158)	20,10% (n= 41)	25,38% (n= 813)	30,00% (n= 39)
	2013	23,70% (n= 656)	26,57% (n= 157)	25,49% (n= 52)	27,04% (n= 866)	33,08% (n= 43)
37 – 41 semanas	2009	20,96% (n= 4904)	21,21% (n= 1760)	27,16% (n= 742)	19,88% (n= 4863)	28,44% (n= 632)
	2010	20,69% (n= 4840)	23,91% (n= 1985)	23,43% (n= 640)	19,97% (n= 4887)	25,11% (n= 548)
	2011	18,73% (n= 4382)	20,19% (n= 1675)	18,16% (n= 496)	19,41% (n= 4749)	18,27% (n= 406)
	2012	19,07% (n= 4462)	18,87% (n= 1566)	15,04% (n= 411)	20,31% (n= 4970)	13,77% (n= 306)
	2013	20,54% (n= 4805)	15,81% (n= 1312)	16,22% (n= 443)	20,42% (n= 4997)	14,40% (n= 320)
>42 semanas	2009	1,88% (n= 17)	2,89% (n= 11)	1,70% (n= 3)	5,44% (n= 48)	3,91% (n= 5)
	2010	3,11% (n= 28)	0,26% (n= 1)	19,89% (n= 35)	8,96% (n= 79)	0,78% (n= 1)
	2011	31,64% (n= 286)	33,68% (n= 128)	24,43% (n= 43)	29,71% (n= 262)	40,63% (n= 52)
	2012	36,84% (n= 333)	26,58% (n= 101)	23,30% (n= 41)	31,18% (n= 275)	32,81% (n= 42)
	2013	26,55% (n= 240)	36,58% (n= 139)	30,68% (n= 54)	24,72% (n= 218)	21,99% (n= 28)

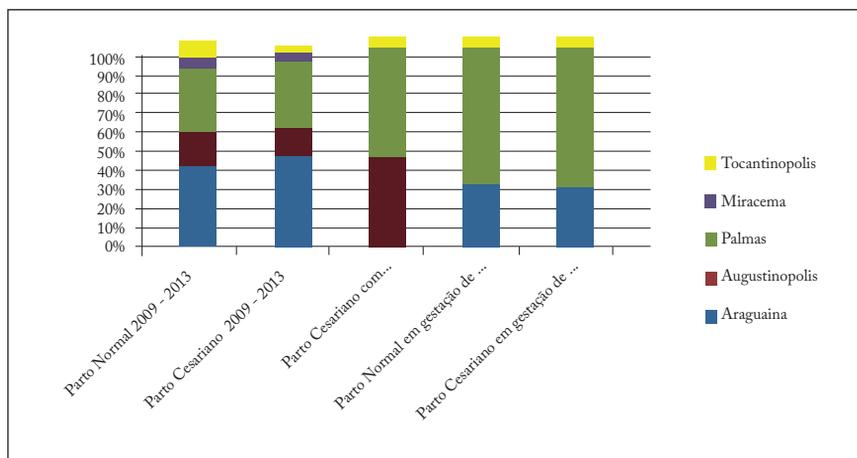
Tempo de Gestação	Ano	Araguaína	Augustinópolis	Miracema	Palmas	Tocantinópolis
Ignorado	2009	6,85% (n= 5)	1,96% (n= 2)	0,00% (n= 0)	0,58% (n= 2)	0,00% (n= 0)
	2010	2,74% (n= 2)	0,00% (n= 0)	0,00% (n= 0)	4,32% (n= 15)	0,00% (n= 0)
	2011	63,01% (n= 46)	2,94% (n= 3)	33,33% (n= 1)	23,92% (n= 83)	27,50% (n= 22)
	2012	15,07% (n= 11)	3,92% (n= 4)	0,00% (n= 0)	34,87% (n= 121)	46,25% (n= 37)
	2013	12,33% (n= 9)	91,18% (n= 93)	66,67% (n= 2)	36,31% (n= 126)	26,25% (n= 21)

Parto

Observou-se que dos 61.110 partos realizados entre 2009-2013 nos municípios de Araguaína, Augustinópolis, Miracema, Palmas e Tocantinópolis 58,7% foram parto normal, 33,7% parto cesariano, 4,9% parto cesariano em gestação de alto risco, 1,4% parto cesariano com laqueadura e 1,3% parto normal em gestação de alto risco.

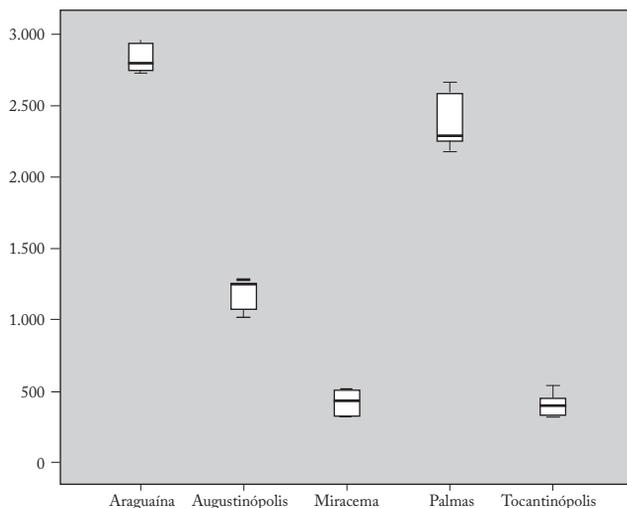
Detectou-se a maior prevalência de parto normal (n=35.860) e cesariano (n=20.590) em Araguaína (40%, 44%), Palmas (33%, 35%) e Augustinópolis (16%, 14%), respectivamente; parto normal (n=806) e cesariano (n= 2.972) em gestação de alto risco em Palmas (70%, 72%) e Araguaína (30%, 28%), respectivamente.

Gráfico 3 – Prevalência de tipos de parto em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha



Ao avaliar a prevalência dos tipos de partos em cada cidade antes e após a implantação da Rede Cegonha em 2011, verificou-se que houve a redução de parto normal em todas as cidades: Araguaína (2011: 20,8%, 2013: 19,7%), Augustinópolis (2011: 21,3%, 2013: 17,3%), Palmas (2011: 21,7%, 2013: 18,1%), Miracema (2011: 20,5%, 2013: 15,2%) e Tocantinópolis (2011: 19,7%, 2013: 15,5%). No gráfico 4 pode-se observar medianas maiores de parto normal nos municípios de Araguaína e Palmas.

Gráfico 4 – Prevalência de parto normal em 5 municípios do Estado do Tocantins, 20019-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha



Quanto aos partos cesarianos, observou-se que este aumentou em Araguaína (2011: 19,6%, 2013: 22,2%) e reduziu em Augustinópolis (2011: 21,0%, 2013: 16,6%), Palmas (2011: 22,2%, 2013: 17,6%), Miracema (2011: 19,3%, 2013: 18,7%) e Tocantinópolis (2011: 22,6%, 2013: 20,2%). A mediana de partos cesarianas foi mais elevada em Araguaína e Palmas e menores em Miracema e Tocantinópolis (Gráfico 5) e os partos cesarianos com laqueadura só ocorreram em Augustinópolis e Palmas, com mediana maior no último município (Gráfico 6).

Gráfico 5 – Prevalência de parto cesárea em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

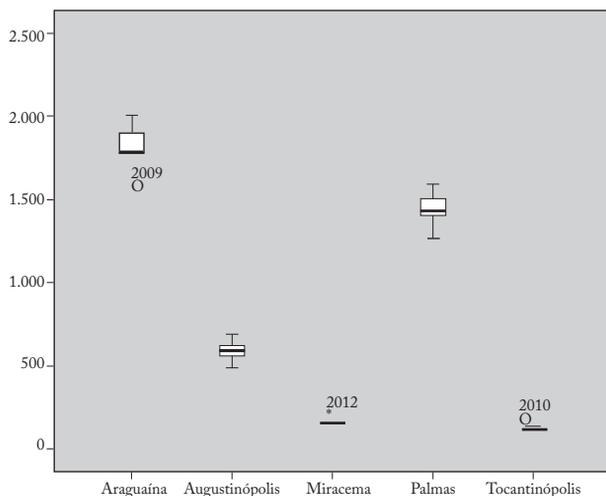
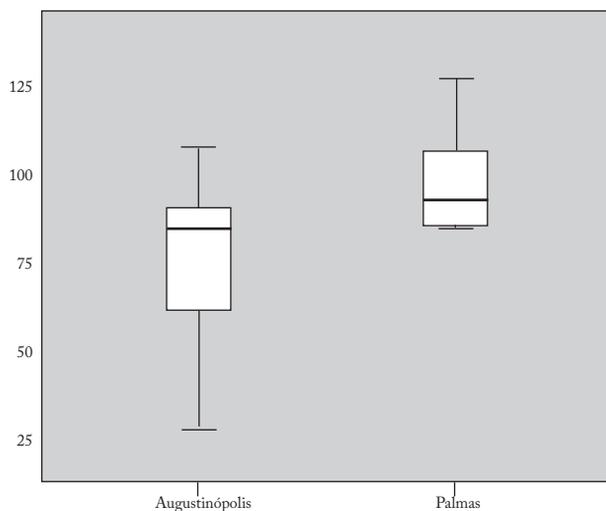


Gráfico 6 – Prevalência de parto cesárea com laqueadura em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha



Por último, quanto às gestações de alto risco tanto o parto normal quanto o cesariano tiveram maior prevalência após a Rede em Araguaína (2011: 8,8%, 2013: 19,6%; 2011: 11,0%, 2013: 21,5%, respectivamente) e Palmas (2011: 21,7%, 2013: 18,1%; 2011: 13,6%, 2013: 35,4%, respectivamente) (Tabela 4). Destaca-se que Miracema e Tocantinópolis não tiveram casos de parto normal e cesariano em gestações de alto risco.

Tabela 4 – Prevalência de parto normal e cesariana em gestações de alto risco em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

	2009		2010		2011		2012		2013	
	Parto normal	Parto cesáreo	Parto normal	Parto cesáreo						
Araguaína	21,7% (n=52)	30,9% (n=260)	13,8% (n=33)	16,3% (n=137)	8,8% (n=21)	11,0% (n=93)	36,3% (n=87)	20,3% (n=171)	19,6% (n=47)	21,5% (n=181)
Augustinópolis	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Palmas	11,8% (n=67)	14,4% (n=306)	13,6% (n=77)	14,3% (n=385)	17,0% (n=96)	13,6% (n=290)	12,9% (n=73)	22,3% (n=476)	44,7% (n=253)	35,4% (n=753)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015 recomendou a adoção de classificação universal para medição da taxa de cesárea, sendo ideal essa taxa ficar entre 10 a 15% dos partos realizados (OMS, 2015). Ao analisar a taxa de parto cesáreo nos 5 municípios do Estado do Tocantins, verifica-se que no ano da implementação da Rede Cegonha, houve redução da Taxa de Parto Cesáreo em comparação com os anos de 2009 e 2010, porém com valores bem acima do

recomendado, porém, em 2012 e 2013 a taxa teve aumento em todas cidades, com exceção de Augustinópolis, sendo que a mediana 2009-2013 foi mais baixa em Palmas e Tocantinópolis mas ainda ficando acima do recomendado (Tabela 5).

Portanto, a OMS recomenda que o parto cesáreo seja indicado somente por motivos médicos para salvar a vida de mães e bebês, pois taxas de cesáreas acima de 10% não estão associadas com a redução da mortalidade materna e neonatal, além dessa intervenção poder causar complicações significativas e algumas vezes permanentes, sequelas ou morte (OMS, 2015).

Tabela 5 – Taxa de Parto Cesáreo* em 5 municípios do Estado do Tocantins entre 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

	2009	2010	2011	2012	2013	Mediana e Intervalo de Confiança de 95%
Araguaína	40,06	40,82	38,74	40,52	43,52	41,00 (IC95%: 38,68 – 43,32)
Augustinópolis	33,24	37,35	36,74	38,74	35,64	37,00 (IC95%: 33,68 – 39,12)
Miracema	43,82	43,49	42,34	43,34	47,01	43,00 (IC95%: 41,41 – 46,19)
Palmas	24,12	23,08	27,32	38,80	32,97	27,00 (IC95%: 20,85 – 37,55)
Tocantinópolis	19,03	18,03	25,29	26,35	27,75	25,00 (IC95%: 17,69 – 28,71)

Nota: *Taxa de Parto Cesáreo = Número de partos cesáreos/Total de partos (normais + cesáreos) x 100.

Óbitos maternos

Verificou-se a ocorrência de 24 óbitos maternos entre 2009-2013 nos 5 municípios, sendo que 50% desses foram em Palmas, 34% em Araguaína e 8% em Augustinópolis. Ao avaliar a prevalência de óbitos maternos após a Rede Cegonha observou-se que houve redução nos municípios de Araguaína (2011: 25%, 2013: 12,5%), Augustinópolis (2011: 50%, 2013: 0%) e Palmas (2011: 41,7%, 2013: 8,3%)(Tabela 6). Destaca-se que Miracema não apresentou casos de óbitos maternos.

Tabela 6 – Prevalência de óbitos maternos em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

	2009	2010	2011	2012	2013
Araguaína	1 (12,5%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
Augustinópolis	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Palmas	2 (16,7%)	3 (25,0%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)
Tocantinópolis	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)

Verificou-se que no período antecedente a implantação da Rede Cegonha, o aumento da taxa de mortalidade materna em Araguaína (2009: 18,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2011: 36,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos), Augustinópolis (2009: 0,0 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2011: 49,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos), Palmas (2009: 37,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2011: 83,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos) (Tabela 7). Destaca-se que Miracema não apresentou óbitos maternos.

Após a implantação da Rede no Estado verificou-se a redução da taxa de mortalidade materna em Araguaína (2011: 36,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2013: 17,2 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos), Augustinópolis (2011: 36,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2013: 17,2 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos), Palmas (2011: 83,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2013: 15,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos). Vale destacar que Tocantinópolis nos anos de 2010 e 2012 teve taxa de mortalidade materna extremamente alta (162,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e 222,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, respectivamente) (Tabela 7).

Ao analisar o objetivo 3 dos Objetivos do Desenvolvimento

Sustentável, que visa reduzir a taxa de mortalidade materna até 2030 para menos de 70 mortes para 100.000 nascidos vivos (ONU, 2015), verifica-se que após a implementação da Rede Cegonha no Tocantins, apenas Tocantinópolis apresentou taxa de mortalidade maior do que o do objetivo em 2012 (222,7 mortes por 100.000 nascidos vivos) e no acumulado de 2009-2013 avaliando a mediana os valores foram de acordo com as recomendações, porém com variação elevada (Tabela 7).

Tabela 7 – Taxa de Mortalidade Materna* por 100.000 nascidos vivos em 5 municípios do Estado do Tocantins, 2009-2013, aderidos ao Plano da Rede Cegonha

	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013
						Mediana e Intervalo de Confiança de 95%
Araguaína	18,8	37,1	36,7	35,1	17,2	35,10 (IC95%: 16,48 – 41,48)
Augustinópolis	0,0	49,3	49,7	0,0	0,0	0,00 (IC95%: -13,87 – 53,47)
Palmas	37,5	54,5	83,6	15,7	15,7	37,50 (IC95%: 5,80 – 77,00)
Tocantinópolis	0,0	162,6	0,0	222,7	0,0	0,00 (IC95%: -56,59 – 210,71)

Nota: *Taxa de mortalidade materna = número de óbitos maternos diretos e indiretos/ número de nascidos vivos x 100.000 nascidos vivos

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS. Brasília: Datasus, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CNES. Brasília: Datasus, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. IBGE. Brasília: Datasus, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **SIM**: Sistema de Informações de Mortalidade. Brasília: Datasus, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **SI-NASC**: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Brasília: Datasus, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.296, de 2 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.593, de 31 de outubro de 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU-BR). Centro de Informações das Nações Unidas para o Brasil. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Transformando Nosso Mundo: A agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. UNICRio: 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. WHO/RHR/15.2. 2015.. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acessado em 29 de abril de 2018.

REGIÃO DE SAÚDE BICO DO PAPAGAIO

Mayra de Jesus Campos Guimarães

Hiury de Jesus Magalhães

Viviane Ferreira

Marta Azevedo dos Santos

O presente capítulo apresenta a compreensão dos profissionais sobre a rede cegonha, nos municípios de Augustinópolis e Tocantinópolis, nos seus níveis de atenção na rede básica e no contexto hospitalar.

Augustinópolis

Augustinópolis, município localizado no extremo norte do Tocantins, com população de aproximadamente 17.140 e área de 394,976 km² (TOCANTINS, 2013). É o terceiro maior município da região, atrás de Araguatins e Tocantinópolis, respectivamente. Em 1954, ao desbravarem as proximidades de Axiá, Augusto Pereira Costa e companheiros decidiram trazer suas famílias e ali fixaram moradia. Região rica em caça, ficou conhecida e comumente chamada pelos caçadores de Centro do Augusto. A atividade agropecuária cresceu, tornou-se a base da economia local. Em 1974, Manoel Marinho de Souza Brito, até então vereador de São Sebastião do Tocantins, solicitou a Câmara Municipal que o povoado Centro do Augusto fosse elevado a distrito, reconhecido pela Lei 8.107, em 14 de Maio de 1976, passando a denominar de Augustinópolis. Em Maio

de 1982, por força da Lei nº 9.180, Augustinópolis se tornou Município, desmembrando-se de São Sebastião do Tocantins (IBGE, 2016a, 2016b).

Tocantinópolis

Situado a oeste da região norte do Estado, fica às margens do Rio Tocantins. É um ponto turístico da região. Conta com um total de 23.165 pessoas, numa área de 1.077,073 km². No ano de 1818, Antônio Faustino e Venâncio e familiares fixaram residência à margem esquerda do Tocantins, onde deram o nome de Boa Vista. Região de terra fértil favoreceu a lavoura; por questões políticas, houve incentivo à migração de famílias do nordeste do país. Em 1943, o município de Boa Vista do Tocantins teve o seu nome mudado para Tocantinópolis (IBGE, 2016c).

Compreensão geral

O Estado do Tocantins aderiu à Rede Cegonha em outubro de 2011. Em abril de 2012 foi elaborado o Plano de Ação da Rede Cegonha. A Portaria Nº 2.296 de 2 de outubro de 2012 é que rege o I Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins, que priorizou as regiões de saúde Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia e Capim Dourado (BRASIL, 2011; TOCANTINS, 2012a; BRASIL, 2012a). Já o II Plano, elaborado em Outubro de 2012, foi publicado através da Portaria nº 2.593, de 31 de Outubro de 2013, referente às Regiões de Saúde de Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste (TOCANTINS, 2012b; BRASIL, 2013). Até o final do ano de 2013, as oito Regiões de Saúde do Estado do Tocantins tiveram a sua adesão realizada (TOCANTINS, 2012a; TOCANTINS, 2012b).

