

SÉRIE | INTERLOCUÇÕES PRÁTICAS,  
EXPERIÊNCIAS E  
PESQUISAS EM SAÚDE

# **QUE GENTES TECEM REDES:**

**Dimensionamento da  
Força de Trabalho e  
Práticas do Cuidado  
de Mulheres e Crianças**

**Organizadoras:**  
Luíza Maria Plentz  
Cristiane Scolari Gosch  
Lisiane Bôer Possa  
Quelen Tanize Alves da Silva

editora



redeunida



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

ASSOCIAÇÃO DA REDE UNIDA

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

# **GENTES QUE TECEM REDES:**

## **Dimensionamento da Força de Trabalho e Práticas do Cuidado de Mulheres e Crianças**

**Organizadoras:**

Lisiane Bôer Possa  
Cristiane Scolari Gosch  
Luiza Maria Plentz  
Quelen Tanize Alves da Silva

Novembro de 2024



Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**Gentes que tecem Redes:  
Dimensionamento da Força de Trabalho e Práticas do Cuidado de Mulheres e Crianças**

**Organizadoras:**

Luiza Maria Plentz, Cristiane Scolari Gosch, Lisiane Boer Possa, Quelen Tanize Alves da Silva

**Revisão:**

Andresa Lira Silva, Angélica Araújo de Menezes, Frederico Viana Machado, Lisiane Bôer Possa, Luiza Maria Plentz, Márcia Maria Monteiro de Freitas, Natalia Sevilha Stofel, Sandra Maria de Oliveira Pereira, Stela Nazareth Meneghel, Suely Cristina Bezerra de Carvalho e Vitória D'Avila Pedroso

Esta publicação foi feita em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que financiou diversas iniciativas de dimensionamento da força de trabalho e a produção e disseminação de conhecimentos para o fortalecimento do campo de saberes e práticas da gestão do trabalho na saúde.



## **Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla

## **Coordenação Editorial**

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e e Hêider Aurélio Pinto

## **Editores Associados**

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes

## **Conselho Editorial**

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).  
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).  
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).  
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).  
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).  
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).  
Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).  
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).  
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).  
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).  
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).  
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).  
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).  
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).  
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).  
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).  
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).  
Mária das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).  
Mária Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).  
Mária Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).  
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).  
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).  
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).  
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).  
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).  
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).  
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).  
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).  
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

## **Comissão Executiva Editorial**

Alana Santos de Souza  
Jaqueline Miotto Guarneri  
Camila Fontana Roman

## **Projeto Gráfico, Capa e Diagramação**

Renato Pereira Jr.



editora  
redeunida

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G337

**Gentes que tecem Redes:** dimensionamento da força de trabalho e práticas do cuidado de mulheres e crianças / Organizadoras: Luiza Maria Plentz; Cristiane Scolari Gosch; Lisiane Boer Possa e Quelen Tanize Alves da Silva – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

206 p. (Série Interlocações Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.50).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia

**ISBN** 978-65-5462-108-3

**DOI** 10.18310/9786554621083

1. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 2. Assistência ao Paciente 3. Saúde da Criança. 4. Saúde da Mulher. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 309-320  
CDU 618.2

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

**Gentes que tecem Redes: dimensionamento da força de trabalho e práticas do cuidado de mulheres e crianças**

ISBN 978-65-5462-108-3



9 786554 621083 >



# PREFÁCIO

*Célia Maria Borges da Silva Santana  
Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo  
Vanessa Gabrielle Diniz Santana*

A coletânea de textos “Cuidar de mulheres e crianças no SUS: diálogos sobre a gestão do trabalho e educação e as práticas do cuidado” tem por objetivo registrar e compartilhar experiências de caráter interdisciplinar, transversal às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular o campo da saúde coletiva.

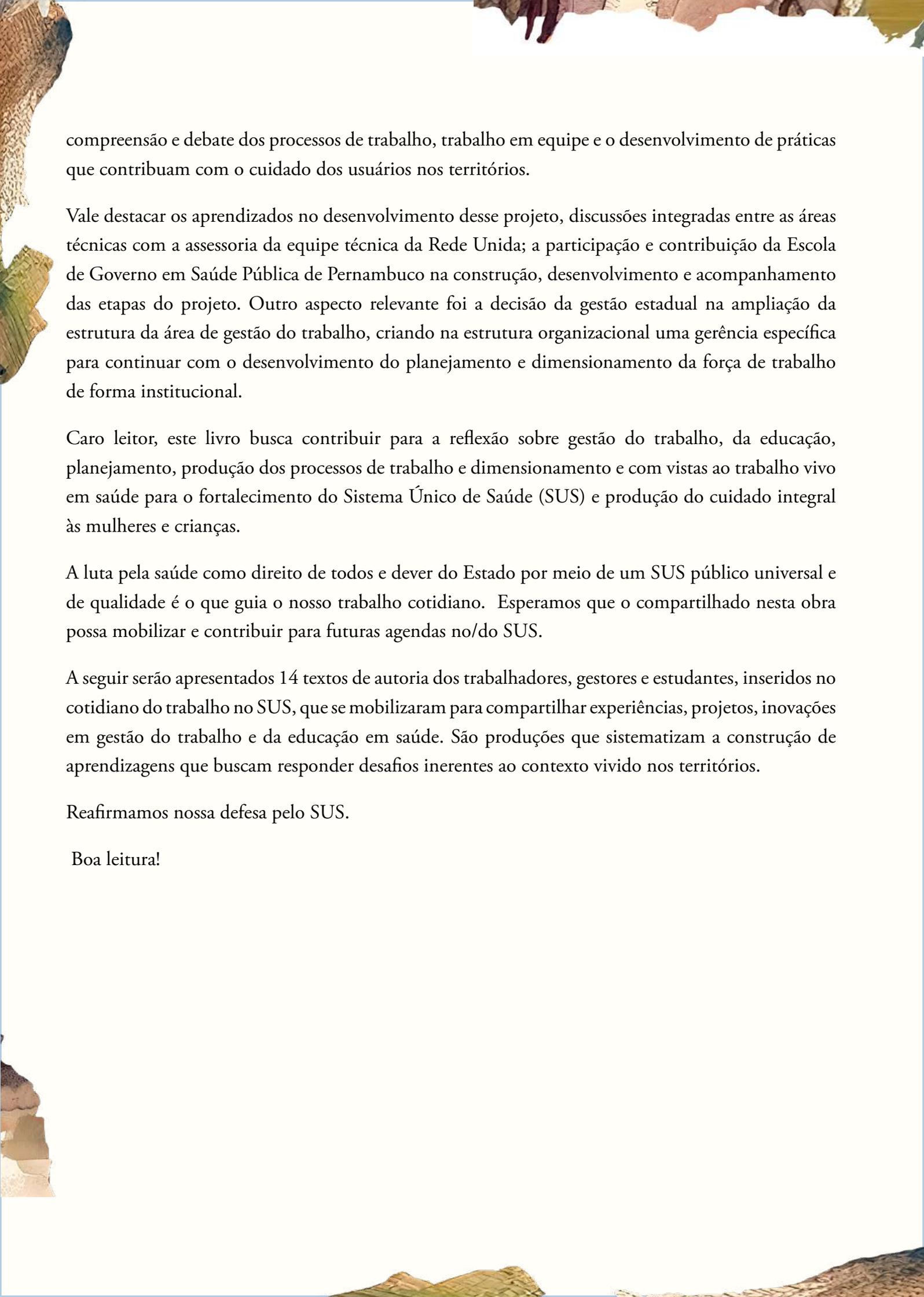
O livro é fruto de uma construção coletiva iniciado em 2019 a partir do Projeto: “Construção de Capacidade Gestora Local para qualificação das maternidades do Estado de Pernambuco (PE): Formação-intervenção em Metodologia de Análise dos Serviços, Processos de Trabalho, Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho”.

O projeto foi promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Associação Brasileira da Rede Unida e conduzido pela equipe gestora da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SES PE que se propôs a contribuir para a qualificação da Capacidade Gestora Local, do sistema de saúde e dos serviços.

Mesmo diante do cenário de incertezas, de cansaço e de exaustão dos trabalhadores da SES devido a pandemia da Covid-19 o projeto conseguiu reunir as diversas áreas - atenção à saúde, planejamento, regulação em saúde, gestão regional, gestão do trabalho e educação na saúde - em busca da qualificação da atenção nas maternidades do estado, humanizando as relações e a assistencial obstétrica e neonatal, além de colocar em prática o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde.

Em 2020 e 2021 o projeto contemplou a metodologia de dimensionamento validada como ferramenta para utilização da SES/PE com projeções para a sua institucionalização; além da construção e capacitação através da ESPPE, destacando a formação de aproximadamente 40 trabalhadores das 6 maternidades e da SES na metodologia de dimensionamento da força de trabalho, observando a realidade local dos serviços, permitindo a readequação dos cenários de trabalhos e considerando as necessidades do momento, mas também as possibilidades de transformações dos serviços, das práticas, das necessidades e também da composição da força de trabalho dos 6 contemplados.

Os frutos desse projeto trazem um processo inovador no estado de Pernambuco, tendo em vista que além de consolidar parâmetros de dimensionamento para a integralidade do sistema de saúde, busca desenvolver outros processos que são relevantes para a Gestão do Trabalho no SUS, como, a



compreensão e debate dos processos de trabalho, trabalho em equipe e o desenvolvimento de práticas que contribuam com o cuidado dos usuários nos territórios.

Vale destacar os aprendizados no desenvolvimento desse projeto, discussões integradas entre as áreas técnicas com a assessoria da equipe técnica da Rede Unida; a participação e contribuição da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco na construção, desenvolvimento e acompanhamento das etapas do projeto. Outro aspecto relevante foi a decisão da gestão estadual na ampliação da estrutura da área de gestão do trabalho, criando na estrutura organizacional uma gerência específica para continuar com o desenvolvimento do planejamento e dimensionamento da força de trabalho de forma institucional.

Caro leitor, este livro busca contribuir para a reflexão sobre gestão do trabalho, da educação, planejamento, produção dos processos de trabalho e dimensionamento e com vistas ao trabalho vivo em saúde para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e produção do cuidado integral às mulheres e crianças.

A luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado por meio de um SUS público universal e de qualidade é o que guia o nosso trabalho cotidiano. Esperamos que o compartilhado nesta obra possa mobilizar e contribuir para futuras agendas no/do SUS.

A seguir serão apresentados 14 textos de autoria dos trabalhadores, gestores e estudantes, inseridos no cotidiano do trabalho no SUS, que se mobilizaram para compartilhar experiências, projetos, inovações em gestão do trabalho e da educação em saúde. São produções que sistematizam a construção de aprendizagens que buscam responder desafios inerentes ao contexto vivido nos territórios.

Reafirmamos nossa defesa pelo SUS.

Boa leitura!



# SUMÁRIO

- PREFÁCIO** 7  
*Célia Maria Borges da Silva Santana, Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo, Vanessa Gabrielle Diniz Santana*
- DIÁLOGOS PARA O CUIDADO DE MULHERES E CRIANÇAS: REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS DE DIMENSIONAMENTO, GESTÃO DO TRABALHO, CUIDADO E EDUCAÇÃO** 14  
*Luiza Maria Plentz, Andresa Lira Silva, Anderson Danilo Dario Lima, Quelen Tanize Alves da Silva, Lisiane Boer Possa*
- CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADE GESTORA LOCAL EM DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO EM MATERNIDADES DE PERNAMBUCO** 20  
*Lisiane Boer Possa, Luiza Maria Plentz, Erotildes Antunes Xavier, Carlos Eduardo Antoniete de Souza, Angélica Araújo de Menezes, Vitória D'Avila Pedroso, Vanessa Gabrielle Diniz Santana, Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo*
- INCLUSÃO DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES PARA PLANEJAR O CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL DE UM HOSPITAL DO SERTÃO PERNAMBUCANO** 32  
*Andresa Lira Silva, Luiza Maria Plentz, Hirley Camêlo da Silva, Laiane Cristina de Marins Barbosa, Viviane de Souza Brandão Lima, João Antonio Bezerra Magalhaes Antunes, Maria Simone Mourato de Oliveira, Suely Cristina Bezerra de Carvalho, Fernanda Santos Trajano, Raífaela Terto Príncipe de Godoy*
- REDE CEGONHA: O QUE OS INDICADORES MOSTRAM SOBRE A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO?** 44  
*Janaina Ramos dos Santos, Lílian Silva Sampaio de Barros, Maria Eduarda Moraes Pacheco, Maria Lúcia Xavier de Barros Viana, Régia Maria Batista Leite, Roseane Leite Lopes Sísia Valeska de Melo Silva, Vanessa Alves de Souza*
- A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA: ANÁLISE COMPARADA DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE EM PERNAMBUCO** 59  
*Lisiane Boer Possa, Luiza Maria Plentz, Natália Sevilha Stofel, Carlos Eduardo Antoniete de Souza, Angélica Araújo de Menezes, Vitória D'Avila Pedroso, Cleonúcia Vasconcelos, Rosângela da Costa Lima*

**OS DESAFIOS PARA O CUIDADO DE MULHERES E BEBÊS  
NO HOSPITAL JESUS NAZARENO: UM OLHAR SOBRE AS  
PRÁTICAS E PROCESSOS DE TRABALHO** 72

*Luiza Maria Plentz, João Pedro Sobral Neto, Lillian Silva Sampaio de Barros,  
Priscila Sales Ferraz Neri, Nancy Maria Silva Janssen, Andreza Cavalcanti Vasconcelos,  
Márcia Maria Monteiro de Freitas, Maria do Carmo Ferreira de Andrade,  
Ana Claudia Machado de Amorim*

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA:  
A EXPERIÊNCIA DO PROJETO VINNASCRER NA PROMOÇÃO DA  
VINCULAÇÃO DA GESTANTE À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA** 82

*Lillian Silva Sampaio de Barros, Maria Gilcia do Nascimento Dantas de Sá,  
Régia Maria Batista Leite, Roseane Leite Lopes, Vanessa Alves de Souza*

**IMPLANTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR  
COMO CONTRARREFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA  
EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PERNAMBUCANO** 100

*Lillian Silva Sampaio de Barros, Régia Maria Batista Leite, Roseane Leite Lopes,  
Sílvia Maria Cristovam Barbosa, Vanessa Alves de Souza*

**ACOLHIMENTO DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA  
TEÓRICO-REFLEXIVA** 111

*Ana Beatriz Oliveira Costa, Gleidilene Freitas da Silva, Paulo Sérgio da Silva*

**DEMANDAS DE SAÚDE E PRIORIDADES PARA O  
TRABALHO EDUCATIVO COM MULHERES NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** 121

*Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral, Juliana Freitas Campos,  
Kelle Caroline Filgueira da Silva*

**PERFIL DOS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA  
EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO  
INTERIOR DE PERNAMBUCO** 132

*Juliana Maria Otaviano Maia, Célia Maria Borges da Silva Santana, Hérika Dantas  
Modesto Pinheiro, Lillian Silva Sampaio de Barros*

**INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO EM HOSPITAL NO SERTÃO DE PERNAMBUCO** 145

*Hirley Camello da Silva, Rafaella Miranda Machado, Andresa Lira Silva, Laiane Cristina de Marins Barbosa, João Antônio Bezerra Magalhães Antunes*

**ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NA HUMANIZAÇÃO E CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO: EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE PARTO NORMAL GABRIELLY RAMOS, NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO, PERNAMBUCO** 153

*Midiã Gomes da Silva Rêgo, Henry Johnson Passos de Oliveira, Priscila de Andrade Cavalcanti, Juliana Gonçalves Chaves de Barros Rocha, Maria Lúcia Matias Ferreira, Cristine Vieira do Bonfim*

**PARTO HUMANIZADO E O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NESSE PROCESSO: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DE UM ESTUDO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE ALEGRE / ES** 162

*Renata Esteves Palacio*

**BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO AGRESTE PERNAMBUCANO** 177

*Lílian Silva Sampaio de Barros, Régia Maria Batista Leite, Roseane Leite Lopes, Sílvia Maria Cristovam Barbosa, Vanessa Alves de Souza*

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL DA XI REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: REFLEXÕES PARA A GARANTIA DE DIREITOS NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL** 189

*Maria Simone Mourato de Oliveira, João Antônio Bezerra Magalhães Antunes, Karla Millene Sousa Lima Cantarelli*

**ÍNDICE REMISSIVO** 196

**SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS** 201



# DIÁLOGOS PARA O CUIDADO DE MULHERES E CRIANÇAS: REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS DE DIMENSIONAMENTO, GESTÃO DO TRABALHO, CUIDADO E EDUCAÇÃO

*Luiza Maria Plentz*

*Andresa Lira Silva*

*Anderson Danilo Dario Lima*

*Quelen Tanize Alves da Silva*

*Lisiane Bôer Possa*

## Introdução

Mobilizar os coletivos de trabalhadores a refletirem sobre suas práticas... essa foi uma das expectativas que motivou a organização deste livro. Para além disso, registrar e fazer circular as reflexões produzidas e assim estimular, quem sabe, novas experiências com capacidade de produzir e operar, no dia a dia, a integralidade do cuidado. Desejo que produziu abertura para novas possibilidades de realidades e parcerias. Nesse cenário, a Editora Rede UNIDA e a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco abriram uma chamada para a submissão de manuscritos para a coletânea de textos “Cuidar de mulheres e crianças no SUS: diálogos sobre a gestão do trabalho e educação e as práticas do cuidado”.

A intencionalidade dessa obra é reunir trabalhos que abordem a gestão do trabalho e educação na saúde, com foco no planejamento e dimensionamento da força de trabalho em serviços e sistemas de saúde. Os critérios de submissão envolveram iniciativas de cuidado para mulheres e crianças, diferentes processos de gestão do trabalho e educação produzidos no e/ou para o Sistema Único de Saúde.

Assim, temos como resultado um livro que expressa produções autorais que apresentam pesquisas teóricas ou empíricas, relatos de experiência e análises de projetos de intervenção relacionados à gestão do trabalho e educação na saúde e o cuidado materno-infantil. A iniciativa guiou-se pelos princípios da educação permanente, e pela ideia de criar interseções interdisciplinares, conforme propõem Ceccim (2018), a partir de uma aceitação da multiplicidade e da pluralidade dos saberes.

Este livro é composto por capítulos que refletem sobre as áreas temáticas de gestão do trabalho, educação, planejamento, dimensionamento, produção dos processos de trabalho em saúde, cuidado de mulheres e crianças, educação permanente, educação em saúde e cuidado integral e que serão apresentados a seguir.

## **Dimensionar força de trabalho em saúde: um exercício de pactuação, educação permanente e produção de conhecimento implicado com as práticas**

Planejar e dimensionar força de trabalho a partir da centralidade do cuidado das pessoas pressupõe reconhecer os contextos das suas existências e dos territórios em que vivem. Desta forma é necessário superar as concepções normativas e corporativas que definem a priori as necessidades de trabalhadores e que são baseadas em critérios externos as realidades em que o cuidado acontece. Nesse sentido é que Possa, et al. (2020) desenvolveram uma metodologia para dimensionar a força trabalho em saúde que

propõe a sua construção através de processos de pactuação e de educação permanente, envolvendo os atores implicados com o cotidiano dos serviços e da organização das redes de atenção. Os dois capítulos apresentados a seguir explicitam o saber-fazer orientados pela metodologia referida.

O capítulo **“Construção de capacidade gestora local em dimensionamento da força de trabalho: experiência de formação-intervenção em maternidades de Pernambuco”** Tem o formato de relato de experiência e foi elaborado com o objetivo de apresentar projeto, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Associação Brasileira da Rede Unida, e se propôs a contribuir para a qualificação das capacidades gestoras locais, do sistema de saúde e da rede de atenção, buscando contribuir com o fortalecimento da linha de cuidado mãe-bebê nos territórios, através de formação-intervenção em dimensionamento da força de trabalho em saúde (FTS).

O relato de experiência intitulado **“Inclusão da perspectiva dos trabalhadores para planejar o cuidado: um relato de experiência sobre a atenção obstétrica e neonatal de um hospital do sertão pernambucano”** apresenta as estratégias aderidas para dimensionar a força de trabalho da equipe de obstetrícia e neonatologia de um hospital, que se mostraram eficazes para transformar as práticas e processos de trabalho relacionados ao cuidado mãe-bebê. O projeto buscou estabelecer ações coordenadas para superar os desafios e melhorar o cuidado à mulher, bebê e criança no hospital. É destacada a importância da participação e responsabilização de atores das esferas de governo e instituições regionais, como Secretaria Estadual de Saúde, a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, para a mobilização e implementação efetiva do plano.

Definir a demanda de força de trabalho para responder as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades tem como ponto de partida o reconhecimento da população, do território e da rede de atenção à saúde em que os serviços estão inseridos (POSSA,2020). A descrição e avaliação sobre o cuidado da mãe e do bebê, que são realizadas como uma das etapas da produção do dimensionamento da força de trabalho em Pernambuco, resultam em sínteses. Os estudos, apresentados na sequência, tanto apresentam o contexto da rede de atenção da mulher e da criança no estado quanto permitem compartilhar desenhos metodológicos para serem produzidas as análises imprescindíveis para o processo de dimensionar o trabalho com base nas realidades locais.

Analisar configura-se um trabalho complexo e que necessita da articulação de informações e dados que descrevam o momento, mas também estudos retrospectivos que viabilizam comparar a realidade no tempo e potencializam a reflexão da complexidade da integralidade, dos processos históricos de construção da atenção e da longitudinalidade do cuidado. No artigo **“Rede cegonha: o que os indicadores mostram sobre a atenção materno-infantil na V região de saúde de Pernambuco?”** “as autoras trazem uma análise retrospectiva de dados secundários coletados em sistemas de informação, nos anos de 2015 a 2019, da V região de saúde, no agreste pernambucano, permitindo que se possa avaliar pontos de maior atenção ao cuidado adequado na gestação e puerpério. Também é retrospectivo o estudo **“A Implantação da Rede Cegonha: análise comparada das regiões e macrorregiões de saúde em Pernambuco”** que descreve e analisa a implantação da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco, segundo regiões (REs) e macrorregiões (MRs), considerando o pré-natal, a regionalização, as taxas de cesárea, a razão de mortalidade materna e as taxas de mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal.

No contexto do cuidado de mulheres e crianças, bem como nas demais linhas de cuidado, Malta e Merhy (2010) nos alertam que reconfigurar os modelos de atenção à saúde requer uma compreensão abrangente da situação de saúde local. Segundo os autores, a prática do cuidado implica na implementação de mecanismos de responsabilidade, envolvendo equipes de saúde, gestores públicos e, inclusive, operadoras de planos de saúde, visando uma abordagem integral, na qual a interrupção e segmentação do cuidado sejam evitadas. Tal transformação demanda um Sistema Único de Saúde atuando de maneira coerente em todos os âmbitos de produção de práticas de saúde.

No capítulo **“Os desafios para o cuidado de mulheres e bebês no Hospital Jesus Nazareno: um olhar sobre as práticas e processos de trabalho”** verificamos a estruturação de um plano de intervenção para uma das maternidades referência em parto de alto-risco do agreste pernambucano. O escrito reflete sobre as práticas de cuidado e processos de trabalho a partir do olhar de trabalhadores e gestores da maternidade, construído através de processo participativo de gestão e educação permanente.

**As quatro experiências** apresentadas nos capítulos seguintes abrangem intervenções e ações de educação permanente construídas por trabalhadores e gestores de serviços do território pernambucano. O capítulo **“Educação em saúde em tempos de pandemia: a experiência do projeto VinNascer na promoção da vinculação da gestante à maternidade de referência”** nos apresenta a situação vivida por participantes de um programa que busca promover a vinculação das gestantes atendidas em uma maternidade e nos conta como foram adaptadas as metodologias do projeto ao contexto da Pandemia de Covid-19 para favorecer o acesso das mulheres, familiares e trabalhadores à informação clara e objetiva, reunindo ferramentas tecnológicas e materiais simples e lúdicos para levar Educação em Saúde, mesmo diante os desafios impostos pela pandemia.

A longitudinalidade do cuidado na atenção a gestante e puérpera foi a agente responsável pelo estudo de intervenção apresentado pelas autoras no capítulo intitulado **“A implantação do formulário de alta hospitalar como contrarreferência da assistência obstétrica em um município do sertão de Pernambuco”** no qual é relatada a formulação, avaliação e utilização de um formulário de alta hospitalar/ contrarreferência, em uma maternidade de unidade hospitalar regional do sertão pernambucano. Ao longo do texto acompanhamos os caminhos trilhados para a produção e implementação de um documento que tem por objetivo auxiliar no cuidado continuado as mulheres.