Em 2015 foram realizadas visitas aos municípios de Augustinópolis e Tocantinópolis, na região de saúde Bico do Papagaio.

Participaram da entrevista 8 profissionais, quatro por cidade, dois da atenção básica e dois da atenção hospitalar.

Quando os entrevistados foram indagados sobre a rotina de atendimento ao pré-natal no município, detalham alguns papéis de trabalho:

- **Atenção Básica de Tocantinópolis:**

“Elas vêm ao posto de saúde, passam pela consulta com a enfermagem, depois passam a fazer as consultas com o médico regularmente, e também regularmente com a enfermeira. Um mês com a enfermeira, outro mês comigo. Quando vai chegando já no último mês de gravidez, aí já é toda semana.” – Entrevistado 1.

“Todo mês elas têm uma consulta agendada com a enfermeira e com o médico, quando ela já está no último trimestre da gestação, ela passa a ter uma consulta a cada 15 dias e quando ela já está bem próximo, ela passa a ter uma consulta semanal. Elas têm um dia que é pra elas, mas caso necessite qualquer outro dia, que aconteça alguma outra coisa, elas estão abertas a estar vindo aqui na unidade e tá conversando com a enfermeira e com o médico, caso tenha dúvida ou precise de alguma coisa.” – Entrevistado 2.

- **Atenção Básica de Augustinópolis:**

“Nós não deixamos a desejar. Eu acredito que nosso pré-natal é bem feito, completo! Nosso pré-natal é bom! Eu acredito sim! Assistência boa! Tanto a quantidade de gestantes, como o tratamento profissional.” – Entrevistado 5.

“Vem à unidade de saúde, solicita o teste de gravidez, a gente já realiza o teste aqui mesmo na unidade, realizou o teste de gravidez, a gente já agenda o pré-natal. São organizadas pelo menos seis consultas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Normalmente, primeira e segunda consulta é com a enfermagem, a gente realiza cadastro, e anota todos os documentos de relatório, semanal e mensal, e uma terceira consulta com o médico e aí fica, é, risco habitual,

uma consulta com o médico, a outra consulta com a enfermagem. Alto risco, todas as consultas são com o médico, passa somente a consulta de cadastro pela enfermeira.” – Entrevistado 6.

- **Atenção Hospitalar de Tocantinópolis:**

“Olha, eu não, eu não conheço muito o pré-natal aqui, aqui no município, o que eu sei é que existe um agendamento, a maioria das enfermeiras do PSF (Programa Saúde da Família) elas fazem o agendamento dos dias que realizam as consultas de pré-natal, existe também o acompanhamento da fisioterapeuta, ela acompanha até o hospital com as gestantes, ensina mais ou menos como é os exercícios e tudo, e intercala fisioterapeuta, odontólogo, existe essa coisa, mas eu não tenho muito conhecimento.” – Entrevistado 3.

“Ela chega a gente faz a ficha, temos o método de classificação de risco, fazemos a classificação dependendo do quadro que ela se classifica, o médico avalia, toma as decisões e o paciente decide ficar ou ir embora dependendo da situação.” – Entrevistado 4.

- **Atenção Hospitalar de Augustinópolis:**

“Aqui a assistência é feita a nível de atendimento básico. Nós ficamos aqui no hospital mais pra receber essas pacientes. Muitas vezes a gente vê as pacientes com mau assistência, faltando é, alguns exames, faltando alguns esclarecimentos, os próprios acompanhantes que vem com os pacientes eles chegam sem saber quais são os direitos deles, quais são os deveres deles, né, às vezes tem pai que quer, não entende, ele quer entrar na maternidade, ele quer ficar no pré-parto. Os pacientes, as gestantes, elas chegam muitas vezes sem saber até que ponto elas, elas tem direito dentro do hospital.” – Entrevistado 7.

“Ainda hoje encontramos pacientes chegando com duas, três consultas de pré-natal ou sem nenhuma consulta, sem nenhuma ultrasson obstétrica, sem os exames preconizados pelo Ministério da Saúde na assistência ao pré-natal, tudo isso assim, contribui muito para um parto seguro. Então,

nos dias de hoje ainda encontramos gestantes chegando nesse sentido, principalmente gestante despreparada no que tange a respeito do parto normal. A maioria das gestantes chega com desejo e anseio voltado para o parto cesariano. Tal que deveria ser preparado também no pré-natal. E outro índice muito grande que a gente tem encontrado no momento do parto são pacientes não tratadas ou até não diagnosticadas de sífilis e HIV (vírus da imuno deficiência humana).” – Entrevistado 8.

É possível perceber que os profissionais da atenção básica de ambos os municípios, por estarem mais envolvidos com a realidade do pré-natal, conseguem responder com êxito o questionamento levantado, sobre as consultas, pedidos de exames, retorno, atendimento multiprofissional; já o público hospitalar de Tocantinópolis demonstra pouco conhecimento do papel da atenção básica. Chama a atenção o fato de o Entrevistado 5 avaliar o pré-natal como “bom”, mas não descrever ações que justifiquem tal afirmativa. Já os profissionais da atenção hospitalar de Augustinópolis cobram a respeito de exames e esclarecimentos para a gestante, suas queixas são basicamente que a atenção básica não instrui suficientemente a mulher e seu acompanhante (VASQUES, 2006; BASTON, HALL, 2010).

Quando questionados sobre como acham que deveria ser a assistência ao pré-natal, há um misto de respostas:

- **Atenção Básica de Tocantinópolis:**

“Eu acho que no momento ela tá sendo bem feita, eu acho que assim, tá funcionando bem.” – Entrevistado 1.

“Do jeito que a gente faz eu acho muito bom! A gente procura fazer sempre palestras, principalmente pra aquelas mães de primeira viagem, a gente convoca nutricionistas pra tá explicando sobre a importância da amamentação, a primeira alimentação na infância, então assim, esse modo de trabalho que a gente vem seguindo, pelo menos aqui na minha unidade é muito bom. Por enquanto não tem que melhorar nada não, é continuar com o trabalho que a gente tem.” – Entrevistado 2.

- **Atenção Básica de Augustinópolis:**

“Eu acho que não deve mudar não! Até acho que o assistencialismo é demais. Eu acho que tá bom! Eu acho que tá faltando melhor comunicação entre o pré-natal e o parto, assim, tá se perdendo um pouco.” – Entrevistado 5.

“A gente realiza todas as condutas que deveriam ser realizadas, nós temos a ambiência pra realizar essa conduta. O que eu acho falho é porque a gestante não adere ao encontro de educação em saúde. E quando vem, vem sozinha, não vem com o acompanhante que vai acompanhar ela no hospital, não vem com a família. Então o que eu acho que é falho hoje no município de Augustinópolis é a realização dos exames e adesão da comunidade aos encontros de educação em saúde.” – Entrevistado 6.

- **Atenção Hospitalar de Tocantinópolis:**

“Não sei nem como responder essa pergunta na verdade, né. É, quando eu trabalhava é, realizando pré-natal, eu costumava seguir as orientações do Ministério da Saúde né, número de consultas e tudo, visitando quando necessário, é, no puerpério, as visitas que são protocoladas pelo Ministério da Saúde...” – Entrevistado 3.

“A assistência no município que eu trabalho ela é bem desenvolvida. A gente tem o pré-natal bem amplo, a gente tem o acompanhamento com a gestante desde a unidade básica com o agente de saúde, ela tem porta aberta na unidade e aqui também no hospital, tem acompanhamento com o odontólogo, com fisioterapeuta, com o médico, com educador físico, é... Então eu acho que a assistência no pré-natal é 100%.” – Entrevistado 4.

- **Atenção Hospitalar de Augustinópolis**

“Eu acho assim que falta muito compromisso dos gestores públicos. A gente vê dificuldades do paciente fazer um exame, dela fazer uma ultrassom. Então como você tem resultados, se você não tá fazendo um atendimento de qualidade? O risco que a mãe passa, os riscos que ela tem

de contrair doenças, de manifestar doenças que às vezes estão ocultas. Aparecem algumas patologias, algumas alterações de órgãos que tão comprometidos que antes ela não sabia que existia e é nesse período que você tem que ter esse cuidado total, esse cuidado vai desde você fazer o exame de sangue e um exame de um VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) pra verificar uma sífilis, é uma glicemia que tem que ser feita no primeiro, no segundo, no terceiro trimestre pra identificar um diabetes, é um exame de toxoplasmose, é um exame de, de, de HIV. Mas infelizmente a gente não vê essa preocupação... Então eu acho que existe um pouco de descaso, nessa questão principalmente do suporte, pra que seja feito o pré-natal de qualidade.” – Entrevistado 7.

“Primeiro, busca ativa! Todo município tem que saber o número de gestantes que tem no seu território. Segundo, acompanhamento eficaz desse pré-natal, início do pré-natal corretamente, ultrassom do primeiro trimestre, imunização, realizações dos exames laboratoriais mínimos de um PSF, detecção precoce de patologias que podem acarretar doenças tanto na mãe quanto no RN (recém nascido), e tratamento delas. Diagnosticar casos de alto risco, acompanhar de uma forma mais afim e ter uma relação de resolutividade com a maternidade, eu acredito que esse elo tá quebrado, muito se vê alto risco, mas pouco tá se resolvendo! Porque quebrou-se o elo da atenção básica com a atenção hospitalar, eu creio que tinha que refazer esse laço.” – Entrevistado 8.

Podemos ver que em resumo, a assistência ao pré-natal na atenção básica é satisfatória, tanto pelos relatos dos profissionais da atenção básica como os da atenção hospitalar. Em Augustinópolis percebemos que os entrevistados 5 e 8 reforçam a ideia de fortalecimento do vínculo entre a atenção básica e hospitalar (BRASIL, 2011). Os entrevistados 6 e 7 falam dos exames necessários no pré-natal (VASQUES, 2006; BASTON, HALL, 2010; BRASIL, 2012c). O entrevistado 7, inclusive, aponta a gestão pública como responsável pela deficiência de exames. Podemos perceber através do relato do entrevistado 6 que as gestantes não aderem aos encontros, trazendo

prejuízo a si mesmas (VASQUES, 2006; BASTON, HALL, 2010; BRASIL, 2012c).

Foi questionado se eles reconhecem se existe alguma relação da assistência ao pré-natal e o parto para a mãe e para o bebê:

- **Atenção Básica de Tocantinópolis:**

“Se o pré-natal for bem feito, nós vamos ficar com o número de intercorrências muito reduzida no final da gravidez.” – Entrevistado 1.

“A nossa assistência aqui pra elas é passar a realidade, então a gente tem que trabalhar ela desde o primeiro dia ate o momento do parto, porque a mãe que vai parir, que nunca teve filho, ela não sabe como que é aquele momento do parto, então a gente tem que trabalhar desde o primeiro dia, porque se não vem... O medo aumenta, e isso pode interferir na hora, e aí vem as chances de aumentar as cesarianas, vem as chances de aumentar os riscos na hora do parto, aí tudo isso acarreta no bebê.” – Entrevistado 2.

- **Atenção Básica de Augustinópolis:**

“Não tá tendo comunicação entre onde se faz o pré-natal e o parto, então isso tá dificultando muito, de fazer uma assistência melhor, Não existe um feedback entre o pré-natal, o médico do pré-natal e o médico do parto. O impacto principal são os altos índices de morte fetal, isso acontece, por conta exatamente disso.” – Entrevistado 5.

“Sim, existe. Esse terceiro encontro de educação em saúde que nós orientamos sobre o parto e sobre os cuidados com o bebê e vinculamos essa gestante ao serviço né, de maternidade que nós temos. Porém, elas não aderem, mas existe.” – Entrevistado 6.

- **Atenção Hospitalar de Tocantinópolis**

“Eu acho que o pré-natal é fundamental né, é onde se recebe todas as orientações.” – Entrevistado 3.

“Eu acho que tem! É complicado te responder isso, por que aqui fica mais sala de parto, Acho que isso é mais meio ambulatorial.” – Entrevistado 4.

- **Atenção Hospitalar de Augustinópolis:**

“O médico do pré-natal tem que ser um médico bem próximo da paciente. Ela vem cheia de dúvidas porque lá no pré-natal não foi tirado. Uma assistência não foi boa como ela queria e ela interpreta às vezes como maltrato. Se ela chega sabendo, a relação fica mais fácil pra você lidar com aquela paciente, uma vez que você é um estranho pra ela.” – Entrevistado 7.

“Eu desconheço! Eu acredito que alguns PSF, algumas unidades de saúde, atenção básica possam fazer algum tipo de palestra voltada pro sentido do parto... Mas na realidade aqui enquanto assistência ao parto a gente percebe que essas gestantes elas não vem preparadas nem emocionalmente, nem psicologicamente e nem de conhecimento do que é um parto normal, do que é um nascimento, quais as implicações de um parto normal e quais as implicações e complicações de um parto cesário, elas não vêm com esse conhecimento da atenção básica.” – Entrevistado 8.

Tocantinópolis afirma que a relação entre o pré-natal e o parto é importante, pois infere diretamente na qualidade de vida da mãe e da criança (CASTRO, 2005; VASQUES, 2006; BASTON, HALL, 2010). Inclusive podemos ver que o comentário do entrevistado 2 justifica essa afirmativa. O entrevistado 5 de Augustinópolis já apresenta a falta de comunicação entre atenção básica e hospitalar, e que pode acarretar: mortalidade fetal. Já o entrevistado 6 afirma que essa relação é fortalecida por eles, embora algumas gestantes não aderem. Os entrevistados 7 e 8 pontuam mais uma vez a falta de esclarecimentos para a gestante sobre o parto por parte da atenção básica, pois interfere no serviço deles, que tendem a não contar com a compreensão da mulher (VASQUES, 2006; BASTON, HALL, 2010).

Quando questionados sobre quais as Políticas do Ministério da Saúde para assistência à mulher utilizadas no serviço de saúde, os profissionais apresentam opiniões diferentes sobre seu conhecimento:

- **Atenção Básica de Tocantinópolis:**

“Olha, sobre a assistência à mulher eu me lembro que nós fazemos aqui o controle do câncer do colo do útero, fazemos também avaliação da mama, fazemos o teste do pezinho para as crianças que nascem, procuramos fazer todos os exames de laboratório que estão disponíveis na rede pública, e também o estudo por imagem.” – Entrevistado 1.

“A Rede Cegonha.” – Entrevistado 2.

- **Atenção Básica de Augustinópolis:**

“Eu não conheço essa parte burocrática, eu não conheço nomes, nossa assistência toda é orientada pelo Ministério da Saúde, desde o cadastro da paciente, de nomes, de dados pessoais dela até o cadastro final no sistema do Ministério da Saúde, SISPRENATAL, E-SUS (ambos são softwares desenvolvidos pelo Datasus, departamento de informática do SUS), é os dois sistemas que eu conheço. Agora a direção primordial é o que a gente aprende na faculdade, a orientação que a Universidade que nós dá né?” – Entrevistado 5.

“Nós realizamos o planejamento familiar... agenda a consulta com o médico, o médico prescreve o anticoncepcional mediante a clínica dele e nós da enfermagem depois de prescrito, orientamos e aplicamos.” – Entrevistado 6.

- **Atenção Hospitalar de Tocantinópolis:**

“Agora eu tô por fora das políticas do Ministério da assistência... Não, eu não sei qual, desconheço as políticas no momento.” – Entrevistado 3.

“Todas! Todos os programas, rede cegonha, é todos são utilizados aqui... Assistência a mulher, por exemplo; a mulher tem direito a um

acompanhante entendeu? na sala de parto, na hora do parto, a rede cegonha coloca o parto humanizado, que é uma das coisas que a gente clica bastante em fazer.” – Entrevistado 4.

- **Atenção Hospitalar de Augustinópolis:**

“Se fosse aquela coisa do hospital amigo da criança, antigamente o hospital ele tinha esse título amigo da criança, hoje ele perdeu. Ah é uma mãe ali que não tá muito legal, tudo mais, então a psicóloga vai lá conversar com ela, é, é, é uma mãe que tá recusando o bebê, amamentar, então vai lá explicar pra ela qual a importância daquela amamentação, vai tranquilizar. A gente não segue um protocolo na verdade porque ficou um pouco dispersado nosso serviço.” – Entrevistado 7.

“Assistência ao parto e ao puerpério, controle de natalidade... Não tem nenhuma política assim voltada pra assistência à mulher, a violência sexual a gente até teve já, foi mandada uma equipe pra fazer esse treinamento, mais assim na realidade a gente não tem esse serviço implantado.” – Entrevistado 8.

Em Tocantinópolis, apenas o entrevistado 3 não soube responder a pergunta, embora esteja inserido num hospital da própria rede. E o entrevistado 2 aponta a Rede Cegonha como norteador, mas não esclarece quais medidas são utilizadas. Em Augustinópolis percebemos um déficit de conhecimento das políticas públicas voltadas para a mulher. São apresentados isoladamente casos e situações que os entrevistados convivem/conviveram com alguns programas, mas eles não têm muita ciência do contexto em que estão inseridos, e nem dos serviços que fazem (tal como as consultas primordiais de pré-natal e assistência ao parto com acompanhante, por exemplo).

Sobre as ações preconizadas pela Política da assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento e quais são desenvolvidas por eles, obtivemos as seguintes respostas:

- **Atenção Básica de Tocantinópolis**

“Nós temos essa rotina do pré-natal né, aonde a primeira consulta às vezes pode ser comigo, eu encaminho pra enfermeira pra fazer a parte burocrática. Se houver alguma intercorrência passa por mim. Também avaliamos quando o pré-natal passa a se tornar um pré-natal de risco, aí encaminhamos para uma referência nossa que é Araguaína, e a finalização do pré-natal já vai ocorrer com o parto no hospital.” – Entrevistado 1.

“A gente fala sobre a amamentação, a importância do auto-cuidado com ela, a importância do auto-cuidado com o bebê, a importância também do parto humanizado, a gente fala das posições de partos, elas podem estar escolhendo, porque com o parto humanizado que a gente tem hoje, a mulher não precisa obrigatoriamente parir daquele modo como é, deitada de perna aberta. A gente segue a carteirinha, a gente entrega pra elas, a gente explica que pode ter banho relaxante na hora, massagens, tem uma fisioterapeuta que faz exercícios com elas na hora, então tudo isso pra aliviar a dor.” – Entrevistado 2.