Os limites geográficos estabelecidos pelo poder público para os territórios no âmbito municipal, estadual e nacional não necessariamente representam a singularidade da vida dos povos que o habitam, principalmente no que tange a movimentação de pessoas em suas diversas linhas de vivência no território, em busca de demandas sociais e institucionais. No contexto da saúde pública a migração têm sido uma realidade para os governos de regiões limítrofes e fronteiriças do país, impactando diretamente a dinâmica de estruturação e processo de cuidado demandado para a população do território. O capítulo **“Acolhimento da mulher migrante venezuelana na Atenção Primária a saúde: uma proposta teórico-reflexiva”** discute o tema do cuidado em saúde tendo a migração como um fator determinante para a organização da atenção à saúde para essa população, convivendo com toda a singularidade própria da vida social do povo brasileiro.

No capítulo **“Demandas de saúde e prioridades para o trabalho educativo com mulheres na Estratégia Saúde da Família”**, as autoras nos possibilitam a uma escuta profunda por meio de uma oficina reflexão que se desenvolveu a partir de um recorte do trabalho matriz “Contribuições e

potencialidades das metodologias ativas para a integralidade do cuidado à saúde das mulheres” que permite problematizar e refletir sobre o cotidiano das mulheres. Um encontro que produziu novos olhares sobre a vivência dessas mulheres na atenção básica de um município do agreste pernambucano.

As residências em saúde são importantes estratégias de educação permanente, que formam o profissional através da articulação ensino-serviço, onde as discussões realizadas em aulas teóricas, grupos de estudo e discussões de casos clínicos qualificam a prática nos locais de atuação. No capítulo **“Perfil dos egressos de uma residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco”** as autoras apontam uma discussão ampla sobre os aspectos que compõe a formação em enfermagem obstétrica interiorizada.

A sistematização e implementação do exercício do trabalho do enfermeiro obstetra têm sido uma estratégia para efetivação de um cuidado materno infantil pautado em recomendações de boas práticas baseadas em evidências. Assim, o escrito intitulado **“Inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao nascimento em hospital no sertão de Pernambuco”**, propõe, por meio de uma abordagem qualitativa no relato de experiência, uma discussão sobre os caminhos percorridos na linha de cuidado pelo binômio mão-bebê, que apresenta na sua força de trabalho o enfermeiro obstetra.

O capítulo **“Atuação da Enfermeira Obstetra na Humanização e Cuidado ao Parto e Nascimento: Experiência da Implantação do Centro de Parto Normal Gabrielly Ramos, no Município de Paudalho, Pernambuco”** além de refletir sobre as práticas de cuidado oferecidas à mulher e ao bebê, descreve a implantação do referido Centro de Parto Normal, destacando a importância desse modelo na busca pela humanização do parto, contribuindo e promovendo para a reconquista da autonomia da parturiente e a humanização da atenção materno-infantil.

O artigo **“Parto humanizado e o papel do profissional de enfermagem nesse processo: uma análise da atenção primária a partir de um estudo realizado no município de Alegre-ES”** convida à compreensão sobre como a assistência de enfermagem pode auxiliar na valorização do parto humanizado. O estudo foi realizado em 2016, utilizando a triangulação de dados, combinando informações de questionários, referencial teórico e experiência da autora como profissional de enfermagem.

A saúde da mulher e bebê, durante a gestação, nascimento e puerpério, é objeto de análise e discussão frequente no campo da gestão pública em saúde, bem como das pesquisas acadêmicas. Esse cenário evidencia a complexidade dessa situação de saúde e o como o seu desfecho pode refletir as orientações teóricas, técnicas e econômicas da sociedade no qual esse público está inserido. Nesse sentido, o trabalho intitulado **“Boas práticas na assistência ao parto e nascimento: conhecimento de enfermeiras (os) obstetras de um hospital público do agreste pernambucano”** analisa, numa perspectiva descritiva e quantitativa, a interface entre serviço de saúde e paciente no que tange a assistência direta dos enfermeiros obstetras (EO) em um hospital regional, referência para parto de risco baixo e médio de uma região de saúde.

Partindo da compreensão da situação de saúde da população como um evento social de elevada complexidade, na análise dos seus fatores determinantes e condicionantes, temos a perspectiva do trabalho e atuação do Assistente Social (AS). No âmbito hospitalar tal profissional têm atuado para o fortalecimento da rede de proteção social do cidadão, o que influencia diretamente, salvo situações

específicas, o tempo para a alta contrarreferência na linha de cuidado. Dessa forma, o último capítulo dessa obra “**A contribuição do serviço social em um hospital da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco: reflexões para a garantia de direitos no cuidado materno-infantil**” narra o processo de trabalho do AS no Hospital Professor Agamenon Magalhães, referência para o parto de risco habitual em uma região de saúde localizada no sertão do Pajeú pernambucano.

## Considerações finais

Esperamos que a leitura desperte a oportunidade de contribuir com a produção de novas pesquisas, experiências e análises relacionados à gestão do trabalho e educação na saúde, especialmente no contexto do cuidado para mulheres e crianças, expandindo a troca de conhecimentos e experiências. A ênfase no planejamento e dimensionamento da força de trabalho em serviços e sistemas de saúde, problematizada em diversos dos capítulos aqui compartilhados, revela a busca por soluções efetivas e inovadoras no fortalecimento do sistema único de saúde.

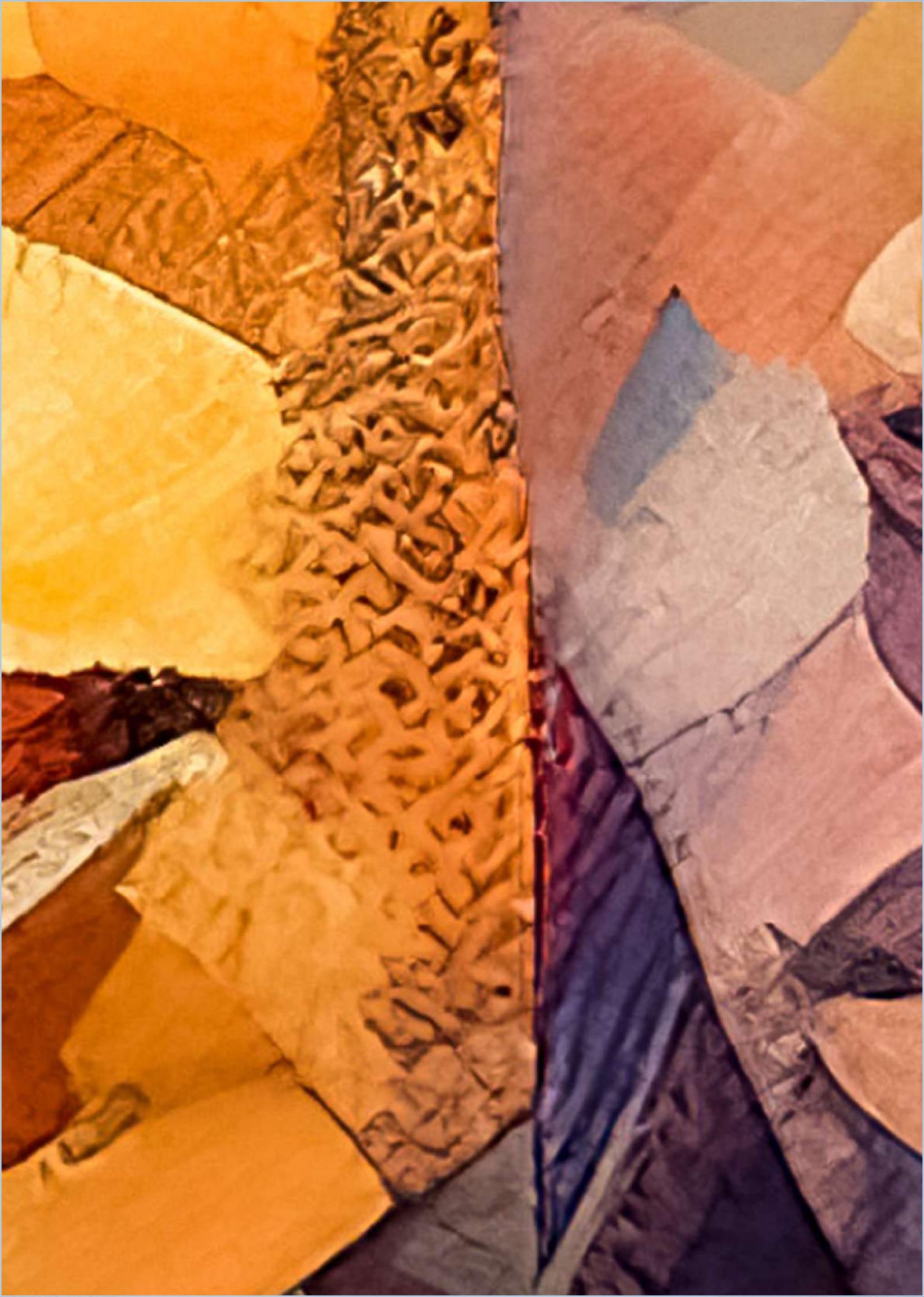
Costumamos abordar a gestão do trabalho quase que somente, por sua contribuição em fornecer informações para caracterizar a força de trabalho em saúde (FTS), sua distribuição, movimentação, déficits e excessos. Porém, acreditamos que as ferramentas de dimensionamento da força de trabalho em saúde desempenham um papel crucial, indo além disso. Esse processo, quando em consonância com as necessidades dos usuários, dos trabalhadores e do Sistema Único de Saúde (SUS), contribui para aprimorar a tomada de decisão no campo do planejamento em saúde. Além disso, o dimensionamento e sua operacionalização conferem diversas possibilidades de interpretação, enriquecendo o processo com diferentes perspectivas e abordagens (RAMOS; POSSA, 2016).

Cabe ressaltar que as experiências apresentadas dialogam e se articulam, também com os princípios da Educação Permanente em Saúde, como refletem Ceccim e Ferla (2008), na medida em que problematizam as práticas e concepções existentes nos serviços e territórios em que ocorrem. As fragilidades e potências reais são questionadas no contexto específico das equipes, criando espaço propício para a elaboração de novos acordos.

A intencionalidade é que esse livro seja semente para reflexões e novas práticas, um veículo transformador para a melhoria da assistência, a humanização do cuidado e o avanço na qualidade de vida das mulheres, crianças, suas famílias e toda as comunidades.

## Referências

- CECCIM, R. B.. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739–1749, 2018.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. – 2.ed. **rev. ampl.** - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.
- RAMOS, L.; POSSA, L.B. Dimensionamento da força de trabalho no sus: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**. [S.l.], v.2, n.1, p. 43-52, 2016. Disponível em: [http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/redeunida/article/view/653/pdf\\_10](http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/redeunida/article/view/653/pdf_10). Acesso em: 11 ago. 2022.



# CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADE GESTORA LOCAL EM DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO EM MATERNIDADES DE PERNAMBUCO

*Lisiane Boer Possa*

*Luiza Maria Plentz*

*Erotildes Antunes Xavier*

*Carlos Eduardo Antoniete de Souza*

*Angélica Araújo de Menezes*

*Vitória D'Avila Pedroso*

*Vanessa Gabrielle Diniz Santana*

*Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo*

## Introdução

Contar uma experiência construída a muitas mãos, requer resgatar desejos individuais e coletivos que resultam em ações e planos que, ao longo do caminho, agregam novos atores e, assim, novos sonhos. Para pensarmos o SUS precisamos pensar o cuidado das pessoas, o entrelaçar das redes e o desenvolver das práticas dos trabalhadores e gestores. Por isso, resolvemos narrar nosso projeto, seu desenvolvimento e seus frutos, para que ele também possa agregar novas ideias e transformar aprendizagem produzida em conhecimentos compartilhados.

Nesse capítulo, traremos um relato sobre o projeto “Construção de Capacidade Gestora local para qualificação das maternidades do Estado de Pernambuco (PE): Formação-intervenção em Metodologia de Análise dos Serviços, Processos de Trabalho, Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho”, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Associação Brasileira da Rede Unida. A iniciativa se propôs a contribuir para a qualificação de capacidade gestora local, do sistema de saúde e dos serviços, com vistas a qualificação da atenção nas maternidades do estado, através de formação-intervenção para o componente hospitalar da rede assistencial obstétrica e neonatal.

A SES/PE estabeleceu como prioridades para atuação a Melhoria da Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal Precoce, definindo estratégias no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, a exemplo: redesenhar a Rede de Atenção Obstétrica; contribuir para a estruturação da rede assistencial adequada para a oferta e demanda, na linha do cuidado, com a estruturação da força de trabalho para responder às necessidades da rede de atenção à saúde de mulheres e bebês.

Desta forma, o projeto apoiou-se na abordagem problematizadora do planejamento estratégico da força de trabalho em saúde, em consonância com as políticas de incentivo a processos descentralizados de formação e educação permanente. Buscou-se contribuir para a efetiva implementação de uma prática de gestão que promova a análise dos processos de trabalho em saúde, especialmente no sentido de reorganizar o modelo de atenção segundo os princípios, valores objetivos do SUS, em especial a integralidade e universalidade da atenção à saúde.

## **Desenvolvimento**

O projeto foi desenvolvido em quatro etapas: 1) Planejamento, preparação e apresentação da Formação-intervenção; 2) Produção de indicadores e parâmetros de dimensionamento de força de trabalho para maternidades; 3) Realização da formação-intervenção e 4) Sistematização das contribuições, produção da análise comparada e relatórios finais.

O projeto ocorreu de forma adaptada ao cenário da Pandemia da Covid-19, com a realização de oficinas e seminários virtuais, visitas técnicas às unidades participantes pelos tutores e orientadores de aprendizagem, produção de materiais didáticos, de relatórios, análises da rede e planos de intervenção que visam contribuir com a qualificação dos processos de trabalho e com a construção de capacidade gestora local, entre outras iniciativas.

### **Planejamento, preparação e apresentação da formação intervenção**

A etapa de desenvolvimento da Formação-intervenção foi planejada em dois ciclos, a fim de preservar a boa participação dos gestores e trabalhadores selecionados e evitar a sobrecarga potencializada pela Pandemia de Covid-19. Dentre outras referências, utilizou-se como apoio os caminhos metodológicos sistematizada em Possa, et al. (2020b).

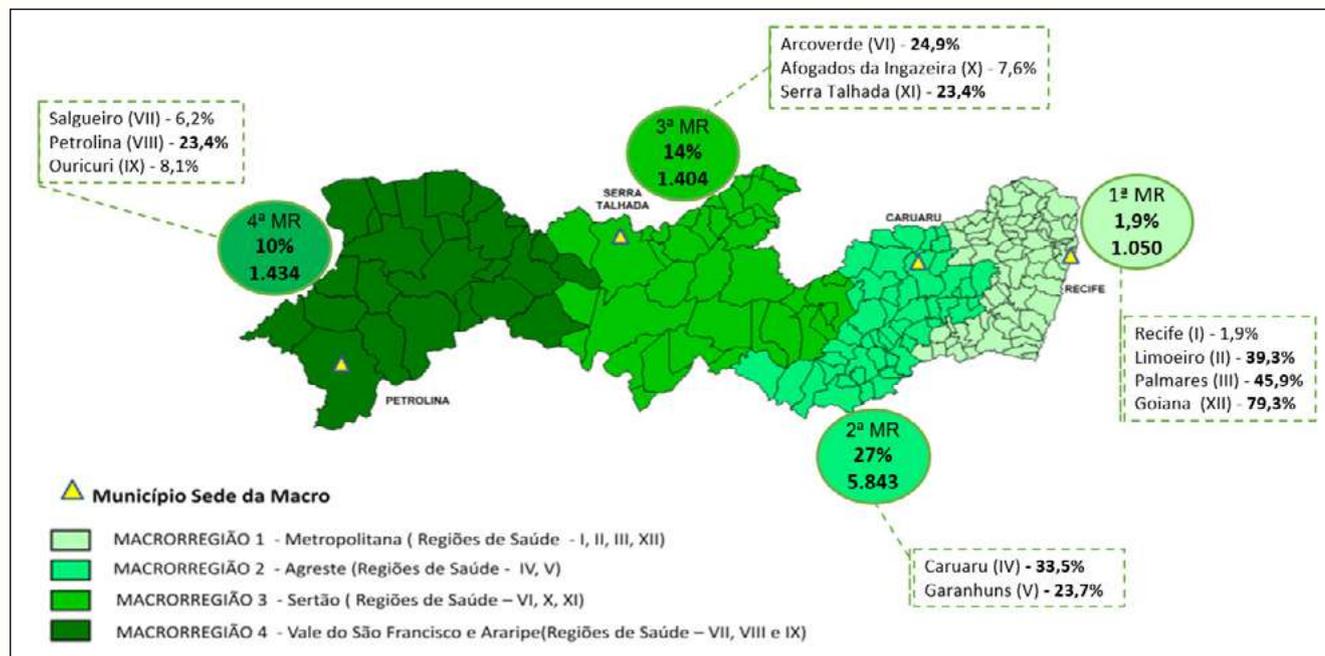
### **Análise da rede de atenção à saúde de mulheres e bebês**

Durante a primeira etapa de cada ciclo foram produzidas análises sobre a rede de atenção à saúde nos territórios das regiões de Ouricuri, Salgueiro, Recife, Serra Talhada, Limoeiro e Caruaru. A equipe do projeto produziu uma descrição e análise dos dados e indicadores relativos aos nascidos vivos, os hospitais que realizam parto e, os procedimentos realizados nas regiões participantes que expressam o cuidado produzido na linha mãe-bebê.

Além de compreender a origem das pessoas cuidadas nos pontos da rede, buscou-se apontar a suficiência ou insuficiência quantitativa da atenção ao parto e nascimento nos serviços das regiões e macrorregiões (MRs).

Foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Figura 1 - Percentual e número de Partos SUS realizados fora das macrorregiões (MR) e regiões (RE) de saúde de residência da mulher, Pernambuco, 2019.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

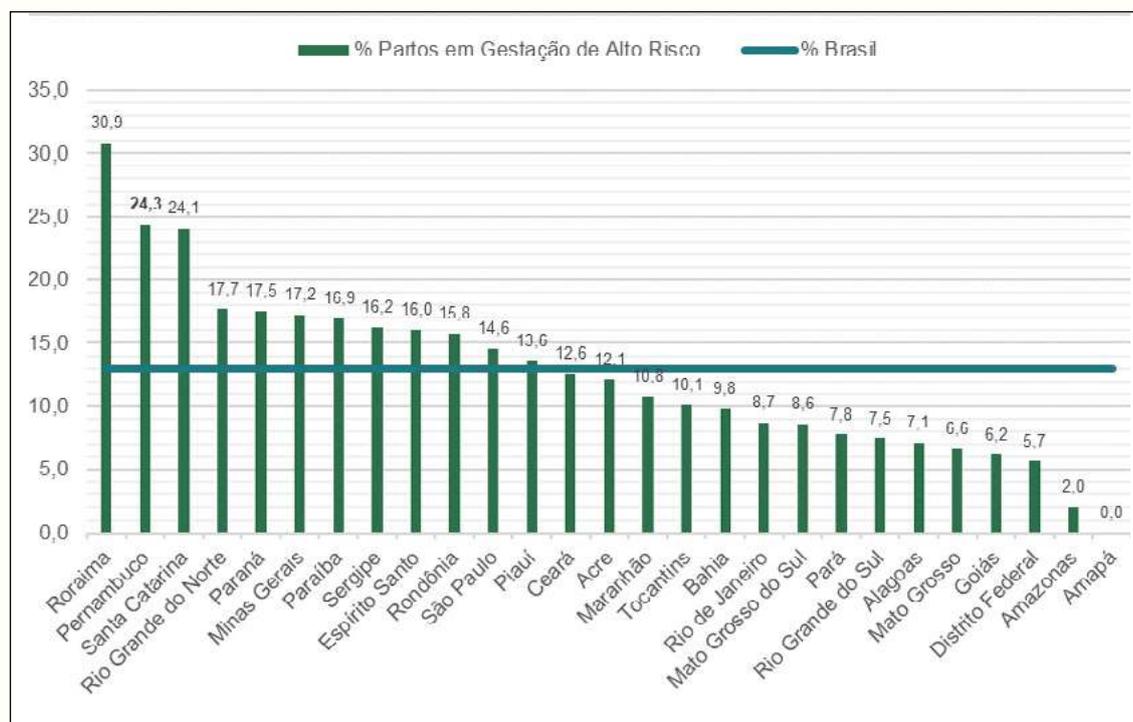
Observa-se na Figura 1 que ao se analisar as redes macrorregionais no período, o percentual de partos fora do local de domicílio das mulheres em todas as MRs de PE. Estima-se que cerca de 15% dos partos possam ser classificados como de alto risco (BRASIL, 2017) e, por isso, admite-se um percentual próximo a esse para a utilização dos serviços extrarregionais, mas que, no entanto, conforme proposição da Rede Cegonha (RC), devam ser ofertados nos serviços de referência das MRs. Porém, em oito das doze regiões de saúde, o percentual de partos realizados fora dos territórios de residência das mulheres foi maior que 15%.

Priorizou-se a implementação da RC nas maternidades dos hospitais-escola da região metropolitana. Além disso, a lógica de integração de recursos e economia de escala foi critério orientador da organização da Rede no estado (ZACARIAS, 2018), o que favorece o investimento em centros urbanos e que já concentram capacidade instalada. Tais aspectos podem ter contribuído para a manutenção das disparidades regionais identificadas, bem como pelos melhores resultados apresentados na RE metropolitana.

Vale salientar que o critério de “economia de escala” é relevante para a eficiência na alocação e utilização dos recursos, porém, deve ser balizado pelo acesso e qualidade da atenção. A prioridade de investimentos em serviços mais complexos em detrimento daqueles que estão mais descentralizados, aliada a poucos incentivos em estratégias de renovação das práticas de cuidado conforme proposto pela RC, com a implementação de centro de partos normais e unidades canguru, resultam no aumento da peregrinação das mulheres que demandam partos de risco habitual e na manutenção das iniquidades regionais para o atendimento de partos de alto risco (FREITAS PERINAZZO, 2018).

Também foram analisadas a produção do cuidado e capacidade instalada no alto risco gestacional e neonatal no Sistema Único de Saúde de Pernambuco (SUS/PE) no ano de 2019.

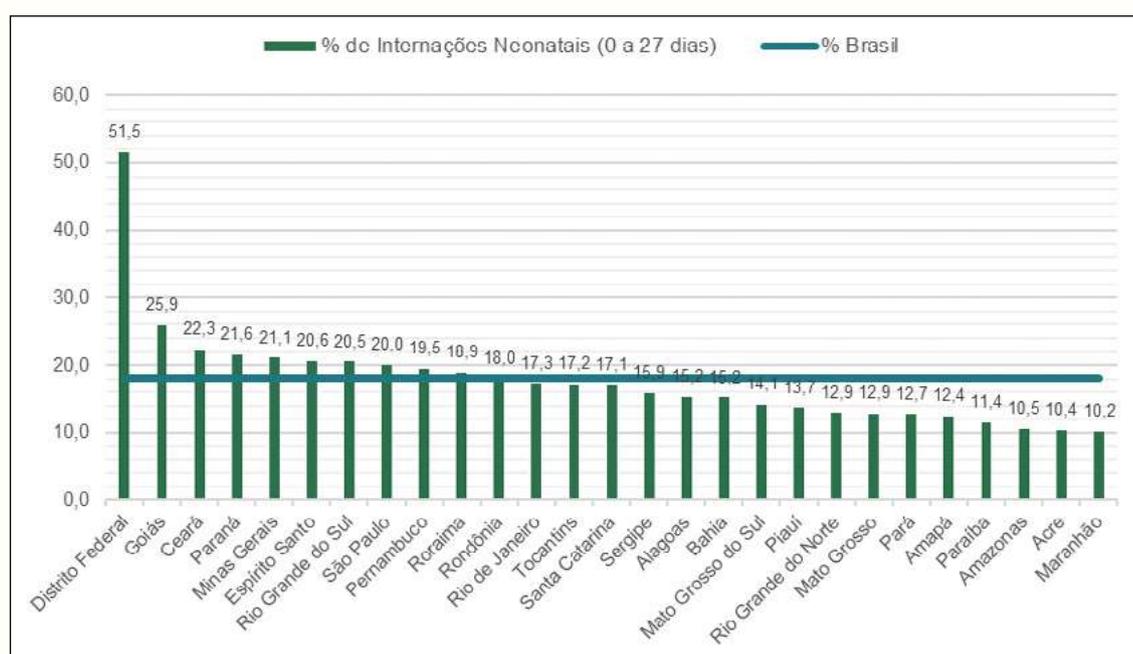
Gráfico 1 - Percentual de Partos em Gestação de Alto Risco em relação ao total de partos segundo Unidade da Federação, Brasil, 2019.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

O percentual de partos em Gestação de Alto Risco (GAR) em PE foi 24,30%, o segundo estado brasileiro com o maior percentual e excedeu a média brasileira (12,96%). A análise evidenciou a alta ocorrência de GAR atendida pelo SUS/PE, sugere-se investigar as causas e propor ações para esse cuidado.