- **Atenção Básica de Augustinópolis**

“A única coisa que se faz aqui é o puerpério, o pós-parto, então se acompanha tanto a mãe quanto o bebê no pós-parto... O acompanhamento do pré-natal é aqui no posto de saúde, consultas médicas e com a enfermeira, o parto no hospital, e o pós-parto é aqui, tanto o acompanhamento do bebê quanto o da mãe.” – Entrevistado 5.

“Ela é assistida, no mínimo as seis consultas, nós fazemos os exames de triagem do bebê quando ele nasce, realizamos o acompanhamento de puericultura na data certa. Nós vamos acompanhar o crescimento e desenvolvimento dela saudável, elas não dão importância a esse momento. Mas de cem gestantes, oitenta não vem. Das vinte que vem, poucas concluem os seis meses.” – Entrevistado 6.

- **Atenção Hospitalar de Tocantinópolis**

“No caso eu teria que conhecer a Rede Cegonha, que ainda não foi passada assim totalmente pra gente. Foram repassadas algumas coisas, como a questão do acolhimento, como deve ser feito o acolhimento, mas de modo geral assim, não; como é a assistência à mulher, o que ela tem direito, do acompanhante, como atender a mulher, as modificações na assistência ao recém nascido e à gestante, mas nos demais, não.” – Entrevistado 3.

“As suas perguntas é referente a PSF, eu não sei te responder isso. Uma das coisas que a gente desenvolve nesse local é o acompanhamento com o fisioterapeuta na hora do trabalho de parto, fazendo atividades, exercícios. A paciente que tá em trabalho de parto ela tem um acompanhamento não só com o médico e enfermeiro, mas também com o fisioterapeuta.” – Entrevistado 4.

- **Atenção Hospitalar de Augustinópolis**

“No hospital existiam palestras juntamente com odontólogos, com o pediatra, com a psicóloga, onde havia uma participação maior de todas as puérperas que estavam naquela maternidade. Eram feitos grupos de discussão.” – Entrevistado 7.

“Parto e nascimento isso é típico fazermos. Política mesmo aqui, é o parto e o puerpério e intercorrências gestacionais.” – Entrevistado 8.

Vemos que os entrevistados tem conhecimento acerca das ações que são desenvolvidas com a mulher no pré natal, parto e puerpério, cada um em seu respectivo ambiente. A atenção hospitalar desenvolve boas práticas (acompanhante e atendimento multiprofissional). Porém, alguns não conseguem perceber que as ações as quais executam fazem parte da Rede Cegonha instalada no local, principalmente o Entrevistado 3 (VASQUES, 2006; BASTON, HALL; FIGUEIREDO, 2010).

Os profissionais entrevistados apontam alguns problemas enfrentados no fluxograma da rede, bem como apontam soluções:

- **Atenção Básica de Tocantinópolis**

“Eu acho que precisa mudar muita coisa. Precisaríamos ter um plantão só de obstetra no hospital. E pra conseguir uma vaga às vezes fora daqui tem que falar pessoalmente por telefone com o médico em Araguaína ou Augustinópolis. Nós precisaríamos ter um plantão de obstetrícia, um anestesista 24 horas, um pediatra 24 horas. Então, a maternidade precisaria funcionar como maternidade. Vão esquecendo que cada cidade teria que ter o seu hospital geral com o clínico, o pediatra, o obstetra, o cirurgião, o ultrassonografista, o radiologista, a sua ambulância, tudo. E um centro maior onde a gente possa encaminhar aquele paciente sem dificuldade.” – Entrevistado 1.

“São as influencias externas, a mulher chega com medo de parir, porque ela acha que vai doer, que ela não vai dar conta, ela acha que o corpo dela é muito pequeno, ou a outra gestação que ela teve sofreu demais, ela teve uma experiência ruim, então tudo isso eu vejo como um problema na hora do parto... A gente tem que conversar bastante, a gente tem que orientar e ganhar a confiança dela pra ver se na hora do parto ela já tem uma opinião diferente daquele momento. É difícil!” – Entrevistado 2.

- **Atenção Básica de Augustinópolis**

“Hoje o principal problema é o volume enorme de paciente pra uma unidade de saúde que já tá saturada, é o principal problema aqui hoje.” – Entrevistado 5.

“Pra mim, a rede é fragmentada. A Rede Cegonha veio fortalecer essa proposta de vínculo, de rede, de comunicação. Às vezes a gestante não é atendida lá, muitas vezes o médico profissional fala mal do médico profissional da atenção básica. Às vezes a gente acompanha um pré-natal perfeito sem nenhum problema e às vezes o bebê morre. Então acho que o problema tá aí, fragmentação da rede e nada acontece. Cada um faz do

jeito que acha melhor, do jeito que imagina ser o certo e ninguém senta pra estipular um fluxo.” – Entrevistado 6.

- **Atenção Hospitalar de Tocantinópolis**

“É que eu tô fora do postinho há muitos anos, então eu não tenho assim noção, o que a gente percebe é que aqui no hospital, é que algumas coisas, eu não sei se não tá sendo passado, se as mulheres não estão entendendo de forma adequada, a gente percebe muita imaturidade em relação de como lidar com o trabalho de parto, parece que as mulheres ainda não estão preparadas, o que vai acontecer, muitas vem preparadas pra uma cesariana, não sabe lidar, não sabe seguir os aconselhamentos, outras não sabem como cuidar do bebê, como pegar o bebê, muito difícil a questão da amamentação, então eu acho que algumas coisas ficam a desejar em relação ao pré-natal.” – Entrevistado 3.

“Posso colocar 10% é a falta de agente de saúde na falta de comunicação ao paciente, acho que o agente de saúde tá faltando com o papel dele, entendeu? Geralmente quando ocorre alguma intercorrência na sala de parto, geralmente são de pacientes que são encaminhadas, pacientes com pressão alta no decorrer do pré-natal, paciente com problema de pós-datismo, não teve acompanhamento do enfermeiro e do médico pra saber a questão de que a paciente já tá com 41 semanas e 7 dias e não foi procurada pela unidade, então ela por conta próprias foi atrás, por que ela não teve aquele acompanhamento, então isso reflete na nossa sala. Aí aqui nós não temos uma certa preocupação com o trabalho da questão da assistência no ato. Não adianta que quando o pré-natal não é realizado todo mensalmente, ele reflete na sala de parto.” – Entrevistado 4.

- **Atenção Hospitalar de Augustinópolis**

“É a questão que na UBS (Unidade Básica de Saúde) o pré-natal é feito por profissional que não é da área. Então muitas vezes ele não tá a par de detalhes que são importantes. A falta de conhecimento, a falta do interesse, a falta do suporte para o profissional, em termos de exames

laboratoriais, de ultrassonografias que não são feitas como deveriam ser feitas. Então, além da questão do profissional, tem essa questão também da responsabilidade do município em dar um suporte melhor pra os pacientes, para as gestantes.” – Entrevistado 7.

“Falta do acompanhamento correto dessas gestantes. Eu acredito que talvez a cultura também local que ainda não tem aquela cultura de que a consulta do pré-natal seja importante.” – Entrevistado 8.

Em alguns trechos, vemos que uma parte das queixas é em relação à gestante, que não é esclarecida ou que não tem suas dúvidas sanadas, que ela chega ao hospital hostil e com medo. Os entrevistados 1 e 7 apontam o desarranjo de profissionais como problema. O entrevistado 5 apresenta a superlotação de pacientes como outra problemática. O entrevistado 6 relata um fato bem interessante: que a falta de vínculo entre a atenção básica e hospitalar é prejudicial à assistência. O entrevistado 7 reforça a importância do município estar envolvido com o suporte para a gestante (exames, transporte), e, o entrevistado 8, além da falta adequada de acompanhamento, que o contexto cultural em que essa mulher está inserida interfere na boa assistência (VASQUES, 2006; FIGUEIREDO, 2010).

De modo geral, analisando as respostas dos entrevistados como um todo e de acordo com os questionamentos levantados, é possível perceber que os profissionais não compreendem bem o contexto da política pública de saúde em que estão inseridos, principalmente os da atenção hospitalar. Aqueles que estão na atenção básica têm melhor percepção da Rede Cegonha e das ações das políticas voltadas para a saúde da mulher. Tal realidade é espantosa, já que essa região de saúde (Bico do Papagaio) está envolvida no I Plano de ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins desde 2011 (BRASIL, 2011). Inclusive um dos entrevistados não faz ideia do que se tratam as ações institucionalizadas, e nem o porquê delas. Apenas faz o que é mecânico, o que é costumeiro e o que lhe foi repassado, mas não tem ciência da realidade que o envolve.

É percebido também que muitos deles não conhecem um ao outro: a atenção básica pouco conhece sobre a atenção hospitalar e vice-versa. E ainda, podemos ver que uma das maiores queixas da atenção hospitalar é devido à falta de informação ofertada à gestante. Muitas das unidades e dos hospitais não têm contato entre si para que a gestante possa conhecer o seu ambiente de parto e conhecer também a equipe que irá lhe assistir, sendo isto preconizado pela Rede Cegonha.

Foi possível perceber que apenas um entrevistado soube responder todos os questionamentos que foram levantados com base teórica do fluxograma da Rede. Porém, não representa o reflexo da região do Bico do Papagaio, visto que outro profissional da mesma instituição não respondeu com a mesma vigorosidade, assim como os demais da região.

Ao categorizarmos as entrevistas pelos níveis de atenção, podemos obter algumas categorias que facilitam a compreensão das ideias, baseado na Rede Cegonha, dispostas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Categorização de análise

Categorização de Análise	
UBS	Hospital
Busca ativa da gestante	Vaga sempre
Consultas e exames	Acolhimento e classificação de risco
Ações educativas	Boas práticas de atenção ao parto e nascimento
Vinculação/visita guiada	Presença de acompanhante no parto
Orientações ao acompanhante	Atenção multiprofissional e do enfermeiro obstétrico
Estrutura física	Ambiência hospitalar
Processo de trabalho	

FONTE: Criado pelo grupo de pesquisa

Iniciando pelas Unidades Básicas de Saúde, podemos ver:

Busca ativa da gestante: Relatado em apenas uma entrevista.

“Primeiro, busca ativa! Todo município tem que saber o número de gestantes que tem no seu território.” – Entrevistado 8.

Outro entrevistado deixou subentendido que há atendimento às gestantes:

“A gente tem o acompanhamento com a gestante desde a unidade básica com o agente de saúde.” – Entrevistado 4.

Consultas e exames: É relatado por todos os entrevistados. O que chama a atenção são as dificuldades em relação à execução dos exames.

“Muitas vezes a gente vê as pacientes com mau assistência, faltando é, alguns exames.” – Entrevistado 7.

“Ainda hoje encontramos pacientes chegando com duas, três consultas de pré-natal ou sem nenhuma consulta, sem nenhuma ultrasson obstétrica, sem os exames preconizados pelo Ministério da Saúde na assistência ao pré-natal.” – Entrevistado 8.

“Então o que eu acho que é falho hoje no município de Augustinópolis é a realização dos exames.” – Entrevistado 6.

“Eu peço um exame, vai pra Araguaína, demora três, quatro meses pra chegar.” – Entrevistado 1.

Ações educativas: É percebido em poucos relatos, mas nesses é perceptível que é bem realizado.

“Esse terceiro encontro de educação em saúde que nós orientamos sobre o parto e sobre os cuidados com o bebê.” – Entrevistado 6.

“A gente procura fazer sempre palestras, principalmente praquelas mães de primeira viagem, a gente convoca nutricionistas pra tá explicando sobre a importância da amamentação, a primeira alimentação na infância, a importância do auto-cuidado com ela, a importância do auto-cuidado com o bebê. A importância também do parto humanizado. A gente fala das posições de partos.” – Entrevistado 2.

Já na assistência hospitalar, relatos que a gestante chega sem conhecimento.

“As gestantes, elas chegam muitas vezes sem saber até que ponto elas, elas tem direito dentro do hospital; se ela chega sabendo, a relação fica mais fácil pra você lidar com aquela paciente, uma vez que você é um estranho pra ela.” – Entrevistado 7.

“Eu não sei se não tá sendo passado, se as mulheres não estão entendendo de forma adequada, a gente percebe muita imaturidade em relação de como lidar com o trabalho de parto, parece que as mulheres ainda não estão preparadas, o que vai acontecer, muitas vem preparada pra uma cesariana, não sabe lidar, não sabe seguir os aconselhamentos, outras não sabem como cuidar do bebê, como pegar o bebê, muito difícil a questão da amamentação.” – Entrevistado 3.

“Mas na realidade aqui enquanto assistência ao parto a gente percebe que essas gestantes elas não vem preparadas nem emocionalmente, nem psicologicamente e nem de conhecimento do que é um parto normal, do que é um nascimentos, quais as implicações de um parto normal e quais as implicações e complicações de um parto cesário, elas não vêm com esse conhecimento da atenção básica.” – Entrevistado 8.

Vinculação/visita guiada: Relatado em apenas uma entrevista.

“Vinculamos essa gestante ao serviço né, de maternidade que nós temos.” – Entrevistado 6.

Em contrapartida, há dois relatos acerca da comunicação entre unidade básica e hospitalar.

“Eu acho que tá faltando melhor comunicação entre o pré-natal e o parto, assim, tá se perdendo um pouco; Não existe um ‘feedback’ entre o pré-natal, o médico do pré-natal e o médico do parto. E que tivesse mais comunicação entre os profissionais que fazem o pré natal e os profissionais que fazem o parto, essa comunicação é muito precária.” – Entrevistado 5.

“Atenção básica tinha que tá mais próxima da maternidade, assim como a maternidade mais próxima da atenção básica, pra que nós pudéssemos nos ajudar e ambos ajudar a usuária, nossa maior interessada, e seu

RN; Porque quebrou-se o elo da atenção básica com a atenção hospitalar, eu creio que tinha que refazer esse laço.” – Entrevistado 8.

Orientações ao acompanhante: Nota-se que não há muita orientação ao acompanhante, apenas à gestante sobre o acompanhante.

“Os próprios acompanhantes que vem com os pacientes eles chegam sem saber quais são os direitos deles, quais são os deveres deles, né, às vezes tem pai que quer, não entende, ele quer entrar na maternidade, ele quer ficar no pré-parto.” – Entrevistado 7

“A assistência à mulher, o que ela tem direito, do acompanhante, como atender a mulher.” – Entrevistado 3.

“Assistência a mulher, por exemplo; a mulher tem direito a um acompanhante.” – Entrevistado 4.

Estrutura física: Vê-se apenas um relato acerca da estrutura física do ambiente de trabalho.

“Nossa sala de parto antes era muito pequena, então ela não comportava três gestantes cada um com seu acompanhante.” – Entrevistado 2.

Processo de trabalho: Um entrevistado aponta estar satisfeito

“Nosso pré-natal é bom! Tanto a quantidade de gestantes, como o tratamento profissional.” – Entrevistado 5.

Outros têm uma reclamação em comum: equipe devidamente capacitada para atender as gestantes.

“É a questão que na UBS o pré-natal ser feito por profissional que não é da área. Então muitas vezes ele não tá a par de detalhes que são importantes.” – Entrevistado 7

“Precisaríamos ter um plantão só de obstetra no hospital.” – Entrevistado 1.

Já no âmbito hospitalar, temos as seguintes compreensões das categorias:

Vaga sempre: Apenas um entrevistado aborda essa temática
“*Ela tem porta aberta na unidade e aqui também no hospital.*” –
Entrevistado 4.

Acolhimento e classificação de risco: Dois entrevistados relatam.
“*Nós ficamos aqui no hospital mais pra receber essas pacientes.*” –
Entrevistado 7.

“*Ela chega a gente faz a ficha, temos o método de classificação de risco, fazemos a classificação dependendo do quadro que ela se classifica, o médico avalia, toma as decisões e o paciente decide ficar ou ir embora dependendo da situação.*” – Entrevistado 4.

Boas práticas de atenção ao parto e nascimento: Entende-se que há um empenho em realizar uma boa assistência à mulher e seu bebê.

“*Existe também o acompanhamento da fisioterapeuta, ela acompanha até o hospital com as gestantes, ensina mais ou menos como é os exercícios e tudo.*” – Entrevistado 3.

“*Todos os programas, Rede Cegonha, é todos são utilizados aqui... assistência a mulher, por exemplo; a mulher tem direito a um acompanhante entendeu? Parto humanizado, que é uma das coisas que a gente clica bastante em fazer.*” – Entrevistado 4.

“*Assistência ao parto e ao puerpério Controle de natalidade. Parto e nascimento, isso é típico fazermos! Política mesmo aqui, é o parto e o puerpério e intercorrências gestacionais.*” – Entrevistado 8.

Presença de acompanhante no parto: Profissionais do hospital têm conhecimento desse direito resguardado da mulher.

“*A assistência à mulher, o que ela tem direito, do acompanhante.*” –
Entrevistado 3.

“*A mulher tem direito a um acompanhante entendeu?*” – Entrevistado 4.

É apontada uma situação exposta anteriormente: os acompanhantes não compreendem o seu papel, e a equipe parece não esclarecer isso.

“Os próprios acompanhantes que vem com os pacientes, eles chegam sem saber quais são os direitos deles, quais são os deveres deles, né, às vezes tem pai que quer, não entende, ele quer entrar na maternidade, ele quer ficar no pré-parto.” – Entrevistado 7.

Atenção multiprofissional: É bem relatado.

“Existe também o acompanhamento da fisioterapeuta, ela acompanha até o hospital com as gestantes, ensina mais ou menos como é os exercícios e tudo, e intercala fisioterapeuta, odontólogo.” – Entrevistado 3;

“No hospital existiam palestras juntamente com odontólogos, com o pediatra, com a psicóloga, onde havia uma participação maior de todas as puérperas que estavam naquela maternidade. Eram feitos grupos de discussão; ah é uma mãe ali que não tá muito legal, tudo mais, então a psicóloga vai lá conversar com ela, é uma mãe que tá recusando o bebê, amamentar, então vai lá explicar pra ela qual a importância daquela amamentação, vai tranquilizar.” – Entrevistado 7;

“Tem acompanhamento com o odontólogo, com fisioterapeuta, com o médico, com educador físico; Uma das coisas que a gente desenvolve nesse local é o acompanhamento com o fisioterapeuta na hora do trabalho de parto, fazendo atividades, exercícios. A paciente que tá em trabalho de parto ela tem um acompanhamento não só com o médico e enfermeiro, mas também com o fisioterapeuta.” – Entrevistado 4.