Gráfico 2 - Percentual de internações neonatais em relação ao total de partos SUS, Brasil, 2019.

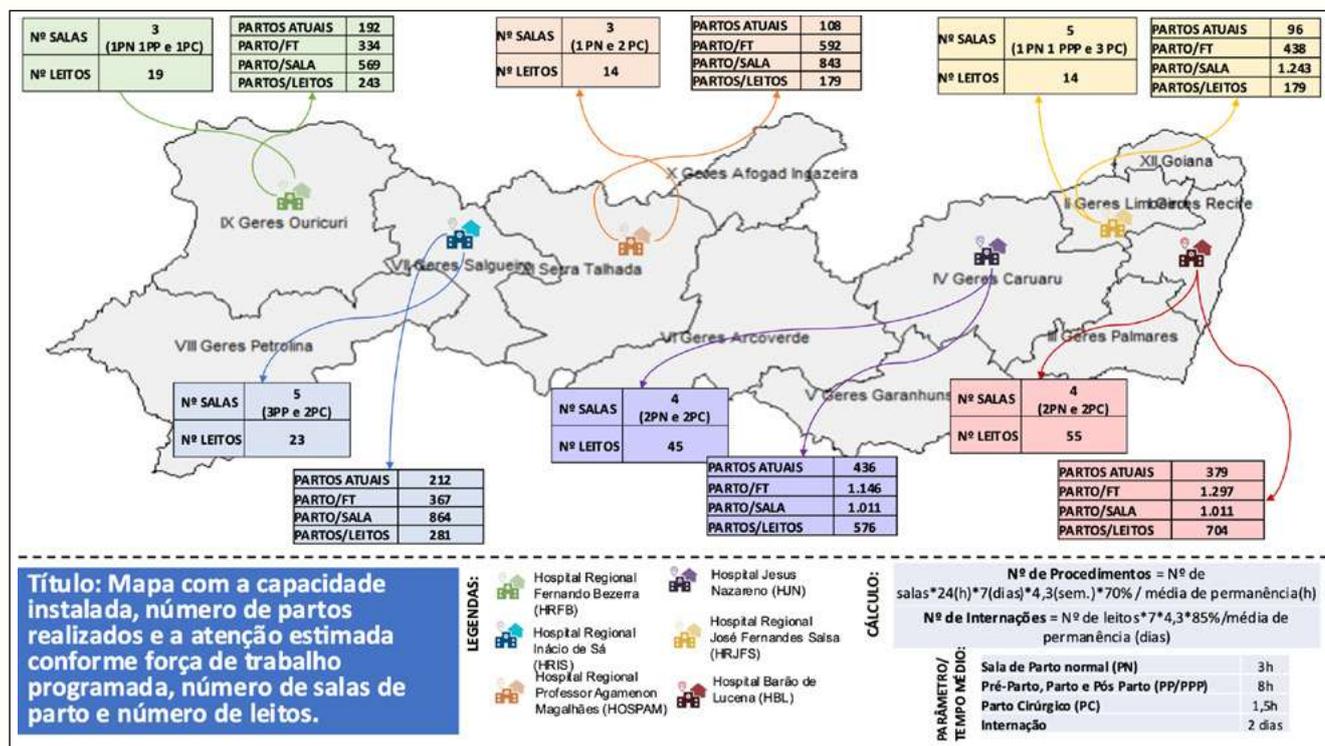


Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Como pode-se observar no Gráfico 1 em Pernambuco ocorreram 19,5% internações neonatais, em relação ao total de partos, próximas da média nacional (18,2%) e maior que 18 estados Brasileiros.

A Figura 2 sistematiza algumas informações sobre o cuidado ofertado pelas unidades participantes e pela rede de atenção à saúde no território, as atividades, capacidade instalada, estrutura física, nós e potencialidades dos serviços e das regiões.

Figura 2 - Mapa com a capacidade instalada, número de partos realizados e atenção estimada conforma força de trabalho programada, número de salas de parto e número de leitos, 2021.



Fonte: Produzido pelos autores

Nos relatórios produzidos pelo projeto essas informações foram detalhadas.

### Ferramentas e materiais didáticos

A etapa de preparação para a Formação-Intervenção também foi um momento de adaptação do projeto ao cenário da Pandemia de Covid-19, além de produção de ferramentas que pudessem ser incorporadas pela gestão nos processos de planejamento e de trabalho.

Dentre as produções, estão três minidocumentários da série “Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde: gestão e cuidado em ato”. O primeiro apresenta os caminhos do pensamento e das práticas para realização do dimensionamento, enquanto um ciclo que deve ocorrer no cotidiano da gestão e do trabalho. O segundo vídeo, apresenta pistas para a construção do Escopo do Serviço junto aos trabalhadores, gestores, usuário e atores-chave dos pontos de atenção e dos territórios que serão dimensionados. O terceiro vídeo, apresenta as discussões sobre a construção do Escopo de Práticas dos trabalhadores.

Além dos materiais audiovisuais, a equipe elaborou planilha no programa Excel para a descrição e sistematização da estrutura e capacidade instalada dos serviços, da força de trabalho existente, da

produção do cuidado realizada, das atividades realizadas segundo profissão e ocupação e respectivos indicadores e parâmetros a pactuados em cada serviço, dos cálculos de dimensionamento e da síntese da força de trabalho programada.

Esses e outros materiais foram disponibilizados no Ambiente Virtual de Aprendizagem da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Nesse ambiente, também foram realizados fóruns e atividades, que possibilitaram a interlocução entre partícipes, tutores e orientadores de aprendizagem. Além disso, a partir desse espaço foi criado um repositório virtual das discussões e produções da Formação-intervenção.

### **Seleção e formação de tutores de campo**

Foram realizadas as seleções dos tutores de campo para os dois ciclos da formação-intervenção. Entre outubro e novembro de 2021, das regiões de Ouricuri e Salgueiro, para atuarem nas maternidades do 1º ciclo (Hospital Regional Fernando Bezerra - HRFB e Hospital Regional Inácio de Sá - HRIS). Durante os meses de dezembro e janeiro, foi realizada a seleção e formação dos tutores de campo das regiões de Recife, Serra Talhada, Limoeiro e Caruaru, para atuarem nas maternidades do 2º ciclo (Hospital Barão de Lucena, Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Hospital Regional José Fernandes Salsa e Hospital Jesus Nazareno).

Para o planejamento e organização das atividades apresentadas nesse tópico foram realizadas 18 reuniões de equipe da Rede Unida em 2020 e 25 em 2021, 11 reuniões do Grupo Conductor em 2020 e 5 em 2021, quatro encontros de formação de tutores em 2020 e mais quatro em 2021, duas oficinas preparatórias da Rede Unida e reuniões com a produtora dos materiais audiovisuais. No tópico a seguir, apresentaremos a segunda etapa do projeto, que iniciou em momento prévio à formação-intervenção e continuou sendo desenvolvida ao longo dos ciclos junto dos partícipes.

### **Produção de indicadores e parâmetros de dimensionamento de força de trabalho para maternidades**

A segunda etapa do projeto, contou com a realização de uma revisão sistemática da literatura, legislações e normativas sobre indicadores e parâmetros de força de trabalho para o cuidado em obstetrícia e neonatologia. Para produzir consenso de especialistas para indicadores e parâmetros da força de trabalho em maternidades considerando o contexto de PE foram realizadas oficinas virtuais.

### **Realização da formação intervenção**

No que se refere a 3ª etapa, para o desenvolvimento da formação-intervenção com a realização do dimensionamento nos hospitais participantes foram realizados 43 encontros virtuais, 18 oficinas e 6 seminários regionais, através dos ambientes virtuais de aprendizagem e tecnologias de comunicação e informação, bem como reuniões semipresenciais.

A apresentação da formação-intervenção para os atores implicados, ocorreu através de oficinas com os representantes do grupo condutor do projeto e das maternidades selecionadas.

A oficina com os atores do primeiro ciclo ocorreu no dia 21 de outubro de 2020, e do segundo ciclo, no dia 20 de janeiro de 2021.

A formação-intervenção apresentou um total de 4 módulos, cada um desses com atividades presenciais, semipresenciais e a distância, o conjunto destas em cada módulo confluem para a elaboração de 4 produtos contemplados nos relatórios finais, a saber:

- 1) *Escopo do Serviço*, um relatório com uma análise sobre o cuidado ofertado pelas unidades participantes e pela rede de atenção à saúde nos territórios, as atividades, capacidade instalada, estrutura física, nós e potencialidades do serviço e da região;
- 2) *Escopo de Práticas dos Trabalhadores*, com definição das profissões, ocupações e atividades que fizeram parte do dimensionamento, nas diversas estações de cuidado do hospital, bem como uma avaliação das práticas de trabalho realizada pelos trabalhadores;
- 3) *Pactuação dos Indicadores e Parâmetros de Força de Trabalho* realizada, através de oficinas com os profissionais da linha de cuidado, com o objetivo de definir a carga horária necessária para atender às demandas do serviço, a partir das atividades pactuadas no módulo anterior, gerando um Relatório Preliminar do Dimensionamento. Vale ressaltar que os indicadores que permitem propor (e analisar) a força de trabalho em horas para os serviços são: horas de trabalho por capacidade instalada, horas de trabalho por atendimento realizado e posto de trabalho. A definição desses indicadores é detalhada no Anexo 1 deste relatório.
- 4) *Plano de Intervenção*, com propostas de ações a serem implementadas para atuação sobre os principais nós e barreiras para o cuidado das mulheres, bebês, puérperas e crianças que utilizam os serviços;
- 5) Análise dos resultados preliminares elaborados até aquele momento, com foco no dimensionamento, processo de trabalho e condições de trabalho. Nessa última etapa, foram sanadas, de forma colegiada, as possíveis divergências e observações dos profissionais durante as etapas anteriores, gerando o *Relatório Final do Dimensionamento da Força de Trabalho*.

Os partícipes foram atores estratégicos na mobilização das equipes e na condução interna das etapas da formação-intervenção na maternidade, devido, a expertise desses profissionais em suas áreas de atuação e pelo conhecimento dos caminhos para coleta de dados, acesso a documentos institucionais, contato com os trabalhadores e atores-chave da região.

A coleta de dados para realização do trabalho contou com: reuniões com atores estratégicos da maternidade e da região; levantamento de dados em registros próprios do serviço, como sistemas de informação, escalas de profissionais, relatórios de produção e relatórios do setor de recursos humanos; grupo focal com representantes das profissões e ocupações que atuam na Linha de Cuidado Mãe-bebê no serviço. Ainda, essas informações somam-se a levantamentos de dados em Sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS), a saber: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Quanto ao recorte temporal, este relatório reflete um conjunto de dados quantitativos referentes ao período de janeiro a dezembro de 2019, no que tange a produção hospitalar. Tal recorte foi selecionado pela equipe devido à atipicidade do ano de 2020 em face da pandemia da Covid-19, com reflexo na dinâmica de convivência e acesso aos serviços de saúde, que foi possível observar nos levantamentos de dados.

Deve-se salientar que o dimensionamento representa a necessidade de horas de trabalho que respondam às demandas de cuidado das pessoas e às necessidades em saúde pactuadas como responsabilidade do serviço hospitalar. Dessa forma, devem ser negociados com os trabalhadores das unidades a serem dimensionadas e ser coerente com os pactos do hospital com o território.

### **Sistematização das contribuições e relatório finais**

Na última etapa, foi contemplada a construção dos relatórios que sistematizam os produtos da formação-intervenção em cada maternidade. Importante ressaltar que em todas as etapas foram realizadas a atualização do site sobre as principais notícias e resumos sobre as ações e a manutenção do ambiente virtual.

### **Resultados**

Os resultados do projeto contemplam: a validação da metodologia de dimensionamento validada como ferramenta para utilização da SES/PE com projeções para a sua institucionalização; programa de formação e materiais didáticos e ferramentas de apoio para a capacitação em dimensionamento de obstetrícia e neonatologia de hospitais de maior porte validados e transferidos à ESPPE e SES, com projeções para a sua réplica posterior; 59 trabalhadores das 6 maternidades e da SES treinados na metodologia de dimensionamento da força de trabalho; relatório da capacidade instalada, escopo do serviço, dos processos de trabalho e do dimensionamento da força de trabalho dos 6 hospitais indicados.

Cabe destacar que a produção de conhecimento sobre metodologia de dimensionamento é resultado do acúmulo do trabalho realizado pela Rede Unida, no período de 2007 a 2019, como demandas dos seguintes órgãos e instituições: Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre no Rio Grande do Sul, Instituto Nacional do Câncer - INCA, sete Secretarias Estaduais de Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS em parceria com a Fundação Hospitalar Centenário de São Leopoldo/RS e Hospital Municipal Getúlio Vargas (HMGV) de Sapucaia do Sul/RS.

Considerando tratar-se de contextos diversos com diferentes características, os trabalhos previamente realizados e aqui relatados, permitiram acúmulo de experiência e um processo de aprendizagem que viabilizou o desenvolvimento do projeto. A principal referência utilizada para a proposição de atividades e formulação do PPP foi o Livro “Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo” (POSSA, et al., 2020).

A partir deste acúmulo, a Rede Unida e a Secretaria do Estado de Pernambuco desenvolveram o projeto para a construção de capacidades gestoras locais e para a formação técnica e pedagógica de profissionais vinculados à gestão do trabalho e à área de cuidado da rede de atenção obstétrica e neonatal precoce, no tema do dimensionamento.

Como perspectiva da educação permanente, esse projeto pretendeu que os trabalhadores do sistema local, partícipes da formação, pudessem aprender, incorporar, (re)formular e, idealmente, formalizar a metodologia como instrumento processual e contínuo das suas atividades de gestão do trabalho, da rede de atenção e dos serviços de saúde. Os resultados e as propostas elaboradas foram apresentados em reunião com a gestão da SES e Hospitais participantes do projeto.

É relevante salientar que o dimensionamento deve constituir-se como um processo permanente e de construção coletiva que responda ao contexto vivido no território, trata-se portanto, de romper com a lógica prescritiva e normativa e reconhecer o dimensionamento como resultante do encontro entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde (POSSA, et al., 2020a).

No que diz respeito às lições aprendidas, considerando a realidade local da SES/PE, foram elaboradas considerações para as seguintes áreas: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Atenção à Saúde e Hospitais-Maternidade participantes.

No que se refere a **gestão do trabalho e da educação em saúde (GTES)** foi evidenciado que havia a possibilidade de ampliar os atendimentos com a capacidade instalada e força de trabalho existente, com algumas exceções pontuais, e com a necessidade de melhor distribuição da força de trabalho.

A partir das discussões realizadas com as equipes foi possível formular algumas proposições quais sejam: a qualificação dos sistemas de informação para a GTES que apoiem o melhor acompanhamento de ausências não programadas, o planejamento de reposições de trabalhadores e a análise das prioridades de intervenção; a organização de comunidade de práticas e publicações para compartilhar conhecimentos e experiências entre as unidades; a implantação e fortalecimento de estratégias e dispositivos de teleconsultoria, teleatendimento e telediagnósticos para o cuidado da mulher e do bebê; manutenção e qualificação da formação de enfermeiras obstetrias e outras especializações para qualificar atenção multiprofissional; apoiar aos hospitais na formulação e implementação de Educação Permanente que considere as suas realidades e ofertar cursos para as questões comuns dos hospitais; acompanhamento a reposição dos trabalhadores considerando metas com o número de pessoas cuidadas e a implementação de boas práticas; revisão de critérios para fechamento de plantão; organização de banco de remanejamento entre os hospitais considerando as necessidades de força de trabalho apontadas (considerar experiências que já acontecem no estado); ampliação da força de trabalho horizontal de diaristas; negociação e ampliação da formação de médicos especialistas nas áreas e regiões em que há falta de profissionais.

Em relação a atenção em saúde sugeriu-se: rever a regionalização do parto considerando as realidades locais, as ofertas e necessidades dos territórios superando a proposta burocrática e normativa de fronteiras; ampliar a oferta nos hospitais de pré-natal de alto-risco e a identificação adequada e oportuna dessas situações pela atenção básica; articular Grupo de Trabalho Permanente da SES/PE que inclua as áreas das diferentes diretorias que tem implicação com o cuidado das mulheres e bebês; (re) organizar o colegiado estadual da rede de atenção às mulheres e bebês e das maternidades – formado pelas equipes de coordenação das linhas de cuidado de cada unidade e as equipes da SES/PE; efetivar equipe de Coordenação da linha de cuidado nos hospitais e atuação de trabalhadores no apoio à gestão e articulação.

No que tange as questões sob governabilidade dos **Hospitais** (com apoio da SES), sugere-se: expandir nos hospitais a atenção para planejamento familiar, direitos reprodutivos e atendimento a mulheres vítimas de violência; priorizar e qualificar a oferta de atendimento de pré-natal de alto risco; (re)organizar colegiados regionais da rede e colegiados participativos no hospital; dar continuidade e ampliar as estratégias de vinculação das gestantes aos serviços; incentivar processos de trabalho que considerem as boas práticas de parto e nascimento; implantar dispositivos de avaliação dos processos de trabalho e de risco; formular e implementar fluxos e protocolos assistenciais; implementar estratégias para redução das taxas de cesárias como meta institucional de avaliação dos trabalhadores.

Analisou-se que todos os hospitais apresentaram possibilidade de aumento dos atendimentos. Em apenas um deles verificou-se que para aumentar o cuidado havia insuficiência de leitos no Pré-Parto, ressaltando-se que a redução da média de permanência amplia a possibilidade de atenção. Considerando o número de partos realizados fora da macrorregião, verificou-se que a prioridade para a ampliação da atenção estava na 2ª Macrorregião do estado. Observou-se que algumas maternidades do interior poderiam expandir suas áreas de abrangência sendo referência para mais municípios, com a necessidade de investimentos pontuais.

A produção coletiva que foi acontecendo ao longo do projeto também tornou possível que as equipes implicadas com o processo de dimensionar força de trabalho sistematiza-se e compartilhasse suas experiências. Estas estão apresentadas nos manuscritos “Os Desafios para o Cuidado de Mulheres e Bebês no Hospital Jesus Nazareno: um olhar sobre as práticas e processos de trabalho”, “Inclusão da Perspectiva dos Trabalhadores para Planejar o Cuidado: um relato de experiência sobre a atenção obstétrica e neonatal de um hospital do sertão pernambucano”

### **Considerações finais**

No desenvolvimento do projeto foi possível promover tessituras entre educação, gestão e trabalho a partir de uma metodologia integrada e multiprofissional, capacitando trabalhadores para realizar leituras de cenário, identificando problemas e propondo soluções no cotidiano de sua prática profissional. O planejamento e o dimensionamento da força de trabalho no SUS foi desenvolvido tendo como foco a resposta as necessidades reais do usuário do sistema, bem como buscou promover a institucionalização do planejamento e dimensionamento da força de trabalho como ferramenta de gestão cotidiana na SES/PE

A SES Pernambuco, apostando nessa institucionalização, criou em 2021 a Gerência de Monitoramento e Dimensionamento de Pessoal e a Coordenação do Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde, que passou a compor a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SEGTES). A agenda da equipe inclui o desenvolvimento do planejamento e desenvolvimento da força de trabalho dos serviços de saúde sob gestão do estado.

A iniciativa aposta no dimensionamento como um retrato da situação atual dos serviços que permite o planejamento da distribuição da força de trabalho entre os cargos e serviços, ou seja, a readequação dos postos de trabalhos a serem criados, alterados ou extintos que deve se dar ao longo tempo considerando as necessidades do momento, mas também as possibilidades de mudanças dos serviços, das práticas, das necessidades e também da composição da força de trabalho.

Os resultados do projeto e as propostas elaboradas foram apresentados em reunião com o Secretário

Estadual de Saúde e representantes das Secretarias Executivas da Gestão do Trabalho e da Educação Em Saúde (SEGTES), da Atenção à Saúde (SEAS) e Regulação em Saúde (SERS), além dos diretores dos Hospitais participantes do projeto em setembro de 2021 através de reunião virtual.

É relevante salientar que o dimensionamento deve constituir-se como um processo permanente e de construção coletiva que responda ao contexto vivido no território, trata-se portanto, de romper com a lógica prescritiva e normativa e reconhecer o dimensionamento como resultante do encontro entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde (POSSA, et al., 2020b).

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 3. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. 2017

FERLA, Alcindo Antônio., GOSCH, Cristiane Scolari., TREPTE, Renata Flores., POSSA, Lisiane Bôer. In: POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio. (Org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1ed.Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p. 11-16.

FREITAS PERINAZZO T. **Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2018.

POSSA, L. B.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho: uma ferramenta-dispositivo para a gestão do trabalho e da educação da saúde. In: POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio. (Org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1ed.Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020a, p. 32-53.

POSSA, L. B.; TREPTE, R. F.; PLENTZ, L. M.; FERLA, A. A.. Planejamento da Força de Trabalho como Tradução de Imagens sobre o Trabalho: teorias, conceitos e movimentos. In: POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio. (Org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1ed.Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020b, p. 17-31.

ZACARIAS A.C.P. Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco. **Fiocruz**, Recife, 2018.



# INCLUSÃO DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES PARA PLANEJAR O CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL DE UM HOSPITAL DO SERTÃO PERNAMBUCANO

*Andresa Lira Silva  
Luiza Maria Plentz  
Hirley Camêlo da Silva  
Laiane Cristina de Marins Barbosa  
Viviane de Souza Brandão Lima  
João Antonio Bezerra Magalhaes Antunes  
Maria Simone Mourato de Oliveira  
Suely Cristina Bezerra de Carvalho  
Fernanda Santos Trajano  
Rafaela Terto Príncipe de Godoy*

## **O cuidado da mulher e do bebê no Hospital**

O Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), localizado no município de Serra Talhada, no Sertão do Pajeú pernambucano, é referência em parto de risco habitual para a XI Regional de Saúde. Oferta assistência à mulher, no ciclo gravídico e puerperal, assim como ao recém-nascido. A instituição oferece também cuidado ambulatorial ao pré-natal de alto risco, programa de planejamento familiar (suspensão temporariamente diante da pandemia da Covid-19), realiza o teste da orelhinha e demais cuidados realizados por equipe multiprofissional.

A unidade disponibiliza atendimento geral de média complexidade, com ambulatórios de ortopedia e cardiologia, e com o avanço da Pandemia de Covid-19 passou a receber usuários acometidos pela doença em unidade de terapia intensiva.

A gestão do serviço, realizada por direção local e de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, vem investindo para a qualificação do cuidado às mulheres e crianças, buscando o fortalecimento do cuidado humanizado e atuando educativamente nas mudanças dos processos de trabalho. Um dos marcos desse investimento foi a chegada das enfermeiras obstétricas. Atualmente, a equipe conta com 17 enfermeiros obstetras que contribuem com a mudança da concepção sobre o parto natural na perspectiva das boas práticas de cuidado obstétrico e neonatal. Outra estratégia foi a busca pela adequação da força de trabalho da equipe multiprofissional do hospital e a implementação de coordenação específica para o setor de obstetrícia, que realiza a articulação de ações e trabalhadores da linha de cuidado mãe-bebê no serviço.

Este relato de experiência, pretende apresentar as estratégias, que, primordialmente, foram realizadas para o dimensionamento da força de trabalho da equipe de obstetrícia e neonatologia do Hospital,

porém, com o decorrer do processo, mostraram-se potentes para a transformação das práticas e dos processos de trabalho da linha de cuidado mãe-bebê. Sobre o planejamento e ações voltadas a essas transformações que versa este trabalho.

O grupo responsável pelas articulações, análises e construções aqui descritas, é composto por profissionais vinculados à gestão do trabalho e às áreas de cuidado da rede hospitalar de atenção obstétrica e neonatal precoce da SES/PE e da maternidade do HOSPAM. A iniciativa faz parte da “Formação-intervenção em Metodologia de Análise dos Serviços, Processos de Trabalho, Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Maternidades”, articulada entre SES/PE, Organização Pan-Americana de Saúde e Associação Brasileira da Rede UNIDA e visa contribuir com a construção e qualificação de capacidade gestora local para o desenvolvimento de análises dos serviços, dos processos de trabalho e do planejamento e dimensionamento da força de trabalho, especificamente da atenção obstétrica e neonatal precoce.