Ambiência hospitalar: São apresentadas diferentes realidades.

“Então, a maternidade precisaria funcionar como maternidade.” – Entrevistado 1.

“Eu acho assim que falta muito compromisso dos gestores públicos. Se fosse aquela coisa do hospital amigo da criança, antigamente, o hospital ele tinha esse título amigo da criança, hoje ele perdeu; a gente não segue um protocolo na verdade porque ficou um pouco dispersado nosso serviço.”

– Entrevistado 7.

“Hoje o principal problema é o volume enorme de paciente pra uma unidade de saúde que já tá saturado.” – Entrevistado 5.

“A atenção básica tinha que tá mais próxima da maternidade, assim como a maternidade mais próxima da atenção básica, pra que nós pudéssemos nos ajudar e ambos ajudar a usuária nossa maior interessada e seu RN” – Entrevistado 8.

Quando analisamos as categorias de análise, vemos expressamente que a realidade não condiz muito com o que é preconizado, devido à falta de infraestrutura, pouco conhecimento dos profissionais sobre a Rede, hospitais e trabalhadores em situações não favoráveis, podendo sujeitar a paciente a este mesmo risco. E principalmente, ausência ou mínimo de suporte por parte da gestão pública.

Como descrito nas fala dos entrevistados, a prática dos profissionais da rede não condiz com o que é esperado, as duas cidades foram privilegiadas com o Plano de Ação da Rede Cegonha, e os profissionais pesquisados trabalham dentro dessa realidade. Percebe-se pessoas focadas especificamente na área em que atuam, compreendendo muito pouco do sistema da Rede. Destaca-se as poucas falas sobre o sistema logístico.

Podemos afirmar que a região de saúde do Bico do Papagaio está enfraquecida em relação aos conhecimentos dos próprios profissionais a respeito da assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento, pois é perceptível o predomínio de relatos estritamente mecânicos, instalados pelo contexto do ambiente de serviço que proporcionam atividades rotineiras ao profissional, e não pensando de forma a abranger a gestante em si (considerando que cada paciente é único em sua individualidade, e considerando também um dos três princípios doutrinários do SUS, que é a Equidade).

É notável, também, que as condições de saúde em que estes profissionais estão expostos não contribui para uma boa assistência

de saúde: a falta e demora dos exames básicos preconizados, a estrutura física dos prédios, e principalmente, mas não menos importante, a falta de comunicação entre os setores de atenção básica e hospitalar, motivo de queixa frequente durante as entrevistas.

Visto a realidade apresentada, é perceptível que o Plano de Ação implantado nessa região de saúde se faz hoje pouco eficaz. Uma política pública de saúde se faz realmente efetiva a partir do momento que o seu objetivo é alcançado, e o mesmo reflete no público alvo de maneira eficiente. Faz-se necessárias ações de capacitação e atualização, para que se reforce aos profissionais a importância dessa política.

Referências bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BASTON, H.; HALL, J. **Série enfermagem obstétrica essencial: uma abordagem humanizada**, v. 2: pré-natal. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22/02/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.296, de 2 de outubro de 2012a**. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins e aloca recursos financeiros para sua implementação. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2296_02_10_2012.html>. Acesso em: 22/02/2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012b**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22/02/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguuru**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO, Jamile Claro de,; CLAPIS, Maria José. Rev Latino-am Enfermagem. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. 2005 novembro-dezembro; 13(6):960-7.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Violências contra a mulher**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

HARADA, M. de J. C. S., PEDREIRA, M. da L. G., VIANA, D. L. **Promoção da Saúde: Fundamentos e Práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico do Município de Augustinópolis**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/augustinopolis/panorama>>. Acesso em: 24/10/2016a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Augustinópolis**. Tocantins – TO. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/tocantins/augustinopolis.pdf>> Acesso em: 24/10/2016b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico do Município de Tocantinópolis**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/tocantinopolis/panorama>>. Acesso em: 24/10/2016c.

MORON, A. F.; CAMANO, L.; KULAY, L. J. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2011

LEIFER, Gloria. **Enfermagem obstétrica**. 11 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013.

NARCHI, N. Z.; CAMARGO, J. C. S.; SALIM, N. R.; MENEZES, M. O.; BERTOLINO, M. M. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. **Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto**. Recife, V. 11, n. 3, p. 313-322, 2011.

RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo, SP: Editora Senac, 2005.

SILVA, R. P. C. P. **Parto Humanizado**: percepção das puérperas sobre a presença do acompanhante de livre escolha no Hospital Maternidade Dona Regina – Palmas/Tocantins. 15/12/2014 74 p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. UFT. 15/12/2014

TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. **I Plano de Ação Regional da Rede Cegonha**. 2012a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. **II Plano de Ação Regional da Rede Cegonha**. 2012b.

_____. **População Residente – Tocantins**. Período: 2013. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/250910/>>. Acesso em: 24/10/2016.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal**: Um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro, RJ: Editora Rubio, 2006.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. - **Método Mãe Canguru**: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. Vol. 80, Nº 5 (supl), 2004.

REGIÃO DE SAÚDE CAPIM DOURADO

Mayane Vilela Pedroso

Marta Azevedo dos Santos

Viviane Ferreira

Luanna de Souza

Hiury de Jesus Magalhães

O presente capítulo foi dividido em duas partes, a primeira do município de Miracema e a segunda do município de Palmas.

Miracema

Miracema do Tocantins, por volta de 1929, despertou o interesse dos garimpeiros do norte do Goiás, atraídos pelos recursos naturais e beleza natural da região, os novos imigrantes passaram a explorar a cana-de-açúcar e navegação fluvial, tornando-se assim os primeiros habitantes da cidade. Em 1988 houve o desmembramento do estado do Goiás e Miracema tornou-se a capital provisória do novo estado, até que em 1989 Palmas passou ser oficialmente a capital do Tocantins. Atualmente com população estimada em 19.340 habitantes e área territorial de 2.656,090 km².

O Estado do Tocantins com a finalidade de ofertar serviços de saúde mais próximos do usuário e melhorar a Rede de Atenção a Saúde e o processo de descentralização, organizou o estado em Regiões de Saúde, sendo a cidade de Miracema pertencente à Região do Capim Dourado.

Quanto à compreensão dos trabalhadores de saúde sobre a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, sob a política de regimento do Programa de Humanização e da Rede Cegonha, que tem por objetivos, promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento e ao crescimento (BRASIL, 2011).

Para aperfeiçoar os resultados, foram levantados alguns dados quantitativos junto ao DATASUS, tido como mais relevante na análise da rede. Foi escolhido um gráfico descritivo dos tipos de partos realizados em Miracema entre os anos 2009 a 2013. Fizeram parte dois profissionais de saúde do hospital e dois profissionais de saúde da UBS.

Gráfico: Tipos de partos realizados no município de Miracema do Tocantins entre os anos de 2009 e 2013.

Miracema

Tipos de partos



É possível observar, no gráfico acima, que nos partos normais houve uma queda gradativa nos anos de 2010 a 2012 mantendo-se no mesmo percentual no ano de 2013, contrapondo-se aos partos cesáreas.

Importante frisar, que em Miracema não são realizados parto normal de alto risco, parto cesárea com laqueadura e nem parto cesárea de alto risco. Quando estes são detectados no município, estes são

encaminhados para o hospital maternidade de referência de Palmas.

O processo de parir e nascer esta em um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. Então inibir os excessos de partos cirúrgicos é uma das metas construída com foco na atenção de humanização do parto (REIS et al., 2005). Desta forma, o esperado era que após a implantação da Rede Cegonha as taxas de parto cesáreas diminuíssem e equivalentemente as taxas de parto normal aumentassem.

O parto cesárea não deve ser uma opção e sim uma indicação médica, realizados em casos específicos onde medidas preventivas precisão ser tomadas para garantir o bem estar da mãe e do bebê, trata-se de cirurgia muito invasiva que pode apresentar riscos para a mãe e seu bebê se for realizada sem a necessidade (BRASIL, 2014).

É importante ressaltar que o parto humanizado **não é um tipo de parto**, mas sim um processo. A humanização do parto tem objetivo de ressaltar o respeito às escolhas da mulher, no direito a um atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência (BRASIL, 2015).

Segundo os profissionais que lidam com o processo de gestação, parto e nascimento, podemos destacar detalhes importantes que contribuem para a nossa compreensão em relação ao processo de trabalho e a realidade da rede de saúde na cidade de Miracema.

O acompanhamento pré-natal é extremamente importante, contribui para a melhor assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal (GONÇALVES et al, 2009)

Quando questionados sobre a rotina do pré-natal foram obtidas as seguintes respostas:

“Pelos cartões que eu recebo aqui no hospital, são bastante incompletos... paciente que chega com duas, três consultas, exames as vezes nem faz! É muito inconstante! ... São raras as pacientes que chega com o cartão em branco, com uma ou duas consultas só” –Entrevistado

1 – Hospital.

Para que o pré-natal tenha boa adesão e seja realizado como preconiza o Ministério da Saúde, faz-se necessário um mínimo de 6 consultas e realização de todos os exames de referencia de acordo com o período gestacional e contar ainda com um atendimento multiprofissional minimizado possíveis intercorrências.

“Ultrassom, por exemplo, numa gestação faz com 7,8,9, 10 semanas de preferencia, o primeiro exame, no inicio da gravidez! Ai depois no meio, ai com 15 ate 20 semana se faz outra. Depois com 24, 25 se faz mais uma com 35 mais outra, tem que ser pelo menos 4, 5 ultrassons numa gravidez, pelo menos, aqui tem paciente que faz uma ultrassom já com 30 semanas, ai fica muito difícil” – Entrevistado 1, Hospital.

“O pré – natal sempre tem que iniciar no segundo, no segundo mês, porque no primeiro mês é meio duvidoso” – Entrevistado 2, Hospital.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2012).

“Tem gestante que só, vai iniciar, o pré-natal no quarto mês, no quinto mês, ai, já fica os exames de primeiro trimestre a desejar, já não é realizado, então ela vai realizar só o do terceiro trimestre. ... Então tem que ir todo mês, fazer todos os procedimentos, de medir o abdome, olhar a aréola, e ai por diante ... VDRL ... sífilis. ... Se a gestante é diabética, tem que começar tratamento, pra ir controlando a glicose, pra que o filho não cresça tanto no útero ... são fatores de riscos, né? da gravidez! Que tem que ser tratados antes, no pré-natal!” – Entrevistado 2, Hospital.

Ações educativas são atividades desenvolvidas dentro das Unidades Básicas de Saúde intermediadas por profissionais de saúde com a finalidade de oferecer subsidio para novos hábitos e condutas de saúde, tornando a gestante mais emponderada e ciente de todos os seus direito em relação ao parto e nascimento, tendo oportunidade de decidir sobre a escolha do tipo de parto, escolha do acompanhante

te, e receber orientações sobre a amamentação e cuidado e higiene pessoal e com recém-nascido (ALVES, 2005).

“Com base no planejamento reprodutivo onde é explicada todas as mulheres, os métodos contraceptivos, detecção precoce com teste rápido de gravidez, o início também precoce do pré-natal ... Palestras educativas onde são tiradas todas as dúvidas em relação ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério...as orientações com os cuidados do bebê” – Entrevistado 1, UBS.

“Você tem que orientar a respeito do trabalho de parto, quando você começa a sentir as primeiras dores ... mas não são todas paciente, que escuta, que orienta, que também são orientadas, que às vezes os próprios colegas de pré-natal não indica o que deveria dizer, não orienta como deveria orientar, não explica, às vezes não cobra, e tudo isso tem que ser feito. Tem que ter, tem que ser ensinado e cobrado, porque senão também não resolve” – Entrevistado 1, Hospital.

“A maior dificuldade na atenção ao parto é que talvez seja um pré-natal que não sane todas as dúvidas da mulher” – Entrevistado 1, UBS.

“A gente poderia talvez sugerir outros tipos de projeto, como doação de leite materno, projeto canguru, ...nem todo mundo tem uma boa aceitação ... especialmente a política do pré-natal bem realizado, estado de acordo com as normas do Ministério da Saúde” – Entrevistado 2, UBS.

Segundo Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, que regulamenta o apoio logístico com a finalidade de promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, com ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.

“Quando eles encaminham à policlínica já tem três a quatro carros disponíveis, qualquer eventualidade, eles fazem as visitas domiciliares naqueles carros, entendeu? Qualquer coisa que detectar tem que encaminhar pro hospital!” ..-. Entrevistado 2, Hospital.

O SUS é um sistema de saúde recente, tem muitos resulta-

dos a celebrar assim como enormes desafios a superar (MENDES, 2013). Não diferente desta realidade, esta a política de humanização e a Rede Cegonha vinculada diretamente ao sistema, necessita de ajustes, e dos problemas frequentemente apontados refere-se à gestão e sobre a disposição de profissionais qualificados e em quantidade suficiente para atender os programas e políticas preconizam

“Durante muitos anos só teve dois obstetras aqui, ai depois deu uma melhoradinha, economicamente o governo contratou mais médico, ai tinha obstetra todos os dias, isso é o ideal, que tivesse obstetra de plantão todos os dias, que tivesse pediatra todos os dias, e que tivesse um pré – natal sendo acompanhado do inicio ao final da gestação,... mas se for contratar um médico pra acompanhar tudo, ele não da conta, muita gente, e outra coisa não tem profissional com disposição pra fazer todo o serviço, como deveria” – Entrevistado 1, Hospital.

“Às vezes tem um de plantão, ai permanente, mas outros ficam sobre aviso, fica em casa, ai qualquer hora que chegar um uma gestante eles são avisados em tempo, para examinar, e pra ir realizar os procedimentos”

– Entrevistado 2, Hospital

”Superlotação e regimes funcionários apertado” Entrevistado 2, UBS.

O ato de acolher está diretamente ligado à atitude de ouvir a gestante reconhecendo-a de forma integral, valorizar os seus aspectos biopsicossociais, superando a fragmentação das ações em saúde (OLIVEIRA et al, 2008).

Todas as unidades de saúde devem oferecer à mulher um ambiente acolhedor e criar rotinas hospitalares que acabem com o isolamento imposto às mulheres e às tornem participantes ativas e empoderadas neste processo de saúde (BRASIL, 2015).

“No hospital, é verificado a pressão, lá no posto, tem a classificação de risco, é encaminhado pro pré – parto. ...O obstetra vem avaliar” ... –Entrevistado 2, Hospital.

A Lei Federal 11.108/2005 garante as parturientes o direito ao acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, este acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher.

“É, elas optam se quer o pai, se quer a mãe, se quer o esposo, pra fica acompanhando” – Entrevistado 1, Hospital.

“E tenta na medida do possível realizar o parto humanizado e a presença do acompanhante, ... assistência ao pai durante o pré-natal que ainda é pouco implantado no município” – Entrevistado 2, UBS.

Outra questão relevante para o desenvolvimento de um bom pré-natal é a interação multidisciplinar entre as equipe, essa interação possibilita que o pré-natal transcorra de uma forma segura e resolutiva para a gestante.

“O PSF daqui funciona bem, os enfermeiros fazem um trabalho muito bom de obstetrícia, ... e em caso de uma intercorrência eles encaminham aqui pro hospital” – Entrevistado 1.

“Deveria ter uma abordagem mais multiprofissional durante o pré-natal não só o Enfermeiro e o médico” – Entrevistado 1, UBS.

É necessário que haja comunicação entre as equipes que realizam o pré-natal, parto e puerpério, instrumento que torna isto possível é o cartão da gestante, onde deve conter todos os dados relevantes sobre a gestação, para que o obstetra realize um parto sem maiores complicações. É imprescindível que haja referencia em contra referencia entre os centros de saúde garantindo assim a vinculação da gestante ao local de parto.

“Gestantes de alto risco que são encaminhadas para o atendimento de alto risco no Dona Regina, os médicos que atendem não preenchem a contra referência” – Entrevistado 1, UBS.

A Lei Federal 11.340/2007 garante a gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

“Eu acredito que um sistema em que se passa no hospital para a paciente ficar mais tranquila, ... a visita onde ela vai ganhar esse parto”
Entrevistado 2, UBS.

Os dados quantitativos confrontados com as entrevistas realizadas com os profissionais de Miracema do Tocantins não contemplam todos os temas pertinentes dentro das categorias pré – estabelecidas, não houve menção nas entrevistas às seguintes categorias: busca ativa da gestante, referência, orientações ao acompanhante, ambiência da atenção básica, vaga sempre, acolhimento e classificação de risco, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, presença de acompanhante no parto.

“O que foi implantado aqui, foi a rede cegonha, só que por motivos maiores, não vai funcionar, tava tudo pronto pra funcionar, mas não conseguimos” – Entrevistado 2, Hospital.

Diante do exposto, presumisse que na percepção dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, a Rede Cegonha e a Política de Parto Humanizado, não esteja sendo totalmente efetivada, necessitando que o processo de trabalho destes profissionais seja revisto e que haja uma melhora entre os fluxos de serviço de saúde, para que todos compreendam a importância de um pré-natal bem executado e todos os demais cuidados com a mulher e com a criança.

Palmas

Dos 24 profissionais definidos na metodologia para serem entrevistados, sendo 12 da atenção básica e 12 do Hospital, apenas 19 aceitaram participar da pesquisa. Em ambos houve rejeição, no hospital esse número foi maior, total de três, dos cinco que não aceitaram participar da pesquisa. A proposta inicial seria entrevistar duas equipes das três principais regiões estratégicas do município de Palmas, sendo duas da região Norte, duas da região Sul e duas da região Central, totalizando os 12 profissionais da atenção básica, ou

seja, entendendo ser uma equipe quando composta por um médico e uma enfermeira, cada UBS seria entrevistado quatro profissionais (dois médicos e duas enfermeiras). Contudo, só foi possível entrevistar 10, dois profissionais da região norte não aceitaram participar da pesquisa. Situações previstas por estarmos em um momento político desfavorável nas duas esferas da gestão, nacional e estadual, e a política de saúde em questão, fora lançada durante a gestão do Governo estadual, ainda em exercício.