## **Metodologia**

Os partícipes da formação-intervenção mobilizaram diversos encontros virtuais, oficinas e seminários, através dos ambientes virtuais de aprendizagem e tecnologias de comunicação e informação, bem como reuniões semipresenciais, para o desenvolvimento da intervenção que foi realizada em quatro módulos tendo como base a proposta metodológica formulada por Possa et. al. (2020):

1. **Escopo e Capacidade Instalada do Serviço:** no qual foram debatidos os aspectos do cuidado à mãe e ao bebê no SUS; compreendido e explicitado o papel da maternidade no território e sua relação com a rede de atenção à saúde; descritos os processos de trabalho das equipes em cada unidade e a força de trabalho existente; organizado diagnóstico das potências e dos principais desafios do serviço; e levantada a capacidade instalada, atenção produzida e força de trabalho existente.
2. **Escopo de Práticas dos Trabalhadores:** a partir de aplicação de questionário (Anexo 1) e oficinas junto aos trabalhadores foram identificadas e sistematizadas quais as atividades seriam de responsabilidade de cada profissional, em cada uma das etapas da linha de cuidado mãe-bebê. Além disso, a partir das respostas aos questionários, foram caracterizadas as situações-problema relacionadas à Modelagem tecnoassistencial/aspectos do cuidado; Insumos e equipamentos; Ambiência/estrutura física; Força de Trabalho; Educação permanente e Gestão.
3. **Indicadores e Parâmetros da Força de Trabalho:** neste módulo ocorreram atividades paralelas que envolveram a escolha dos parâmetros para a realização do dimensionamento, e a elaboração do plano de intervenção sobre o problema central selecionado através da análise das situações-problema categorizadas e debate sobre o diagrama da árvore de causas e consequências relacionadas.
4. **Dimensionamento da Força de Trabalho:** o módulo inclui as etapas de validação dos resultados preliminares e construção do relatório final de dimensionamento. Porém, a mobilização da equipe sobre o plano de intervenção, fez com que os partícipes continuassem planejando e debatendo estratégias para o enfrentamento ao problema-central selecionado no módulo anterior. Dessa forma, este módulo também articulou atividades paralelas, porém complementares, que envolveram tanto o dimensionamento como o debate sobre os processos de trabalho no serviço.

Os resultados desse caminho metodológico serão apresentados e debatidos nos tópicos seguintes.

## **O itinerário das usuárias e usuários na linha de cuidado mãe-bebê do HOSPAM**

Linhas de cuidado são a principal estratégia para a organização e implantação de percursos seguros dos usuários nos serviços de saúde, cuja construção deve incluir a articulação entre processos institucionais e o escopo de ação dos serviços, as práticas dos profissionais e os fluxos assistenciais (VENÂNCIO; ROSA; BERSUSA, 2016). Esta organização deve ser desenvolvida tanto no interior das instituições como na relação entre os pontos de cuidado de uma rede de atenção à saúde.

O itinerário terapêutico refere-se à busca de cuidados em saúde e procura descrever os caminhos que são percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionar os problemas de saúde. Enfatizando que o itinerário não se limita apenas na identificação dos pontos de atenção e disponibilidade dos serviços ofertados, mas também é relacionado às necessidades e características dos usuários (GERHARDT, 2006).

As portas de entrada para a atenção materno-infantil no hospital são a urgência e emergência, encaminhamento pela atenção básica e ambulatório do pré-natal de alto risco. Essas mulheres chegam a unidade por ambulância dos municípios, quando encaminhadas; por transporte próprio, corpo de bombeiros ou a pé, quando demanda espontânea; encaminhadas pelo ambulatório de alto risco do HOSPAM; por ambulância dos hospitais, quando reguladas pela central de leitos.

As usuárias têm origem nos dez municípios da XI região de saúde e comunidades quilombolas e indígenas da regional, por demanda espontânea ou encaminhadas, também existem as que vêm de estados circunvizinhos, como Paraíba, Ceará, Bahia, por demanda espontânea e municípios de outras regiões do estado a partir da regulação de leitos.

## **A construção do escopo do serviço**

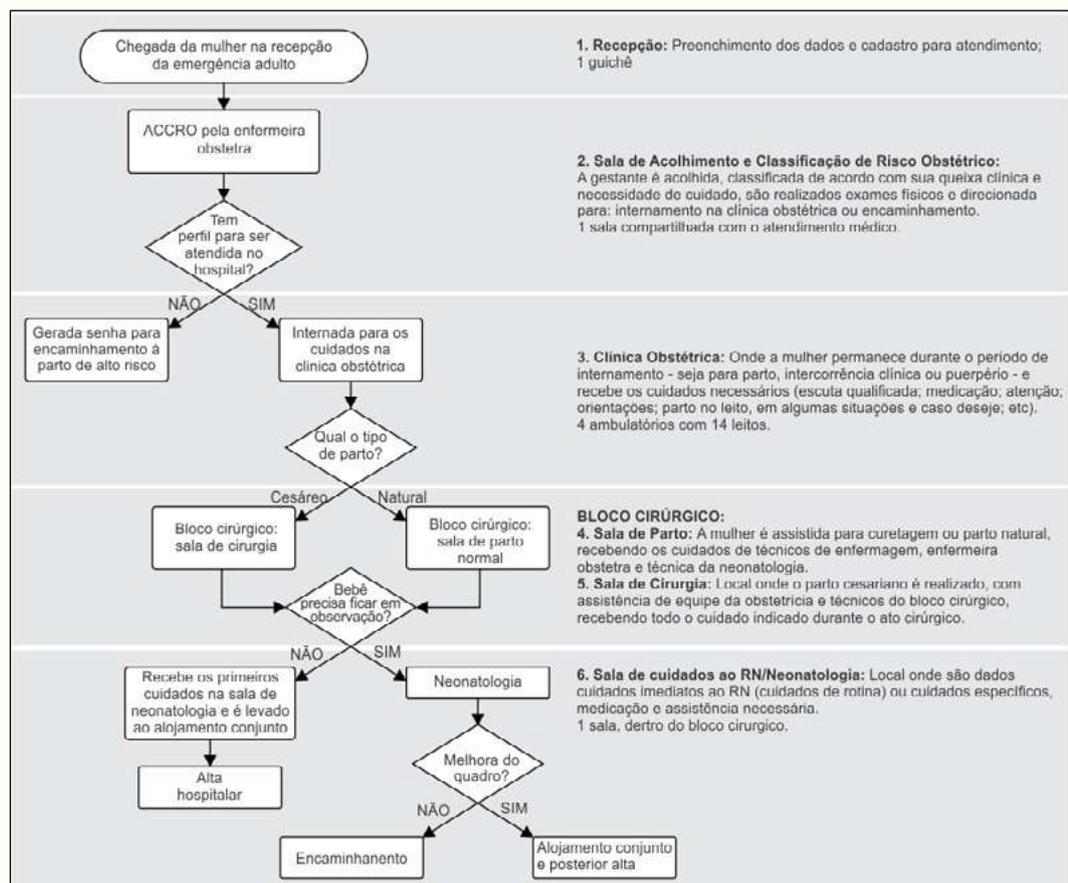
Definir o escopo do serviço é essencial para qualificar o cuidado às gestantes, puérperas e bebês. Requer delimitação e afinidade com as demandas dos territórios de responsabilidade, proposições das modelagens tecnoassistenciais, construção das necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, análise sobre a história e estrutura dos serviços existentes, proposição de organização da rede de atenção e, por fim o pacto sobre o escopo do(s) serviço(s) a ser(em) dimensionado(s). (POSSA, 2020)

A construção dos fazeres e saberes que estarão sob a responsabilidade da unidade deve ser resultado da articulação do conjunto do sistema, nas regiões de saúde e na rede de atenção, ou seja, dos demais pontos que compartilham as responsabilidades pelas respostas às necessidades de saúde das pessoas no território em questão. Desta forma, trata-se de produção coletiva que proponha a oferta de atenção, gestão, educação e participação que o serviço tem ou deveria ter como responsabilidade no território (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O escopo do HOSPAM foi definido em encontro com os profissionais da linha de cuidado mãe-bebê e equipes de profissionais que atendem a todo o hospital, como por exemplo o laboratório, onde foram debatidos os fluxos na unidade e itinerários das usuárias, com ênfase na construção coletiva das práticas realizadas e fluxograma analisador a partir da experiência em loco.

O fluxograma analisador é uma ferramenta de análise dos fluxos e das ações tomadas a partir da demanda do usuário. É um instrumento que permite a identificação de “nós” e falhas nos fluxos de trabalho e pode, a partir da reflexão, contribuir para novas tecnologias que melhorem a qualidade do serviço prestado (MERHY, 2007).

Pode-se refletir e criar fluxos que orientem e passem maiores informações às Unidades, em especial nos processos em que se identifiquem os maiores problemas, viabilizando um olhar mais reflexivo e menos crítico nessas falhas ao perceber-se o trabalho do outro no fluxograma analisador (BRANCHI, 2010).



Fonte: Elaboração dos autores.

O HOSPAM apresenta integração de algumas clínicas ao longo da linha de cuidado mãe-bebê, onde, conforme demonstrado no fluxograma, a gestante dá entrada ao hospital através da recepção de emergência adulto (posto 1), seguindo para a sala ACCRO (posto 2), onde é acolhida e triada por enfermeiro obstetra, nesse posto de trabalho também é realizado atendimento clínico com o obstetra plantonista, caso necessário. Se preciso a gestante fazer uso de medicação ou ficar em observação, o processo é feito no leito obstétrico, sendo modificado esse fluxo apenas se não houver disponibilidade no momento, onde a mesma é encaminhada para sala de medicação/observação da emergência adulto.

Após o acolhimento, a gestante segue para o internamento na clínica obstétrica (posto 3), que conta com três enfermarias de alojamento conjunto, durante seu período de internação existe a possibilidade de realização de exames laboratoriais, com apoio do laboratório próprio da unidade, entretanto, caso seja necessária ultrassonografia, a gestante é levada a clínica de imagem, conveniada com o SUS; apesar de existir equipamento para ultrassom obstétrica, os obstetras não estão, no momento, capacitados para utilizá-lo.

Na condução do processo de parto ou em situação de curetagem, a mulher é levada ao bloco cirúrgico, onde existe a sala de parto natural (posto 4), mesma sala que é realizada a curetagem, ou a sala de cirurgia (posto 5). Um dos nós críticos relatados durante oficina com os profissionais é a grande incidência de cesarianas eletivas, pois a cultura de parto cesáreo muito forte, com uma grande pressão de políticos, familiares da paciente e a própria gestante exercem uma pressão para que seja conduzido dessa forma, além do pré-natal por vezes induz a gestante a procurar parto cesáreo.

Apesar desse entrave, a equipe aponta a chegada das enfermeiras obstétricas como uma potencialidade pois é possível perceber um incentivo a mudança dessa concepção sobre o parto natural, fortalecendo um cuidado mais humanizado e atuando educativamente, para sensibilização dos envolvidos, um trabalho de “formiguinha”. O aumento do quadro de obstetras do hospital, com plantões completos por dois profissionais, também foi indicado como facilitador do processo de trabalho, pois agora é mais fácil dividir as atribuições e exercer melhor as atividades.

Após o parto o bebê tem o primeiro contato com a mãe e logo depois é levado à neonatologia (posto 6) onde recebe os primeiros cuidados, caso necessário é chamado o pediatra de plantão para uma avaliação, que definirá se o bebê vai ao alojamento conjunto ou permanece na sala de neonatologia para ser assistido pela técnica.

Nos últimos meses foi identificado, pela equipe, aumento do fluxo de atendimento de outros municípios, fora da regional ou até mesmo do estado, com as pacientes chegando sem senhas ou sem encaminhamentos (posto 1 e 2), sendo esse um dos principais nós relatados na oficina, principalmente no fim de semana com grande número de gestantes parindo, sobrecarregando equipe e requisitando mais insumos e leitos do que era esperado. Ainda existe a dificuldade de comunicação para referência e contra referência junto aos municípios de origem dessas mulheres, mesmo no fluxo regular de atendimento (posto 3 e 6).