Os dados foram analisados e dispostos de acordo com a ordem do instrumento de coleta, divididos por perguntas conforme questionário semiestruturado dispondo cada entrevistado da Atenção Básica e do Hospital respectivamente. De acordo com a tabela 2, as categorias de análise surgiram com base em conhecimento prévio e baseado nas respostas dos entrevistados mediante as perguntas assim relacionadas:

Quadro 1 – Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto das entrevistas

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Mensalmente até 34ª semana • Mensalmente até 37ª semana • Mínimo de 6 a 7 consultas 	Número de Consultas
<ul style="list-style-type: none"> • Falha na adesão ao pré-natal • Falta de acolhimento no pré-natal 	Adesão ao pré-natal
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitação de todos os exames no 1º trimestre de gestação 	Oferta de exames
<ul style="list-style-type: none"> • Morosidade na Ultrassonografia (acesso e resultado) • Resultados laboratoriais em tempo hábil 	Resultados dos exames em tempo oportuno
<ul style="list-style-type: none"> • Captação com 20 a 25 semanas • A maioria chega grávida • Captação com 6 a 8 semanas 	Captação precoce
<ul style="list-style-type: none"> • Buscativa é complicada • É feita pelos agentes comunitários de saúde 	Busca ativa

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital é acessível para visitas das gestantes • A gestante é orientada a realizar a visita ao hospital durante o pré-natal 	Vinculação e Visita guiada
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital sempre lotado • Não tem vaga para todo mundo 	Vagas sempre
<ul style="list-style-type: none"> • Garantia do acompanhante em 100% dos partos • Diminuição da taxa de episiotomia • Partos realizados por enfermeiros obstetras • Posição do parto de livre escolha da gestante • Contato pele a pele no mínimo por 1 hora • Amamentação na primeira hora de vida • Métodos não farmacológicos de alívio da dor 	Boas práticas de atenção ao parto e nascimento
<ul style="list-style-type: none"> • Falha no sistema de Comunicação entre as referências • O retorno pós-parto é excelente 	Referência e Contra Referência
<ul style="list-style-type: none"> • Falta muito medicamento • Falta equipamentos essenciais de trabalho e insumos 	Recursos Materiais e Insumos
<ul style="list-style-type: none"> • Falta uma maternidade Municipal de Risco Habitual • Falta um CPN (Centro de Parto Normal) • Necessidade de reforma e ampliação do hospital de referência 	Estrutura Física
<ul style="list-style-type: none"> • Seguem os manuais do ministério da saúde • Prática baseada na experiência do dia a dia • Não tem conhecimento sobre a política que trabalha • Conhecem a rede cegonha • Conhecem e seguem a rede cegonha • Seguem a política de nacional de humanização 	Conhecimento sobre a política que trabalha

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Não dá alta do pré- natal com 37 semanas, gosta de acompanhar até o final. • Encaminha para o alto risco e o tratamento é feito por lá. • Encaminha para o Dona Regina para realizar exame de urina. 	<p>Conhecimento sobre o fluxo da rede</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Esquece de orientar a gestante • Dificuldade em reuni-las • Grupos de gestante esporádicos • Orientação apenas no dia da consulta • Orientação rápida na sala de espera em datas comemorativas • Reconhecimento da importância da orientação da gestante e acompanhante • Gestantes chegam despreparadas para o parto e atrapalha o processo parturitivo • A orientação sobre o parto deveria ser durante a gestação 	<p>Educação em Saúde</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Profissional sente a necessidade de capacitação • Profissionais reconhecem os avanços no serviço devido cursos realizados • Falta profissional qualificado e capacitado • Alta rotatividade de profissionais 	<p>Educação Permanente</p>

Quadro 2 – Categorias finais de Análise das entrevistas

UNIDADES DE CONTEXTO	CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE
Categorias	
ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL	Componente Pré-Natal Atenção Básica
Número de consultas e adesão ao pré-natal.	
Exames – Oferta e resultados em tempo oportuno	
Captação precoce e busca ativa da gestante	
Vinculação da Gestante	
ASSISTÊNCIA AO PARTO	Componente Parto e Nascimento Hospital
Vagas Sempre	
Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	
Referência e Contra-Referência	
SISTEMA LOGÍSTICO	Sistema de Apoio Atenção Básica e Hospital
Recursos Materiais / Insumos	
Estrutura Física	
CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA QUE TRABALHA	Rede Cegonha Atenção Básica e Hospital
Educação em Saúde	
Educação Permanente	
Assistência ao pré-natal e as implicações no Parto	

Segue a análise dos dados pelas categorias encontradas:

Categoria I: Componente Pré-Natal – Abordam-se os indicadores mínimos e primordiais que são preconizados pelo Ministério da Saúde e Rede Cegonha para a realização do pré-natal de qualidade na atenção básica.

Categoria II: Componente Parto e Nascimento – Serão discutidos os elementos essenciais para uma Prática Obstétrica Baseada em Evidências Científicas POBEC, nos termos da OMS de 1996 sobre “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” no hospital e Maternidade Dona Regina.

Categoria III: Sistema de Apoio – Identificam-se os elementos imprescindíveis no apoio a uma assistência segura no ciclo gravídico puerperal abordando principalmente sobre os recursos materiais, insumos e estrutura física que possam interferir na assistência da gestação ao parto no município de Palmas.

Categoria IV: Rede Cegonha – Avigora-se aqui, a análise sobre a implementação da rede, as quais requerem ações articuladas entre gestores, profissionais da saúde e comunidade do município de Palmas sobre o entendimento dessa política pública no contexto do ciclo gravídico puerperal com o foco na assistência ao pré-natal e as implicações no parto e nascimento.

Categoria I: Componente Pré-Natal

Considera um pré-natal de qualidade quando é garantido, no mínimo, um acolhimento e classificação do risco durante toda gestação, o acesso da gestante a 6 consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, captação precoce até 12 semanas e busca ativa das faltosas, oferta exames de rotina nos três trimestres de gestação e resultados em tempo oportuno, programas educativos e vinculação ao local de parto (BRASIL, 2012).

No grupo de indicadores de atenção da matriz diagnóstica da Rede Cegonha, são identificados fatores de risco relacionados com a mortalidade materna infantil. Diante dessa análise foi possível planejar e elaborar ações para garantir a melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos visando à redução da mortalidade nessa população (MARQUES, 2015).

Contudo, alguns estudos como de Oliveira e Bortorli (2016), apontam que a atenção ao pré-natal qualificada ainda é um grande desafio para os gestores e profissionais da saúde. Neste estudo, foi identificado que fatos como o acesso ao agendamento, captação precoce tardia, baixa escolaridade e renda podem distanciar o acesso e a

adesão da gestante ao pré-natal. Outras pesquisas também afirmam que gestantes com baixo grau de escolaridade associado a um baixo nível sócio econômico costumam iniciar o acompanhamento do pré-natal tardiamente e apresentam maior índice de absenteísmo, além de apresentar hábitos inadequados durante o período gestacional (CARDOSO et al., 2016). Assim como encontramos em algumas respostas dos entrevistados 1, 2 e 16:

“A adesão é muito falha ainda, pela morosidade vamos dizer assim do tratamento... e algumas não querem fazer o pré-natal aqui, porque querem fazer com o obstetra” –Entrevistado 1.

“Acho que melhorar a adesão dessas gestantes aqui delas estarem vindo aqui todo mês” –Entrevistado 2.

“O não comparecimento da própria paciente, dessa importância do pré-natal, não vir ao pré-natal” – Entrevistado 16.

Estes profissionais reconhecem que a adesão não é satisfatória, mesmo com a captação precoce da gestante, conforme foi ressaltado 90% dos entrevistados. O início precoce das consultas até 12 semanas de gestação é recomendado pela Organização Mundial da Saúde –OMS e pelo Ministério da Saúde (2011). *Domingues et al. (2015), em um estudo nacional de base hospitalar realizado com 23.894 mulheres no período de 2011 e 2012 aponta que a assistência pré-natal no Brasil alcançou cobertura praticamente universal, mas persistem desigualdades regionais e sociais no acesso a um cuidado adequado. O cumprimento dessa meta é essencial para a prevenção de alguns agravos para que ocorra intervenção no momento oportuno como na transmissão vertical da sífilis e HIV, diagnóstico precoce de gravidez tubária, controle de anemia, manejo da hipertensão e diabetes. Estes estudos corroboram com a realidade local, identificada nas entrevistas, em uma mesma cidade há diferenças no acesso e na assistência como foi verificado nas respostas abaixo:*

“Ela é sempre feita no primeiro trimestre, antes da décima segunda semana” – Entrevistado 3.

“A gente tem recebido as gestantes com 6 semanas, 8 semanas” – Entrevistado 7.

“Amenorreia a gente já entra com teste rápido, teste rápido positivo, a gente já inicia o pré-natal” – Entrevistado 10.

Os entrevistados 1 e 4 Estas regiões ficam na periferia da cidade onde a população é mais dependente do SUS, enquanto que os entrevistados 1 e 4 são de regiões centrais onde concentra a população mais esclarecida menos dependente, desaponta os estudos conforme citado anteriormente afirmam que a baixa escolaridade e renda podem distanciar o acesso e a adesão dessas gestantes.

“Chega gestante aqui com 20 semanas, 25 semanas” – Entrevistado 1.

“A maioria já chega grávidas e às vezes não sabem que estão grávidas” – Entrevistado 4.

“Tô aqui há nove anos, a adesão à gente não tem grandes problemas com relação a isso, quer vim vem” – Entrevistado 3.

Um desses motivos encontrados nas entrevistas é com relação aos exames, foi observado que a oferta está ocorrendo, mas os resultados não são entregues em tempo hábil conforme é preconizado. KOR, et al, (2016), evidenciaram que a não realização dos exames e aquisição tardia dos resultados pode dificultar o diagnóstico precoce de agravos que comprometem a saúde materno-infantil.

“Nós estamos conseguindo oferecer todos os exames” – Entrevistado 5.

“Todos os exames do primeiro trimestre são solicitados na primeira consulta” – Entrevistado 6.

“A gente solicita todos os exames na primeira consulta né”... – Entrevistado 9.

“A gente solicita todos no primeiro e segundo trimestre”... – Entrevistado 10.

Apesar da oferta dos exames mostrarem-se satisfatória, os resultados não condizem com essa realidade, fato relatado pela maioria dos entrevistados, que afirmam não receber em tempo hábil, percebe-

-se uma recente regularização quanto aos exames laboratoriais, mas a maior queixa é a morosidade da USG obstétrica. Segundo Pereira (2014), a ultrassonografia realizada no primeiro trimestre de gestação até 13 semanas, é mais fidedigna e considerada padrão de referência para estimar a idade gestacional e acompanhamento do desenvolvimento fetal, que orienta para a tomada de decisão para interrupção da gestação com segurança. Outro estudo demonstra que mesmo a ultrassonografia não realizada no período recomendado apresentou melhor desempenho para cálculo da idade gestacional do que pela data da última menstruação das mulheres brasileiras (PAPAGEORGHIU, 2014).

Estudo realizado em Maringá-PR em relação à percepção das gestantes sobre o pré-natal no serviço público diz que, as usuárias gostariam de realizar mais exames durante a gestação e demonstraram descontentamento com relação à demora dos resultados, asseveraram a necessidade e interesse de saber as condições de saúde do bebê durante seu desenvolvimento gestacional (ORTIGA et al., 2015). É preocupante quando é relatada pela maioria dos profissionais que esta morosidade nos exames é uma realidade e quase uma rotina nos serviços da atenção primária de Palmas, o que compromete diretamente a qualidade dessa assistência prestada à gestante no pré-natal.

“Morosidade dos exames, uma USG obstétrica está demorando 3 meses, 2 meses” –Entrevistado 1.

“Às vezes tem que pedir com uma certa antecedência para poder dar tempo de fazer” –Entrevistado 4.

“Nesses dois meses os exames estão chegando em tempo hábil” –Entrevistado 5.

...“Os exames estão chegando em tempo hábil principalmente os do primeiro trimestre, inclusive a Ultrassonografia” –Entrevistado 6.

“Os Ultrassons estão vindo num período de 15, 20 dias e 30 dias” –Entrevistado 7.

“A demora nos exames, demora muito o Ultrassom entendeu? A parte laboratorial aqui em Palmas até que não é tão demorada”... –Entrevistado 8.

Outro fato que chamou atenção foi a posição de alguns profissionais que o fato da não adesão das gestantes ao pré-natal também pode estar relacionado como a superficialidade pela qual o processo de trabalho se desenvolve em alguns locais, em que o profissional apresenta totalmente desinteressado ou despreocupado com as consequências do não comparecimento da gestante as consultas de pré-natal.

“Tô aqui há nove anos, a adesão a gente não tem grandes problemas com relação a isso, quer vim vem” –Entrevistado 3.

“Assim a buscativa de gestante é complicado né, fazer isso aí, sair perguntando quem está em amenorreia quem está em gestação” –Entrevistado 1. Relacionando essas falas com os resultados apontados por profissionais dessa mesma Unidade Básica, é possível compreender o porquê de a captação precoce nessa região não ser satisfatória, ou seja, está diretamente relacionado com a falta de ter uma busca ativa mais efetiva dessas gestantes e intensificar o monitoramento dessa ação, assim como fortalecer a educação permanente desses profissionais sobre a importância de oferecer uma assistência segura.

É perceptível de fato quando pacientes chegam ao desfecho da gestação, nota-se um despreparo com relação às orientações sobre o processo parturitivo, seus direitos e principalmente o desconhecimento com o local (Maternidade) que irá parir. A política da rede cegonha recomenda ainda que seja feita uma visita da gestante ao local de parto, orientado por profissional da atenção primária, denominada de visita guiada, e a vinculação da mesma a maternidade para evitar o fenômeno da peregrinação anteparto reduzindo desfechos perinatais desfavoráveis (BRASIL, 2011).

No Brasil, essa vinculação além de ser recomendada pela Rede Cegonha ainda é garantida por lei desde 2007 (BRASIL, 2007). Es-

tudo recente sobre a pesquisa Nascer no Brasil (LANSKY, 2014), aponta que a peregrinação é referida por 16,2% das mulheres sendo mais frequente em na região Nordeste, não brancas, adolescentes e com escolaridade baixa, levando a maior ocorrência de *near miss* materno, que é definido pela Organização Mundial de Saúde-OMS como complicações materna graves, ou seja, “condições potencialmente ameaçadoras à vida” (OMS, 2011).

Em relação à realidade local, a vinculação não é problema, o município conta com apenas uma maternidade pública de referência para toda a Região Macro Sul do estado, o Hospital e Maternidade Dona Regina, talvez seja por isso que os profissionais da rede relatam não encontrarem dificuldade com a vinculação das gestantes.

“A gente tem boa abertura para levar a gestante na maternidade, a gente tem uma boa vinculação desses pacientes com os nossos serviços” – Entrevistado 3.

“Essa paciente é orientada com relação ao local onde ela pode realizar o parto dela, ela é orientada sobre a visita que ela deve fazer lá antes” ... –Entrevistado 6.

É importante ressaltar que é de conhecimento da maioria da população do município de Palmas que o parto será encaminhado para esta única maternidade pública local, apesar de apresentar facilidade quanto essa vinculação, ainda é considerada rara a visita guiada dessas gestantes, fato relatado por profissionais do hospital os quais referem que esta ação é de suma importância para o processo de parir.

“Se ela vier no hospital e ela conhecer o hospital isso é importante, ela estar familiarizada com o ambiente onde ela vai ter o seu parto” –Entrevistado 16.

“Essa relação da atenção básica com o hospital, acho que a gente tem que melhorar muito ainda essa relação de rede mesmo... ela tem direito a visitas ao local do parto quando ela desejar e tiver disponibilidade para visitar o local de parto, mas são poucas que vêm” –Entrevistado 17.

Categoria II: Componente Parto e Nascimento

Encontrarmos falha no processo de comunicação na rede entre atenção básica e hospital, é necessário organizar uma agenda e estabelecer estratégias que possam melhorar as ações intersetoriais. Situação que preocupa principalmente os profissionais da atenção básica quando o assunto é comunicação relacionada à referência e contra referência.

“Não há nenhum tipo de comunicação entre a atenção básica e o hospital, eles não passam nenhum tipo de comunicação” – Entrevistado 5. *“Eu vejo um problema relacionado ao sistema, falha de sistema de COMUNICAÇÃO, entre as referências... contra referência do hospital Dona Regina, eu nunca recebi aqui nada, nenhum papel nesses três anos, relatório de parto pra saber o que aconteceu, apgar é, a criança nasceu com isso, nasceu com aquilo, qual foi o peso, não, nunca, resumo de alta? Nunca recebi”* – Entrevistado 1.

São escassos estudos que visam à análise da integração das redes de atenção no país. A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, em 1985, desenvolveu uma metodologia para avaliação de serviços de saúde em 18 países da América Latina e os resultados mostraram deficiências na estrutura dos serviços de atenção materno-infantil, mesmo adotando pontos de corte menos exigentes na definição de categorias. Outros estudos também apontam que a fragmentação da assistência entre o pré-natal e o parto, e a indefinição dos sistemas de referência e contra referência representam desafio a serem superados pelo sistema de saúde brasileiro (SILVEIRA, SANTOS & COSTA, 2001; OPAS, 2010; MAIA, 2013).

Motivos que levam ao tumulto e lotação dentro das maternidades, por falta de comunicação adequada, ou mesmo a inexistência de um prontuário clínico compartilhado, de um sistema único informatizado para que haja uma integração entre os serviços da rede de atenção. A maior queixa dos profissionais é quanto à comunicação

anteparto, quando a gestante ultrapassa da data provável do parto e *não entrou em trabalho de parto*, e é encaminhada para o hospital para avaliação. A inexistência de protocolos institucionais para esse atendimento hospitalar contribui para os transtornos que ocorrem diariamente nos serviços. Quanto o retorno após o parto, à maioria avaliou como satisfatório.

... *“Eles mandam contra referência sobre o que está sendo feito tudo direitinho”* –Entrevistado 4.

“Eu acho o retorno do hospital Dona Regina espetacular, porque assim, vem tudo bonitinho, tudo da gestante e vem tudo da criança, caderneta, tudo, só que eu assim, que está faltando que quando a gente encaminha pra lá, não volta pra nós, não volta nada... Quando ela vem no pós parto, nossa eu acho assim, espetacular, vem as orientações, vem tudo, assim perfeito” –Entrevistado 10.

A lacuna no atendimento da gestante após completar idade gestacional a termo até o parto é um desafio diário, os serviços que se agravam pela falta de protocolos e fluxos de atendimento na rede, colocando em risco todo o processo parturitivo e o desfecho da gestação. Fato que gera superlotação nos serviços de referência e que deixa os profissionais incomodados com essa situação rotineira.

“Sobre o Dona Regina, ouço dizer que lá tá bem lotado” –Entrevistado 5.

“O que mais transtorna o que mais dificulta o trabalho dos profissionais aqui, falta de vaga, não tem vaga para todo mundo. É solicitado a vaga da mulher aqui no... às vezes tem paciente em período expulsivo tendo a vaga já entra de imediato” – Entrevistado 15.

“Teria que ter uma outra maternidade de risco habitual, essa maternidade seria responsável pelas gestações de risco habitual do município de Palmas, que seria uma referência para os municípios, e Palmas merece uma maternidade de risco habitual ... Dona Regina hoje, reforma da estrutura, mas essa reforma seria muito menor, muito menos desejável do que uma maternidade de risco habitual” –Entrevistado 18.

Essa situação é contrária ao que é preconizado pelo componente parto e nascimento da Rede Cegonha, onde deve ser garantida a vaga sempre. Além disso, o fato da parturiente ficar no corredor, sem um local adequado para percorrer todo o trabalho de parto também contradiz as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Contudo, mesmo sendo um grande desafio para a maternidade, é um problema que vai além de protocolos institucionais, que depende também de um sistema horizontal de saúde fortalecido, conforme a RAS propõe que sejam articulados e estruturados para que resolvam objetivos únicos. Alguns desafios dentro da governabilidade dos profissionais do hospital, como cumprimento de metas e melhoria dos indicadores na atenção ao parto, foram relatados pela unanimidade como satisfatório e percebe-se que é de conhecimento de todos, ações que são preconizadas pela política da rede cegonha.

“Ela tá com acompanhante o tempo todo, diminuição da taxa de episiotomia, partos realizados por enfermeiras obstetras, a posição do parto de livre escolha da paciente, é o contato pele a pele, no mínimo uma hora ou até que a mãe sente necessário, a amamentação na primeira hora de vida e ...usar métodos não farmacológicos de alívio da dor, né” –Entrevistado 13.

“Colocar a paciente em outras posições que não são de litotomia, tem a paciente sentadinha, a paciente de cócoras... o uso da ocitocina no momento adequado, amniotomia programada com indicação, uma episiotomia seletiva, o acompanhante em 100% dos casos, a mulher não fica em jejum, ela pode deambular no espaço do pré-parto a gente tem os métodos não farmacológicos de alívio da dor, a bola, posicionamento, massagem o banquinho, o banho morno” –Entrevistado 18.

Nota-se, que há um alinhamento quanto ao conhecimento dos indicadores da Rede Cegonha dentro do hospital, e um esforço dos profissionais para cumprir e oferecer o mínimo de conforto e segurança à parturiente e ao acompanhante durante o processo parturitivo. Chama a atenção sobre o indicador presença de acompanhante relatado pelo entrevistado 18, quando colocou que a parturiente tem esse direito em 100% dos casos. É um indicador importante reco-

mentado pela OMS, e que ainda muitas maternidades do país não conseguem cumprir, após 10 anos da publicação da Lei do acompanhante 11.108. É importante reconhecer que com todas as dificuldades encontradas no sistema de governança dos serviços, estes profissionais labutam diariamente para oferecer a melhor assistência dentro das suas possibilidades diante do caos na saúde no estado nos últimos anos.

Categoria III: Sistema de Apoio

É complexo compreender uma Gestão de Serviço pactuar com uma política que irá garantir o mínimo de recursos necessários para oferecer uma assistência materna infantil segura e deixar faltar o básico na atenção a mulher e ao recém-nascido, colocando-os em risco comprometendo todos os desfechos perinatais. Não é fácil para o profissional que está na assistência diante dessa falta de respeito com o usuário enfrentar essa situação que o coloca impotente perante a sua assistência. Aqui, muitos profissionais demonstraram profundo desapontamento com o sistema de apoio. Segundo o modelo da rede de atenção à saúde, a base da atenção primária, e de todas as redes temáticas é o sistema de governança que abrange o sistema de apoio e o regulamento logístico que são transversais a todas as redes de atenção. Cabendo a esse sistema garantir apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde. *“A cefalexina que está faltando, não sei nem te dizer mais ou menos uns 10 meses... a falta de medicamento, alguns cefalexina é primordial, penicilina, benzatina, nem se fala nisso”* –Entrevistado 1.

“Está tendo cefalexina só suspensão oral, aí é difícil falta medicamento, a gente está bem em falta, falta bastante medicamento” –Entrevistado 2.

“Até ácido fólico, não sei se chegou ainda, ácido fólico, sulfato ferroso, cefalexina, tem um bom tempo que não tem, então paciente, penicilina, benzatina está tendo, antigamente não tinha... acho que ácido fólico e sulfato ferroso não devia faltar, que é o básico do básico” –Entrevistado 10.

“Os insumos né, que também não tem, sempre faltando tipo igual agora, não tem ocitocina” –Entrevistado 14.

“Muitas vezes falta aparelho de bcf, aparelho para verificar a pressão da paciente, a assistência fica comprometida, o próprio cartão de pré-natal dela é uma folhinha de papel xerocada, mal impressa, mal consegue enxergar o que está escrito, isso mostra a falta de atenção do município, tudo xerocadinho, apagadinho, mal escrito, poucos exames, não é anotado o tratamento realizado no pré-natal” –Entrevistado 15.

Estudos mostram que apenas a cobertura adequada da assistência ao pré-natal não garante a redução dos coeficientes de mortalidade (SANTOS NETO, 2008). O relato do Entrevistado 15 chama a atenção sobre a observação que este profissional faz sobre o cartão pré-natal, além de ser um instrumento de extrema importância, contém informações fundamentais para a comunicação entre os serviços. Relata que o cartão pré-natal, no final da gestação, encontra-se em péssimas condições de conservação no final da gestação, por estar mal preenchido pelos profissionais que acompanharam o pré-natal. Situações como essa são bem semelhantes a vários estudos realizados no Brasil sobre o preenchimento do cartão pré-natal, como no estudo de Polgliani e colaboradores (2014), realizado com 360 puérperas no município de Vitória – ES, que evidencia a precariedade dos registros dos cartões das gestantes, os quais traçam uma possível relação dessa inconformidade à resistência do profissional de saúde em registrar a mesma informação em dois instrumentos diferentes, devem alimentar o sistema de informação no momento da consulta o SISPRENATAL WEB, há dificuldades com esse sistema na incorporação na rotina durante as consultas.

O cartão do pré-natal é o elo entre os dois momentos da assistência básica e especializada para a tomada de decisão em saúde pública dependendo da disponibilidade de informações. Estudos mostram que a qualidade dos dados e dos sistemas de informação em saúde, assim como a utilização da informação disponível, está relacio-

nada à eficiência dos serviços de saúde. A existência de informações sobre a saúde materno infantil é fundamental para garantir uma assistência pré-natal de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para com as ações de redução da mortalidade materna e perinatal (SANTOS NETO, 2008). Estudo feito sobre o preenchimento do cartão da gestante no Rio de Janeiro, 2013, com 150 puérperas, revelou que 44,8% dos cartões apresentaram qualidade classificada como “ruim/muito ruim 27,6% regular, e 27,6% bom/excelente. Os registros dos exames laboratoriais descrevem os piores resultados, quase 80% dos cartões apresentaram aproximadamente 20% de resultados ausentes entre os exames avaliados, sendo que 37,9% receberam a classificação muito ruim e apresentaram mais de 50% de omissões de registro desse item (MAIA, 2013).

Foi observado que há reclamação intensa por parte dos profissionais do hospital quanto aos registros incompletos ou mesmo incorretos, nota-se que além da sobrecarga de trabalho dos profissionais da atenção primária ainda existe fragilidade na formação, dificuldade na interpretação dos exames e na conduta dos tratamentos.

Categoria IV: Rede Cegonha

A Rede Cegonha –RC, normatizada pela Portaria 1.459 de 2011, busca garantir uma integralidade do cuidado. Criada para sistematizar e institucionalizar um novo modelo de atenção que possibilite a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna Infantil acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). É imprescindível que haja direcionamento da organização da rede de serviços baseada na integralidade da atenção, tendo em vista que este princípio pode nortear a prática profissional, a organização da saúde, o processo de trabalho e as respostas governamentais para desenvolvimento de um esforço intra e intersetorial (CARVALHO, 1993; MATTOS, 2001).

Nesse sentido, é preocupante perceber que os profissionais da atenção primária, ordenadora e coordenadora desse processo, demonstraram pouco ou nenhum conhecimento sobre a política em que trabalham, ressaltando a necessidade de capacitação e orientação sobre o fluxo da rede. Fato que pode estar relacionado com a alta rotatividade de profissionais e por serem novos no território de abrangência da sua área. É importante destacar que apesar do município ter aderido à rede cegonha há 7 anos, o modelo de rede de atenção à saúde ainda é novidade para a maioria dos profissionais que encontram em fase de adaptação com a reformulação do sistema. Não justifica a desapropriação de conhecimento a respeito de o porquê estar realizando cada ação dos componentes da rede cegonha. Isso remete a impressão de um profissional perdido no seu processo de trabalho, esse sujeito fica liberado do sentimento de responsabilidade perante o paciente (DAVIS-FLOYD, 2000).

“Sim a gente segue a política do Ministério tudo que é preconizado”
-Entrevistado 3.

“Não tem uma política específica”-Entrevistado 4.

“Eu me baseio na experiência do dia a dia, porque a gente sempre aprende com alguém” -Entrevistado 5.

“Assim tem um caderno que o Ministério da Saúde dispõe através de um portal”-Entrevistado 6.

“Olha não sei te dizer o nome certo, mas eu sempre me baseei num caderninho de atenção básica” -Entrevistado 7.

Somente dois entrevistados na atenção básica demonstraram segurança e conhecimento sobre a política em que trabalham.

“A gente segue a Rede Cegonha”-Entrevistado 9. *“Do Ministério da Saúde, o protocolo do atendimento do pré-natal... ah a gente lê tanta coisa. A gente segue aquele protocolo de assistência integral a saúde da mulher”*-Entrevistado 10.

No hospital, foi percebido que esta política está implementada e consolidada na visão dos profissionais da atenção ao parto e nascimento. Segundo relatos, isso é fruto de um colegiado gestor fortaleci-

do pelo apoio da Gestão Estadual e do Ministério da Saúde através dos apoiadores da Rede Cegonha que se empenharam no monitoramento dos indicadores, fomentando boas práticas e no desenvolvimento de protocolos institucionais de assistência ao parto e nascimento. O conhecimento sobre qual política orienta o serviço foi unânime.

“Sim são os critérios da Rede Cegonha, é a política de humanização ao parto e nascimento, é isso que conduz o serviço” –Entrevistado 13

“A gente segue as normas do Ministério da Saúde, tem a Rede Cegonha, essas do parto humanizado também” –Entrevistado 14.

“Seguimos as orientações do ministério, da Rede Cegonha” –Entrevistado 15.

“Tudo que a gente faz aqui não é baseado nas normas e rotinas do Ministério da Saúde” –Entrevistado 16.

“O hospital é credenciado pela rede cegonha né, então nós seguimos o protocolo da rede cegonha” –Entrevistado 17.

“A Rede Cegonha, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento”... –Entrevistado 18.

“Sim... seguimos o protocolo em sim ne, elaborado pela equipe, além do projeto da Rede Cegonha” –Entrevistado 19.

Diante desses resultados, pode-se compreender o porquê de muitos problemas relacionados à superlotação do hospital, por exemplo, a desorganização do fluxo e a fragmentação da assistência ultrapassam os limites dos profissionais da assistência. A integração do sistema necessita da existência de processos de coordenação assistencial e continuidade da atenção, que são inter-relacionados, e interdependentes e se expressam em vários níveis e escalas, exigindo mecanismos de governança para prestação de serviços de excelência que vão desde o nível sistêmico até atuação profissional e podem ser aferidos pela experiência do paciente ao ser cuidado (NAVARRETE et al., 2005). Os resultados sobre o entendimento do fluxo do serviço pelos profissionais são alarmantes, chamam a atenção para que gestores e profissionais possam se articular em prol de uma efetiva integração do sistema.

“A gente encaminha uma paciente com infecção urinária que está demais, manda lá para o hospital para fazer o exame, o pessoal tem maior dificuldade, a paciente vai lá só fazer os exames, ela pega os resultados, não precisa tratar lá, ela pega o resultado e traz pra gente, eles tem dificuldade desse entendimento, não sei como que funciona lá” ... –Entrevistado 2.

“Dependendo da situação geralmente a gente encaminha para o Hospital Dona Regina... é preconizado não sei se mudou, por exemplo, 40 semanas, mas se ela não sente nada, e o médico fala: o que você está fazendo aqui? Então aí ela volta, e a gente manda de novo, e aí fica nisso” –Entrevistado 10.

“Eu gosto de acompanhar até o final, não dou alta do pré-natal com 37 semanas e agora tchau... agora você vai para o hospital” –Entrevistado 5.

Faz sentido sobre as queixas tão frequentes dos profissionais do hospital quanto à falta de orientação para a gestante sobre os sinais do trabalho de parto, o momento certo de procurar o hospital, orientação sobre seus direitos e principalmente sobre a fisiologia do parto. Se o profissional que acompanha todo o pré-natal, responsável por coordenar o cuidado não estiver seguro quanto às informações este cenário continuará se repetindo por longos anos. Em estudo realizado, em Curitiba-PR, sobre a situação do pré-natal de acordo com a proposta da Rede Cegonha diz que, os temas trabalhados nas atividades educativas não costumam ser registrados, sendo importante incluir temas da Rede Cegonha o que faz necessária a realização da capacitação dos profissionais a respeito (UCHIMURA *et al.*, 2016).

“Quando estiver próximo ao parto a gente orienta como que vai ser ... acho que a gente não orienta tanto, a gente faz a consulta e esquece de orientar a gestante, e aí ela chega lá desinformada” –Entrevistado 2.

“A gente também tem ou pelo menos tenta reuni-las para dar essas orientações, mas assim termina o semestre e a gente tem uma dificuldade de reuni-las” –Entrevistado 3.

“Algumas vezes a gente faz os grupos de orientação a gestante, tem as orientações individuais, como vai ser o parto mesmo, a rotina dessas pa-

lestra a gente tenta fazer uma vez por mês ou uma vez a cada dois meses, a gente não consegue fazer de uma forma muito regular. A gente faz essas orientações no dia da consulta mesmo, não é um dia específico porque elas não comparecem né, e a gente faz uma meia horinha ali de conversa, coisa rápida” –Entrevistado 7.

“Durante a gestação tem as orientações individuais no consultório, e não é sempre, mais algumas vezes a gente faz palestras na sala de espera, quando tem algum tema, alguma data comemorativa.” –Entrevistado 9.

As atividades educativas são vistas como algo secundário na atenção ao pré-natal, nota-se que além de não terem grupos específicos para essa ação regularmente durante a gestação, ainda a fazem de maneira esporádica, quando tem alguma data comemorativa ou mesmo uma conversa rápida de corredor, fugindo totalmente da proposta orientada pela Rede Cegonha. A consequência dessa falta de orientação implica no comportamento da parturiente e da família no momento do parto, em que situações simples poderiam ser evitadas com uma boa orientação. A educação em saúde fortalece a capacidade individual, familiar e comunitária e podem suscitar o maior protagonismo das gestantes nas decisões sobre o seu autocuidado durante a gravidez sendo corresponsável pela sua saúde, transformando-a em multiplicadoras das ações de promoção junto a sua família e grupo social (MARTINS et al., 2016).

Os profissionais da atenção hospitalar queixam com frequência que quando a gestante entra no setor do pré-parto estão em fase ativa do trabalho de parto, sentindo fortes contrações e dores, e, muitas vezes estas orientações nesse momento não tem muito sucesso o que atrapalha muito a evolução e os desfechos do parto.

“O principal que eu acho é a orientação... as pacientes nossas elas chegam aqui totalmente leigas, elas tem medo do parto, tem medo da dor” –Entrevistado 11.

“Elas não têm noção da importância desse contato pele a pele, acho que tinha que ser esclarecido mais essa parte pra elas, acho que a orientação mesmo, principalmente do acompanhante, de tá explicando essa situação

do trabalho de parto... o que mais falta em relação à orientação a paciente da importância desses exames” –Entrevistado 12).

“A grande maioria dessas mulheres chegam despreparadas pro parto. Pra orientar primeiro ele tinham que fazer grupo de gestante para orientar, principalmente isso para orientar e preparar mesmo para o parto” – Entrevistado 14.

“O ideal é que o trabalho de parto se fosse orientado no pré-natal, ela não chegaria aqui muito cedo no hospital, ela chegaria então realmente se estivesse em trabalho de parto” –Entrevistado 15.

“Acho que deveria discutir mais o parto com a mulher e a família. Ela viria com mais tranquilidade, acho que no pré-natal isso ajudaria muito... o processo de parir” –Entrevistado 17.

Muitos estudos apontam sobre a necessidade de educação permanente, tendo em vista a qualificação dos trabalhadores empoderando-os de conhecimento para a segurança das suas funções e aumentando a resolutividade no serviço. A educação permanente é uma ferramenta para mudanças e reflexões no processo de trabalho. Muitos trabalhadores sentem necessidade dessa ação, principalmente os que já conseguiram observar os avanços proporcionados no decorrer da sua experiência profissional.

“Eu sinto uma necessidade de capacitação, principalmente por me sentir novo na área, os índices de complicações possam baixar bastante.” –Entrevistado 6.

“Dona Regina tem avançado muito, de cinco anos pra cá, a gente está atualizando, são vários cursos que nos fazemos aqui” –Entrevistado 11.

“Falta profissional capacitado” –Entrevistado 14.

“É o que tenho impressionado, por exemplo, o número de gestações – coloca errado o número de gestações que a paciente teve, não sei se a entrevista no pré-natal é mal feita, não sei se é falta de atenção da equipe, não sei né, assim são informações importantes que passa né” –Entrevistado 15.

“Aqui no hospital tem curso de aperfeiçoamento, tem tido, mas eu acho que tem que continuar essa capacitação dos profissionais em relação à assistência” –Entrevistado 16.

“Há uma rotatividade grande de profissionais, e uma qualidade de formação ruim... ela é até suficiente em quantidade, mas a qualidade dela é deficiente” –Entrevistado 18.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe mudanças significativas na formação contínua e permanente no desenvolvimento de pessoal, assumem o protagonismo da gestão da educação ao propor mudanças nas ações educativas e nos processos de trabalho nas organizações de saúde e, principalmente, no desenvolvimento de estratégias que possam melhorar a qualificação da atenção em saúde. Considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007).

Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (Brasil, 2007). Porém, quando esse processo ainda não é consolidado como prática no serviço pode trazer sérias consequências na assistência, e neste caso, a falta de profissionais qualificados na condução da assistência ao pré-natal pode trazer implicações no processo do parto e nascimento, as quais os profissionais que estão nesta segunda assistência poderão encontrar maiores dificuldades no controle das intercorrências no desfecho da gestação e do parto.

“Sem dúvida, as consultas de pré-natal são ferramentas muito importante para adaptação de mãe e feto, de nascimento e convivência, as orientações que a gente passa aqui, mas muitas vezes a gente pode achar que não é importante, mas pra quem não tem nenhum tipo de conhecimento, ou pouco conhecimento é de grande valia né” –Entrevistado 1 *“A gente fala que infecção urinária é um dos fatores de risco para aborto, para um trabalho de parto precoce, então assim, se a gente não tratar a gestante e não tiver um acolhimento aqui, ... aí pode acontecer dela ir pra lá com um partos prematuro, pro Dona Regina”* –Entrevistado 2.

” Toda relação né, acredito que tenha, tanto de bom quanto de ruim dependendo de como foi feito esse pré-natal, se a paciente foi atendida de

forma regular e diante das suas queixas ela foi atendida imediatamente, ela vai ter um prognóstico bem melhor no momento do parto né, acredito eu, assim, um parto bem mais tranquilo, mas tem uma relação direta também de um pré-natal bem acompanhado ou mal acompanhado” –Entrevistado 6.

“O que eu vejo, acho que está faltando qualidade no pré-natal, não é raro você ver um cartão de pré-natal repleto de consultas, então não é o número, mas qual é a qualidade desse pré-natal? Você vê a qualidade da nossa ação, uma qualidade do pré-natal que deixa a desejar, a maneira de interpretação dos exames ou dificuldade de interpretação dos exames, a gente recebe paciente assim pra consulta na nossa porta, que é para interpretação de exame para leitura de uma urocultura de um você recebe a mulher com 36 semanas em trabalho de parto, porque mais cedo não foi detectado a pré-eclâmpsia parece que ela ainda tem dúvida, chega lá ela está com a pressão alterada manda logo para o hospital, e parece que o pré-natal não sabe mais conduzir uma pré-eclâmpsia, então assim, a paciente tem um componente de risco então ela agora é acompanhada pelo pré-natal de alto risco, e talvez ela só vai na unidade para dar uma satisfação, porque a capacidade de antecipar as complicações deixa a desejar a gente ainda recebe paciente convulsionando, a gente recebe paciente sem diagnóstico de sífilis, a gente vai fazer o diagnóstico de sífilis aqui no hospital, a gente tem muito aqui da óbito fetal né porque nossas crianças não estão chegando nem a nascer, né isso é muito ruim, a gente tem ainda uma incidência de trabalho de parto prematuro por infecções, você vê que a rede parece que está desmembrada, A Rede anda desmembrada, e uma rotatividade grande de profissionais, e uma qualidade de formação ruim ... ela é até suficiente em quantidade, mas a qualidade dela é deficiente” –Entrevistado 18.

“Quando o pré-natal é bem feito na questão de orientações, então quando a pessoa é esclarecida e tem conhecimento de si que foi passado, de alguma forma, pra ela durante o pré-natal, ela vem imbuída daquilo, e assim ela é aquela paciente tranquila, ela é uma paciente que colabora no processo de trabalho de parto, agora da parte de assistência...” –Entrevistado 13.

Profissionais, da atenção básica e do hospital, reconhecem a necessidade de melhor qualidade na atenção ao pré-natal para diminuir as intercorrências na gestação e no parto, avaliam que há relação direta dessa assistência no desfecho da gestação. Estudos apontam que a avaliação e o monitoramento dos processos educativos são essenciais na análise dos problemas e situações complexas do procedimento do trabalho. A contínua avaliação dos processos educativos é indispensável para evidenciar as necessidades de reorientar e propor novas mudanças (SILVA, 2016).

Portanto, para que haja uma efetiva implementação da Rede Cegonha tanto intrassetorial quanto interssetorial é irrevogável o contínuo desenvolvimento de ações educativas juntamente com um monitoramento efetivo para melhorar a avaliação dessa importante estratégia política para redução da morbimortalidade materna infantil.

Conhecer o entendimento dos profissionais de saúde, principais atores envolvidos na implementação e efetivação das políticas públicas, especificamente a Rede Cegonha, subsidiará, com evidências científicas, gestores e profissionais da saúde a implementar estratégias para melhoria da atenção a mulher e ao recém-nascido de acordo com as necessidades e perspectivas daqueles que atuam diretamente na aplicação desta assistência.

Para fins de organização da assistência à saúde no ciclo gravídico puerperal deve ser compreendida, atualmente, como uma condição crônica de saúde levando em consideração fatores de risco ligados a hábitos e comportamentos e de eventos ligados ao ciclo de vida desse período da mulher como a gestação, infância, adolescência e terceira idade como focos de atenção específica (MENDES, 2012).

Para superar a fragmentação da atenção e no serviço, o Ministério da Saúde – MS, em 2010, estabeleceu diretrizes na organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS, no sentido de viabilizar provimento de atenção integral e contínua, e assim incrementar o desempenho do sistema. As RAS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo na Atenção Primária à

Saúde –APS o centro de comunicação, com destaque para o caráter resolutivo deste nível de atenção, a partir do qual se deve coordenar o cuidado em todos os pontos do sistema (MENDES, 2012).

O material apresentado, aponta dificuldades dos profissionais de saúde para a realização do seu fazer. Falta de conhecimento sobre as premissas da Rede Cegonha, escassez nas orientações sobre educação permanente destes profissionais, e visão hospitalocêntrica, são pontos de intersecção entre os municípios e hospitais que fizeram parte deste estudo.

Vale destacar, que os profissionais que apresentam conhecimento sobre a Rede Cegonha, realizam um processo multiplicador no seu espaço de trabalho, com práticas que estão vinculadas com a política nacional de humanização.

Referências bibliográficas

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005; 9(16): 39-52

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Lei nº 11 634 de 27 de dezembro de 2007.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

_____. Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. Recife, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. Brasília- DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco Série A.** Norma e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Brasília – DF 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais:** o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARDOSO MD; RIBEIRO CMS; OLIVEIRA IB; et al. J. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/ assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife res.: **fundam. care.** online 2016. out./dez. 8(4): 5017-5024.

CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R.C.A. (Org.). **Serviços locais de saúde:** Construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.118-130.

DOMINGUES et al. Assistência pré-natal segundo características maternas. **Rev Panam Salud Publica V.** 37, n. 3. 2015;

GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** Número 25. 2009

IBGE. Miracema do Tocantins (TO). Governo do Estado. 2014.

MAIA, M. N. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro.** 2013. Dissertação Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca;

MARQUES, C.P.C. **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha.

UFMA/UNASUS; São Luís, 2015;

MARTINS, E.F., ERRICO, L.S. P, BICALHO, P.G. et al. **Assistência pré-natal:** locus para a promoção da saúde. Anais 22o Conferência Mundial de Promoção da Saúde Saúde Soc. São Paulo, v.25, supl.1, 2016;

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, p.39-64, 2001;

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il;

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação.** A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Mondevidéu, 2011;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Atenção à Saúde coordenada pelo APS:** construindo as Redes de Atenção no SUS – contribuições para o debate. Navegador SUS: série técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde. Brasília, p. 5-25. 2011;

ORTIGA, E.P.F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S.M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Rev Enferm UFSM** 2015 Out./Dez.;5 (4): 618-627;

PAPAGEORGHIOU, A.T., et al. International standards for early fetal size and pregnancy dating based on ultrasound measurement of crown-rump length in the first trimester. **Ultrasound Obstet Gynecol.** 2014;44(6):641-8.

REIS, A. E.; PATRICIO, Z. M.; Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Revista Ciência Coletiva.** Vol. 10 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2005.

SILVA, L. A. A. et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, set./dez. 2016.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. & COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.

SANTOS NETO, E.T.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**2008;17(2):107-19.

REGIÃO DE SAÚDE MÉDIO NORTE

ARAGUAIA

Hiury de Jesus Magalhães
Marta Azevedo dos Santos
Luanna de Souza

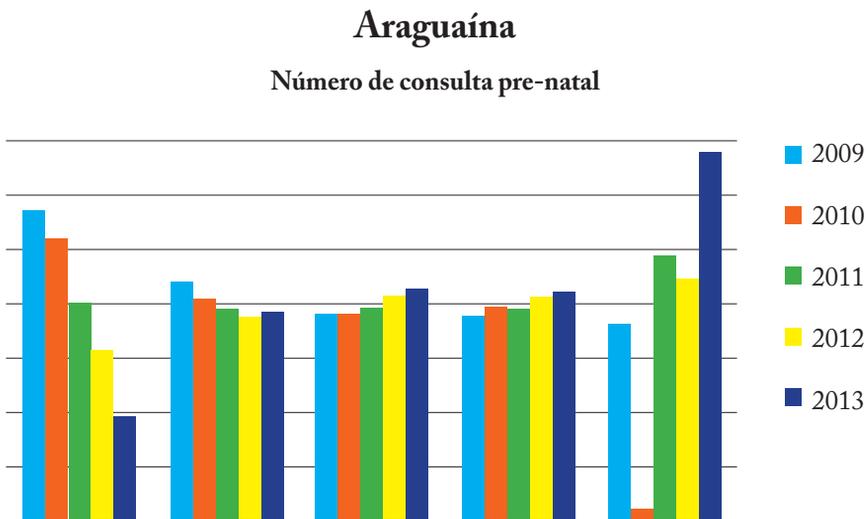
Araguaína

O município de Araguaína criado em 1958, possui uma população estimada, 2016, de 173.112 habitantes e área territorial de 4 milhões e 416 km². O desenvolvimento econômico-social do município começou efetivamente a partir de 1960, com a construção da rodovia Belém-Brasília. No período de 1960 a 1975, atingiu um estágio de desenvolvimento sem precedentes na história do Estado de Goiás, tornando-se a quarta maior cidade do estado de 1980 a 1986, estando atrás somente de Luziânia, Anápolis e Goiânia. Com a criação do estado de Tocantins, em 1989, tornou-se a maior cidade do estado. (IBGE – 2010).

Em Araguaína o número de consultas pré-natal nenhuma identificada no gráfico, é de 1 a 3 vezes. Diminuiu progressivamente, no ano de 2013; consultas de 1 a 3 vezes teve um pequeno aumento comparado ao ano anterior; consultas de 4 a 6 vezes se manteve o mesmo percentual no período de 2009 e 2010, aumentando gradativamente nos anos seguintes; e consultas de 7 vezes cresceu nos anos 2009 a 2010, manteve o mesmo índice em 2011, voltando a registrar crescimento nos anos de 2012 e 2013; consultas ignoradas tiveram queda brusca de 2009 a 2010, retornando alta em 2011, com pequena redução em 2012 e aumento significativo em 2013.

No geral observa-se que após a implantação da Rede Cegonha diminuiu o percentual de nenhuma consulta e de 1 a 3 consultas, aumentou o número de consultas de 4 a 6 vezes, e de 7 ou mais consultas, obtendo avanço após a implantação.

Gráfico 1 – Número de consulta pré-natal em Araguaína de 2009 a 2013 no Tocantins.

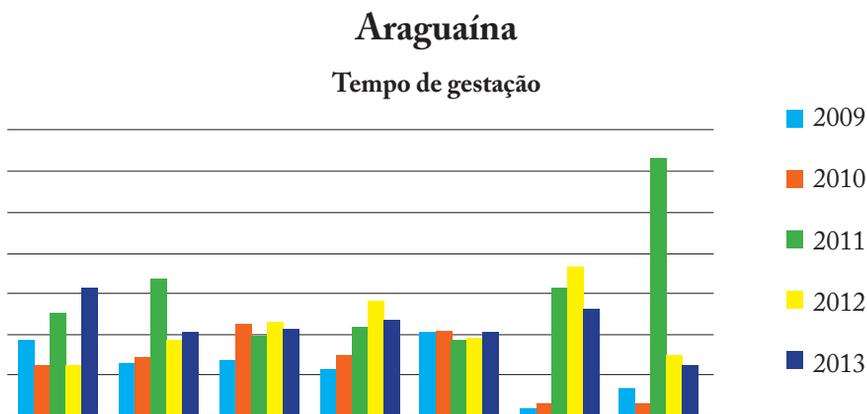


No geral, observa-se que após a implantação da rede cegonha, houve aumento do número de gestações de duração de menos de 22 semanas, na gestação de 22 a 27 semanas houve aumento expressivo, continuando superiores aos anos anteriores comparados aos anos anteriores a implantação do RC. Nas gestações com duração de 28 a 31 semanas houve pouca alteração; nas de duração de 32 a 36 semanas foi crescente, com uma mínima redução em 2013, superior ao percentual mais alto anterior à da implantação da Rede Cegonha; nas gestações de 37 a 41 semanas os índices permanecem estáveis, decaindo minimamente em 2011 e mantendo em 2012; gestações com mais de 42 semanas aparecem com aumento expressivo no

primeiro e segundo ano, e uma pequena redução no ano posterior.

Em análise geral, após a rede cegonha, o tempo de duração das gestações aumentou, exceto nas gestações com duração de 37 a 41 semanas que se manteve no mesmo percentual.

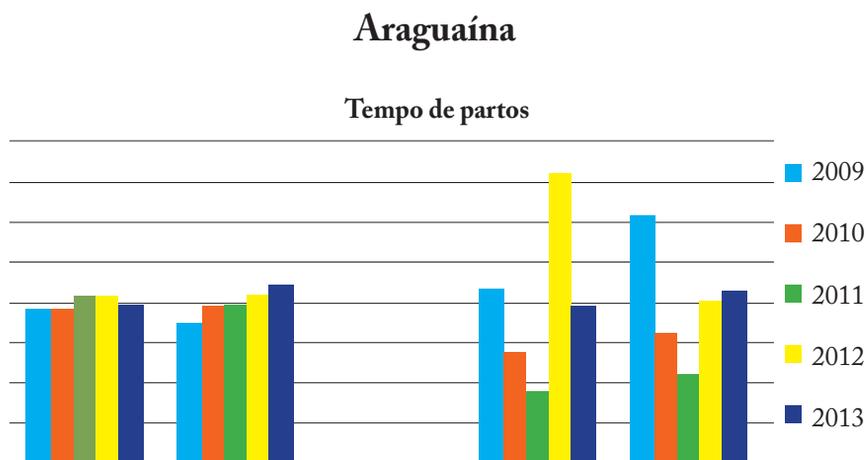
Gráfico 2 – Tempo de gestação em Araguaína de 2009 a 2013 do Tocantins.



Quanto ao parto normal não teve variações significativas, apresentou pequeno crescimento em 2009 que se perpetuou no ano seguinte, em 2013 houve redução, o parto cesárea cresceu gradativamente após a implantação da Rede Cegonha, nos partos normais de alto risco de 2009 a 2011 decresceu, em 2012 aumentou expressivamente e reduzindo pela metade em 2013; o parto cesárea de alto risco de 2009 a 2011 decresceu, em 2012 houve aumento progressivo até o ano seguinte.

Na análise qualitativa, os dados estão dispostos de acordo com a ordem do instrumento de coleta divididos por unidade coletada e por entrevistado, onde os entrevistados 1 e 2 são do hospital, e os entrevistados 3 e 4 da atenção básica. Ao fim de cada item questionado será realizada uma breve análise das respostas.

Gráfico 3 – Tipos de parto em Araguaína de 2009 a 2013 do Tocantins.



Sobre a fala dos profissionais em relação a rotina na assistência ao pré-natal as mulheres do município, pode-se destacar que existe uma compreensão geral de que a ree está deixando a desejar.

Hospital

“Só posso te informar o que eu vejo de resultado... no PSF a atenção básica tá bem fraca, tá deixando a desejar, pré-natal com pouca orientação para pacientes, exames incompletos, dificuldade de agendamento... Tá deficiente, não tem obstetra fazendo pré-natal, é o generalista e às vezes ele está fazendo incompletamente” – Entrevistado 1.

“É um pouco deficitária... ela chegou ali no acolhimento para ter consulta de pré-natal... A maioria não procura o pré-natal” – Entrevistado 2.

UBS

“Você tem pelo SUS, na unidade básica um dia separado pra atendimento de pré-natal. Os exames do pré-natal, eles são realizados dentro da própria unidade, então não tem dificuldade de acesso a esses exames, nossos

resultados costumam sair no prazo máximo de 10 dias, e pra exames que não são de urgência, não é um período muito longo, pra mim eu considero satisfatório. Quando a gestante descobre que tá grávida, porque ela, se ela suspeitar ela vem na unidade (...) as gestantes que tem algum exame alterado que a gente precisa acompanhar com uma frequência menor de um mês, também é feito o re-agendamento de retorno, e aquelas que a gente às vezes precisa fazer um acompanhamento mais minucioso, podem às vezes, só consulta, retorno de consulta médica, e quando vai pro alto risco ela fica fazendo acompanhamento no alto risco com o obstetra, e mantém o acompanhamento na unidade básica, as consultas ficam de, uma vez por mês, e quando vai chegando perto do momento do parto, geralmente das 36 semanas em diante, você começa fazer retornos a cada 15 dias, mais próximo retornos, semanais, a partir da 37, 38 semanas, retornos semanais, até o momento do parto. Entrevistado 3.

“Duas vezes por semana por livre demanda, avaliação realizada por enfermeiro, médico e obstetra em parceria com a ITPAC duas vezes por mês ... impedimentos por causa do cartão SUS ser de outro estado ... demora com os resultados dos exames”-Entrevistado 4.

É possível notar que o fluxo de redes de atenção à saúde não é efetivo, no hospital existe relato de gestantes procurando, no acolhimento, o serviço básico que deveria ser ofertado na UBS e por algum motivo não está sendo realizado em concordância com a Rede Cegonha, a UBS se justifica, havendo discordância entre os profissionais, pela dificuldade e demora de exames e burocracia do próprio sistema por mapa de abrangência do próprio SUS.

Quando indagados sobre como acharia que deveria ser a assistência ao pré-natal no município,

Hospital

“Tendo as consultas básicas no mínimo de 6, orientação sobre: nutrição, higiene, evolução da gravidez, o que procurar no serviço de emer-

gência, quando se tiver uma necessidade, os riscos para ela, o que é normal, o que é anormal, e orientações sobre o decorrer da gravidez e o trabalho de parto, quando iniciar o trabalho de parto, como é o parto, mais orientação do que só atendimento de consultinhas, básica” – Entrevistado 1.

“Não sei como que acontece, ... deveriam trabalhar com grupo de gestantes ... serem melhor orientadas sobre as mudanças do corpo e sobre o trabalho de parto ... o pré-natal em si, evitar um certo aumento de demanda aqui na maternidade, porque tirando as dúvidas dela no pré-natal com certeza não vão procurar o serviço de urgência e emergência ... porque elas vão estar bem acolhidas e se sentir mais à vontade na unidade de saúde” – Entrevistado 2.

UBS

“Eu acredito que o pré-natal daqui ele é realizado sim, de forma satisfatória, tá, existem algumas dificuldades ... se eu fosse te falar assim o que eu gostaria que melhorasse, talvez dos exames, a ultrassonografia, o agendamento da ultrassonografia, seja nossa maior dificuldade, mas é agendado, é feito, os exames laboratoriais, por exemplo, que precisam ser realizados, que são preconizados pelo ministério, eu consigo todos na minha unidade, então disso eu não tenho o que reclamar, se tem a coleta aqui regular, se a gestante tem esse acesso, nenhuma vai ter dificuldade pra marcar, às vezes precisa de alguma coisa mais específica, mas aí eu tenho acesso ao pré-natal de alto risco, isso aí é feito por lá, com relação às consultas, tem períodos que é mais atribulado, porque a gente não tem como prever o número de gestantes que vai ter nessa área, de repente tem poucas, e você consegue fazer um acompanhamento muito tranquilo, tem época que tem muita gestantes ... onde você tem o alto risco na mesma cidade, quando se tem os exames dentro da unidade básica, acaba que a coisa flui com uma certa facilidade, os remédios necessários também são fornecidos pela prefeitura ... quando precisa de uma doença infectocontagiosa, a gente tem o HDT na cidade, que também acho que é pra poucos municípios, se, uma gestante HIV positivo, se eu tiver algum caso de toxo, ou de sífilis, eu tenho

acesso ao infectologista, pra fazer acompanhamento conjunto comigo e com o alto risco, com obstetra” –Entrevistado 3.

“Preconizamos a rede cegonha e testes rápidos” –Entrevistado 4.

É nítida a diferença de opinião entre a atenção primária e a atenção hospitalar, onde os entrevistados do hospital percebem falta de esclarecimento da gestante na atenção básica. No contexto hospitalar, apresentam sugestões e possíveis melhorias a serem feitas, já os profissionais da atenção básica relatam que seguem a rotina da Rede Cegonha e que não há atrasos e pendências no atendimento.

Sobre as políticas do Ministério da Saúde para a assistência a mulher, e a utilização destas para o município, os profissionais apresentam amplo conhecimento das políticas ministeriais e como funcionam, mas existe o relato de superlotação do hospital, por ser de referência na região, fazendo com que o atendimento na seja prestado com qualidade.

Hospital

“Aqui seria o da rede cegonha, só que está incompleto, não tá funcionando perfeitamente ... primeiro que a nossa região atende várias cidade, que seria de outra regional ... por esta sobrecarregado não funciona direito” –Entrevistado 1.

“A mais utilizada é a rede cegonha e estamos providenciando protocolos de acolhimento” – Entrevistado 2.

UBS

“Ai tem planejamento familiar ... o programa do pré-natal, ... protocolo do ministério da saúde” – Entrevistado 3.

“Assistência ao pré-natal ... rede cegonha, PCCU, Aconselhamento sobre o DIU, Puericultura” – Entrevistado 4.

Os profissionais apresentam conhecimento satisfatório baseado nas políticas públicas ministeriais, rotinas e procedimentos a ser tomado e encaminhado, em algum momento a prestação é falha, fo-

ram descritos ações educativas e visitas a maternidade que na prática, não acontecem ou não apresentam resultados satisfatórios, por não prestação do serviço ou má qualidade do mesmo.

Ao tratar da situação real da assistência no município, é possível a compreensão da deficiência dos serviços prestados pela atenção básica no pré-natal, por outro lado ao tratar do que seria ideal para efetiva realização da assistência percebe-se a dificuldade da UBS com quantitativo e dimensionamento de profissionais acarretando uma sobrecarga também na UBS, é citado que não existe no município nenhuma ferramenta ou estratégia em que os profissionais de ambos os setores possam discutir sobre a rede, apontar seus pontos positivos e negativos, podendo melhorar a qualidade da assistência prestada, acarretando menos prejuízos às gestantes.

A partir das repostas obtidas foi produzidas categorias para melhor entendimento da situação do município. As categorias serão apresentadas por unidade de análise, em consonância com o marco teórico e princípios da Rede Cegonha, e ao fim um apanhado geral sobre situação em que o município de Araguaína se encontra.

Quadro 1 – Categorização de análise.

Categorização de Análise	
UBS	Hospital
Busca ativa da gestante	Vaga sempre
Consultas e exames	Acolhimento e classificação de risco
Ações educativas	Boas práticas de atenção ao parto e nascimento
Vinculação/visita guiada	Presença de acompanhante no parto
Orientações ao acompanhante	Atenção multiprofissional e do enfermeiro obstétrico
Estrutura física	Ambiência hospitalar
Processo de trabalho	

FONTE: Criado pelos autores.

Hospital

Vagas

Foi citado nas entrevistas, e afirmado que o hospital possui vagas, leitos e todo o suporte, que é possível ofertar as gestantes de risco habitual e de alto risco, mas essas vagas se encontram ocupadas, relacionado a alta demanda que a unidade recebe, sendo a mesma referência na região Médio-Norte.

É revelado ainda que a maioria dos encaminhamentos às vagas acontece pelas próprias UBS da cidade, em que a maioria não necessariamente, fosse classificada a aquele nível de atenção, ocasionando orientações desnecessárias para atendimento de pré-natal na unidade de atenção terciária, proporcionando superlotação e gerando problema de dimensionamento à unidade.

Esse fato é confirmado pela UBS, onde os profissionais afirmam que em qualquer mínimo de dúvida durante o atendimento no pré-natal eles fazem o encaminhamento a atenção especializada para que sejam melhor atendidas

Acolhimento e classificação de risco

O hospital atende e classifica as gestantes, tanto emergência e encaminhamentos da região ou de UBSs. Essa classificação se dá de acordo com os protocolos da instituição, todavia é revelado que algumas gestantes por encaminhamento ou emergência chegam para serem atendidas no pronto socorro, a procura de atendimento que deveria ter sido ofertado na atenção básica, fazendo com que o hospital tenha superlotação e demora no atendimento.

Essa demanda é confirmada quando os entrevistados do hospital afirmam essa realidade, e quando profissionais da atenção básica revela a decepção quando faz um encaminhamento e a gestante volta sem atendimento, relatando situação de ser classificada com azul no pronto socorro.

Boas práticas de atenção ao parto e nascimento

Segundo relato dos profissionais, a unidade preza pelo preconizado pela Rede Cegonha, como acompanhante, clâmpeamento tardio do cordão, contato pele a pele e amamentação, entretanto há deficiência do nível de informação e instrução da gestante sobre esses direitos.

Presença de acompanhante no parto

Segundo entrevistados, a presença de acompanhante no parto é uma prática adotada no parto normal, mas ainda em fase de aceitação no parto por cesariana, caracterizada pela resistência dos próprios profissionais a permitir a entrada no setor.

Em relação a atenção multiprofissional e do enfermeiro obstetra as atenções de saúde no hospital contam com profissionais especializados e qualificados e possui enfermeiros obstetras.

Ambiência hospitalar

O hospital possui profissionais qualificados e treinados, aptos a prestarem o devido atendimento, dispõe de leitos, internação, UTI e Centro Cirúrgico, mas não em quantidade para atender a demanda e principalmente encaminhamentos irregulares.

UBS

Busca ativa da gestante

Segundo os profissionais, a busca ativa da gestante é realizada em parceria com os ACS e disponibiliza dias específicos de atendimento e agendamento para novas gestantes.

Consultas e Exames

A primeira consulta é realizada pela enfermagem, onde é feito o cadastro no SISPRENATAL, esclarecimentos e orientações, sobre o processo de gestação, solicitação de exames do primeiro trimestre, a

segunda consulta será com o médico da unidade e havendo necessidade, gestação de alto risco, a gestante passa a ser acompanhada pelo médico, do contrário as consultas são intercaladas.

Ações educativas

São realizadas parcerias com unidades de ensino do município, a fim de proporcionar a formação de grupos de gestantes e visitas domiciliares com o intuito de proporcionar uma melhor atenção as gestantes.

Vinculação/visita guiada

A gestante quando vinculada a unidade o acompanhamento é mais efetivo, como relatado que existe demora, pois a unidade tem dificuldade de atender a gestante que não é vinculada, por ser de outra região ou estado, ocasionado assim atraso no pré-natal e na solicitação de exames e retorno com resultados.

Orientações ao acompanhante

NA visão dos profissionais da UBS a orientação de direito a acompanhante é dada durante o pré-natal, mas relatos do hospital sugerem que essa informação é falha e incompleta.

Estrutura física

A UBS conta com enfermeiros, médicos, técnicos, ACS e odontólogo, dispõe de consultórios próprios, sala de vacinação, consultório odontológico e é ofertado na unidade teste rápidos para agilizar e melhor a qualidade do serviço prestado.

Processo de trabalho

Foi observado durante as entrevistas a necessidade dos profissionais de atualizações e capacitação, e a ausência de contra referência do hospital limitando a unidade ao prestar o atendimento adequado.

A partir das entrevistas e da categorização, é possível ter parâmetros para a compreensão da atual situação do município de Araguaína, pode ser interpretada através das repostas e categorização dos dados.

Pode-se apontar problemas, ou pilares por onde passam os problemas e críticas dos profissionais: Dificuldade de compreensão e dimensionamento da rede; distribuição de informação inadequada, – promovendo divergência entre os níveis de atenção; e falta de capacitação dos profissionais.

Dificuldade de compreensão e dimensionamento da rede: os profissionais apresentam falha no fluxo, nas atitudes, como encaminhamentos irregulares e ausência de contra referência, ocasionando transtornos no fluxo da rede, podendo gerar omissão nas informações que devem ser prestadas à gestante, bem como no preenchimento dos dados nas plataformas de informações dos serviços, causando assim, uma distribuição de informação inadequada, onde cada unidade executa sua função e presta seu serviço de forma individual, não havendo uma rede de comunicação entre os componentes da rede.

Sistematização de dados falha: com o conflito gerado pela não distribuição das informações, a própria sistematização tende a perder, a contra referência não será feita, encaminhamentos serão mal solicitados, e o prejudicando a paciente que não tem outra opção de atendimento, além das divergências nas extremidades de saúde.

Falta de Capacitação: não existem programas de capacitação para os servidores, falta de entrosamento e comunicação entre UBS e PS, para aperfeiçoamento, treinamento e discussão sobre as divergências e problemas nas unidades.

A situação de conflito entre os profissionais do município, onde a demanda é por serviços à comunidade é grande e por consequência a exigência por excelência nos procedimentos surge de ambos os lados. Em contrapartida a ausência de programas de capacitação e aperfeiçoamento é escassa, redundando em atendimento precário

onde a principal vítima é a gestante, que necessita do atendimento de ambos os níveis de atenção.

Ao analisar no contexto geral o nível de conhecimento dos profissionais e suas ações relatadas, percebe-se deficiência da atenção básica quanto a prática do pré-natal e a falta de retorno do hospital com a UBS, fazendo com que não exista contra referência, proporcionando conflitos entre as unidades, sem determinar causas ou o responsável pelo atendimento.

Partindo do princípio da adoção dos pilares, citados como as principais causas evidenciadas no município de Araguaína, e a apresentação de soluções para cada uma delas, a atual situação de pode ser transformada por ações que visem fortalecer esses pilares, podem ser aplicadas em forma de educação permanente, através da criação de comissão permanente de integração dos serviços de saúde no município como preconiza a Lei 8.080/90.

A partir da comissão poderá ser ofertado aos profissionais capacitação e oficinas de promoção de saúde, aprimoramento dos setores, podendo aumentar sua perícia técnica, e melhorar o nível de atendimento do profissional no serviço de saúde prestado à gestante, fortalecendo dois pilares simultâneos, sendo eles: compreensão/ dimensionamento da rede e capacitação dos profissionais.

Como oficina, pode-se propor reuniões mensais ou quinzenais, onde cada setor poderá apontar pontos positivos, negativos e sugestões, aumentar o diálogo entre as atenções de saúde básica e avançada, podendo simultaneamente fortalecer dois pilares ao mesmo tempo: sistematização da rede e favorecendo o dialogo das extremidades da atenção de saúde.

Referências bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BASTON, H.; HALL, J. **Série enfermagem obstétrica essencial**: uma abordagem humanizada, v. 2: pré-natal. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24/11/2016.

_____. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22/02/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.296, de 2 de outubro de 2012a**. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins e aloca recursos financeiros para sua implementação. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2296_02_10_2012.html>. Acesso em: 22/02/2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012b**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22/02/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília – DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Campanha Promoção da Saúde – SUS**. A violência obstétrica e os direitos da mulher. Disponível em: <<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/a-violencia-obstetrica-e-os-direitos-da-mulher>>. Acesso em: 15/11/2016

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. **Tocantins: Araguaína**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/9R3>>. Acesso em: 24/11/16

CASTRO, Jamile Claro de,; CLAPIS, Maria José. Rev Latino-am Enfermagem. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Número 13: V. 6. p. 960-7.2005

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Violências contra a mulher**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

HARADA, M. de J. C. S., PEDREIRA, M. da L. G., VIANA, D. L. **Promoção da Saúde: Fundamentos e Práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.

MORON, A. F.; CAMANO, L.; KULAY, L. J. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2011, pág 1049 a 1056.

LEIFER, Gloria. **Enfermagem obstétrica**. 11 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013.

BERTOLINO, M. M. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. **Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto**. Recife, V. 11, n. 3, p. 313-322, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em 24/11/2016.

SILVA, R. P. C. P. **Parto Humanizado**: percepção das puérperas sobre a presença do acompanhante de livre escolha no Hospital Maternidade Dona Regina – Palmas/Tocantins. 15/12/2014. 74 p.. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. UFT. 15 de dezembro de 2014.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. **I Plano de Ação Regional da Rede Cegonha**. 2012a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. **II Plano de Ação Regional da Rede Cegonha**. 2012b.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal**: Um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro, RJ: Editora Rubio, 2006.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, Honorina de. **Jornal de Pediatria - Método Mãe Canguru**: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Vol. 80, Nº 5 (supl), 2004.

Breve Currículo Dos Autores

1- Carla Cristina Chaves de Oliveira

Enfermeira Obstetra graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com Habilitação em Saúde Pública e Licenciatura plena. Especialista em Gestão de Saúde, pela Universidade Federal do Tocantins. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins. Enfermeira Concurrada pela Secretaria de Saúde do Tocantins, com atuação na gestão (Área Técnica de Saúde da Criança 2011-2014, Rede Cegonha 2014 -2015). Atualmente como enfermeira no banco de leite humano do Hospital e Maternidade Dona Regina.

2- Danielle Rosa Evangelista

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará. Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Atualmente é professora da Universidade Federal do Tocantins (UFT) no curso de Enfermagem e no Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

3- Hiury de Jesus Magalhães

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Tocantins. Atualmente é enfermeiro do pronto atendimento do Hospital Municipal de Sapucaia/PA.

4- Luana de Souza

Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Tocantins

5- Mayra de Jesus Campos Guimarães Magalhães

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Tocantins. Foi enfermeira da atenção primária no município de Colinas do Tocantins/TO.

6- Marta Azevedo dos Santos

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Psicologia pela Universidade de Sevilla-ES. Professora Associada, pertencente ao quadro de professores da Universidade Federal do Tocantins, nos cursos de Enfermagem e Nutrição e do quadro permanente do Mestrado em Ciências da Saúde. Desenvolve pesquisas na área interdisciplinar, nas linhas de Gestão e Planejamento, Avaliação de Políticas Públicas, Educação e Promoção da Saúde e Saúde do trabalhador.

7- Mayane Vilela Pedroso

Enfermeira graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Bacharel e Licenciatura (2006) . Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição – CEEN. Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUCGOIÁS. Mestre em Ciências da Saúde - Universidade Federal do Tocantins. Têm experiência na área da saúde da mulher, principalmente no ciclo gravídico puerperal.

Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins. Preceptora da Residência de Enfermagem Obstétrica - MS/SEMUS/CEULP-ULBRA no Hospital e Maternidade Dona Regina - SES/TO e do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica CEEO - Rede Cegonha.

8- Margarida Araújo Barbosa Miranda

Enfermeira pela Universidade Católica de Goiás. Assessora de Formação e Qualificação da Escola Tocantinense do SUS - ETSUS. Técnica da Área de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins à época da Pesquisa. Mestranda em Ciências da Saúde (Universidade Federal do Tocantins - UFT). Especialista em Saúde Coletiva/Saúde da Família (Universidade de Brasília-UnB), Cuidado Pré-natal (Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP), Gestão em Saúde (UFT), Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde (UnB) e Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa).

9- Raphaella Pizani Castor Pinheiro

Psicóloga graduada pelo Centro Universitário de Brasília. Especialista em Saúde da Família e comunidade (modalidade residência) pela Universidade Federal do Tocantins. Mestre em ciência da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins. Psicóloga concursada da Secretaria de Estado do Tocantins, com atuação na gestão (Articuladora Estadual da Rede Cegonha - 2012 a 2014, Articuladora Estadual das Redes de Atenção a Saúde - 2014) e Coordenadora do Programa Unimed Cuida de Atenção Integral a Saúde na empresa Unimed Palmas(2015-2017). Psicóloga na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Palmas (2014-2017) e Atualmente atuando como Psicóloga da internação do HGP. Professora nos curso de Serviço social e Direito na Universidade Estadual do Tocantins.

10- Renata Andrade de Medeiros Moreira

Nutricionista graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Newton Paiva. Mestre em Saúde e Enfermagem Doutoranda da Pós-graduação em Ciências da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora Auxiliar A do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Experiência na área de Nutrição, Intervenção Nutricional, Comportamento Alimentar, Inquéritos Alimentares, Educação, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva e Avaliação de Programas de Saúde. Atuando principalmente nos seguintes temas: nutrição, educação alimentar e nutricional, educação em saúde, avaliação do estado de saúde e nutricional da população, modelo transteórico, doenças e agravos não transmissíveis.

11- Viviane Ferreira dos Santos.

Nutricionista formada pela Universidade Federal do Tocantins. Agente PNAE pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar CECANE/UFT.