Essa mesma dificuldade de comunicação é relatada pelo ambulatório de alto risco, ambulatório que referencia os dez municípios da XI região de saúde e funciona todas as segundas-feiras. A falta de exames para pré-natal de alto risco e apoio dos municípios as gestantes de alto risco, como facilitação de transporte, nos casos intermunicipais, contra referência quando retornam ao território e falta de entendimento dos municípios sobre o que é a gestante de alto risco e o cuidado que necessita.

### **A construção do plano de intervenção**

Os partícipes, tutores e orientadores de aprendizagem construíram no segundo módulo da formação-intervenção, como um dos produtos para esse momento, uma lista de situações problemas presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, a partir de questionário preenchido por 79 profissionais da linha de cuidado mãe-bebê da unidade. Posteriormente, para as situações problemas que surgiram foi realizado um exercício de objetivação das mesmas, a partir dos seguintes critérios: grau de impacto/relevância, urgência em resolver esse problema, importância para os atores-chave do território, governabilidade do hospital para o respectivo problema.

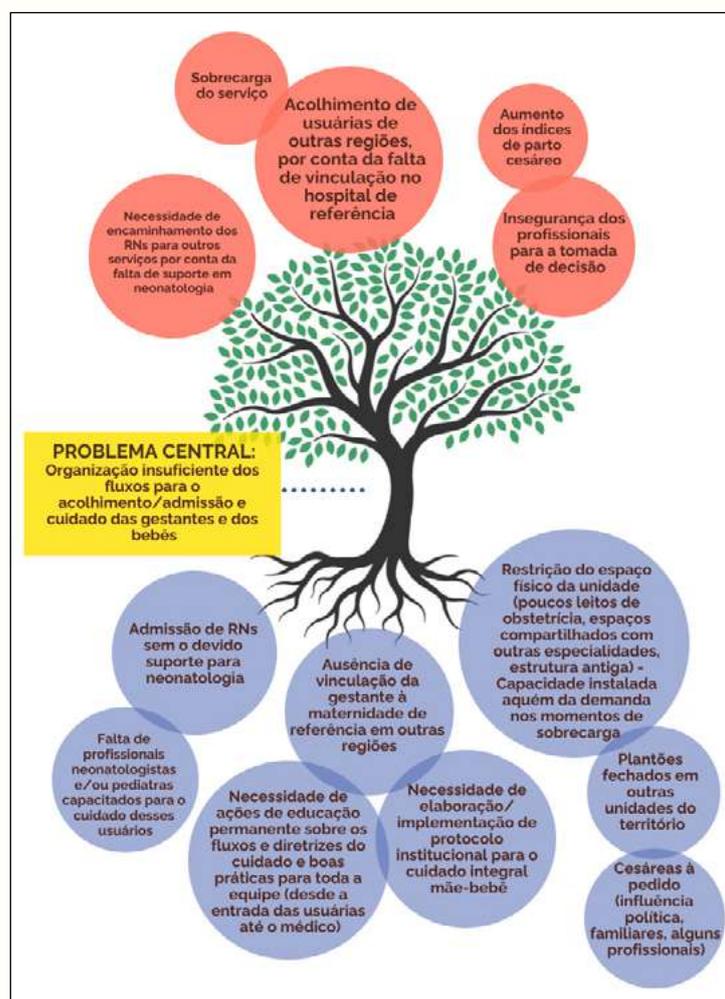
Dessa forma, o problema priorizado pelo grupo foi a “Organização insuficiente dos fluxos de acolhimento/admissão e cuidados das gestantes e dos bebês”. Tal situação problema passou pelo tratamento metodológico da “Árvore de Causas e Consequências”, desenvolvido, por sua vez, pela Organização das

Nações Unidas como técnica participativa que tem como objeto de discussão uma situação problema real, buscando encontrar as relações causais entre problema central, causas e efeitos/consequências.

Diante disso, para o problema central proposto na objetivação encontramos três causas principais: Necessidade de encaminhamento dos RNs para outros serviços por falta de suporte em neonatologia; Acolhimento de usuárias de outras regiões, por falta de vinculação no hospital de referência; Insegurança dos profissionais para a tomada de decisão. Tal cenário se reflete em três consequências principais, a saber: Admissão de RNs sem o devido suporte para neonatologia; Ausência de vinculação da gestante à maternidade de referência em outras regiões; Restrição do espaço físico da unidade (poucos leitos de obstetrícia, espaços compartilhados com outras especialidades, estrutura antiga) - Capacidade instalada aquém da demanda nos momentos de sobrecarga. Salienta-se que essas causas e consequências centrais se desdobram em causas e consequências periféricas inter-relacionadas às primeiras (Figura 1).

Desse modo, os produtos aqui apresentados foram estruturados como um movimento do grupo para, a partir da análise do processo de trabalho e das práticas, produzir a sistematização de possíveis intervenções que possam fazer frente às fragilidades levantadas pelo grupo como causas da respectiva situação- problema central.

Figura 2 – Árvore de causas e consequências do problema identificado no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, 2021.



Fonte: oficina de construção da árvore de causas e consequências do problema identificado. Elaboração própria. 2021.

## Objetivos e ações do plano de intervenção

Após análise da árvore de causas e consequências e debate sobre o problema central, foi definido o objetivo principal do plano de intervenção, sendo ele “Organizar e qualificar a linha de cuidado mãe-bebê do HOSPAM a partir da atualização de protocolos de acolhimento humanizado, assistencial, fortalecendo a horizontalidade dos cuidados voltado às mulheres e bebês do território”. Para alcançar o objetivo geral foram definidos objetivos específicos e ações respectivas, sendo eles discutidos a seguir.

Avaliar, debater, e pactuar e implementar fluxos de referência e contrarreferência, objetivo ratificado por Menozzi (2013) que afirma este sendo o principal elemento para a integração das redes de atenção à saúde é um sistema de referência e contrarreferência efetivo, cuja execução permita mecanismos de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de RCR entre os serviços, maior a eficiência e eficácia desse sistema. As ações propostas elencadas foram: Retomar reuniões do grupo condutor regional da Rede Cegonha e realizar reuniões com a rede de atenção à saúde para implementação dos fluxos de referência e contrarreferência.

Elaborar e implementar protocolo institucional para o cuidado integral mãe-bebê, objetivo que tem como ações a formação de um grupo de trabalho, sensibilização dos profissionais sobre a necessidade de institucionalizar as boas práticas de cuidado à mulher e ao bebê, realizar oficinas de estruturação e discussão dos protocolos obstétricos e pediátricos e construir indicadores de acompanhamento da implementação dos protocolos.

Segundo Mattos (2006), a integralidade é uma noção cheia de sentidos, polissêmica, sendo correlatos e articulados entre si, uma vez que surgiram em um mesmo contexto de luta. Atribuindo à integralidade como modo de organizar as práticas de saúde, voltado para a articulação entre assistência e prática e com ações horizontalizadas, favorecidas pela construção de protocolos institucionais para atingi-las.

Ampliar as ações de educação permanente sobre os fluxos e diretrizes do cuidado e boas práticas para toda a equipe, desde a entrada das usuárias até a alta e continuidade do cuidado, objetivo justificado por Medeiros et al. (2016), que teve por objetivo analisar a assistência obstétrica prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) em um hospital de ensino no estado de Mato Grosso depois da inclusão de ações de educação permanente junto a equipe de obstetrícia. Os resultados sugerem que essa inserção contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento, o que foi evidenciado pela redução de intervenções, como a episiotomia e as cesarianas. Além disso, houve incentivo ao uso de práticas que não interferem na fisiologia do processo parturitivo, gerando bons resultados perinatais.

Definindo como ações, para alcançar esse objetivo, estabelecer planejamento de cronograma semestral de atividades e monitoramento, Identificar as necessidades de Educação permanente da instituição, Desenvolver formação em serviço para os profissionais sobre o processo decisório da via de parto, implantar espaços de discussão do processo de trabalho dos profissionais na linha de cuidado da mulher, bebê e criança, Planejar a carga horária de Educação permanente e certificação das atividades.

Fortalecer a longitudinalidade do cuidado dos usuários e a comunicação com os usuários/familiares, profissionais e gestão da unidade, que consiste no acompanhamento do usuário ao longo do tempo,

na qual se espera uma relação terapêutica que envolve a responsabilidade por parte do profissional de saúde e a confiança por parte do usuário, através de vínculo terapêutico e continuidade do cuidado por meio de apoio a equipe de plantonistas (BARICATI, 2016).

Para tal foram pensadas duas ações, sendo elas debater com a SES a fixação de profissionais diaristas na unidade para Fortalecer a Horizontalização da escala de profissionais que possam realizar a gestão do cuidado dos usuários e a comunicação com os usuários/familiares, profissionais e gestão da unidade e fortalecer a coordenação da linha de cuidado da mulher, bebê e criança, com reuniões colegiadas, participação das diversas profissões, linhas de apoio técnico, diagnóstico, de educação e administrativo.

Promover ações de educação em saúde, criação de vínculos e participação social junto à população sobre as boas práticas, funcionamento da RAS e linha de cuidado mãe bebê. Conforme Zampieri traz as ações de educação em saúde e vinculação da gestante ao hospital de referência, conforme as diretrizes da Rede Cegonha, favorecem uma atenção ao parto mais qualificada, assim como uma assistência à gestante e sua família mais adequada.

Para atingir o objetivo foi delimitado pelos participantes a retomar Projeto Nascer Bem no Hospam com roda de diálogo, incluindo a equipe multiprofissional de cuidado, tendo o objetivo de realizar a vinculação ao serviço, dialogar sobre o processo gravídico-puerperal e cuidados com RN, ouvir as demandas e angústias das gestantes, levar apoio e orientações acerca de seus direitos; Instituir grupo de mobilizadores; mapear os espaços de discussão do território regional/municipal com potencial para essa atividade; Definir “planos de educação popular em saúde” norteador das discussões com a população e mobilizar espaços de mídias audiovisuais para parceria.

Outro ponto relativo às orientações da Rede Cegonha, diz respeito à ambiência das maternidades, tópico apontado também enquanto objetivo específico “Promover a discussão e busca pela adequação da ambiência da maternidade”. No texto das Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (BRASIL, 2016), tem-se que a ambiência deve favorecer autonomia para prosseguir com o trabalho de parto fora dos centros cirúrgicos, tendo a segurança de um ambiente hospitalar e o acolhimento de um ambiente domiciliar, utilizando-se de medidas alternativas, não invasivas e livres de fármacos.

A realização de encontros locais para mobilização dos profissionais e gestores, exclusivos e para além da linha de cuidado e serviço hospitalar, para pautar a necessidade de ambiência do serviço em espaços decisórios estaduais; Estruturar uma proposta local de ambiência e realizar reuniões com gestores da SES para discutir o processo de ambiência da maternidade foram as ações propostas para atingir o objetivo.

A manutenção do painel de monitoramento dos indicadores da linha de cuidado atualizado, também foi apresentando como objetivo específico, onde o estabelecimento de parceria com o serviço de epidemiologia do HOSPAM, definindo plano de trabalho; reunião para planejamento da estrutura, frequência de atualização, responsabilidade por atualização e divulgação do Painel de indicadores.

Os Indicadores selecionados para a primeira etapa são: Taxa de partos cesáreos, Origem das pessoas cuidadas; Número absoluto e Taxa de mortalidade materna; Taxa de ocupação da maternidade; Taxa de Apgar > 7 no 5º minuto; Taxa de acompanhante de livre escolha; Taxa de contato imediato de pele a pele efetivo; Aleitamento materno na 1ª hora de vida; Média de permanência hospitalar; Taxa de preenchimento do partograma.

Nesse contexto, as mudanças almejadas ao HOSPAM perpassam no processo de ensino-aprendizagem para o SUS a reflexão e transformação da interface ensino-serviço, visando a uma articulação teoria-prática harmoniosa e valorizando os cenários práticos como indutores e produtores de conhecimentos (ANTUNES, 2017).

Sendo o último objetivo específico a “Potencializar a integração ensino-serviço-comunidade, através de iniciativas que envolvam as instituições de ensino, estudantes e profissionais do HOSPAM”, onde são elencadas a identificação das demandas que podem ser pautadas com as instituições de ensino para qualificação da integração e corresponsabilização dos estudantes e profissionais com o trabalho no SUS; Participar das reuniões da CIES (Comissão Intergestora de Ensino e Serviço) e dimensionar a equipe do núcleo de educação permanente com carga horária adequada e profissionais para o acompanhamento e gestão das atividades de educação permanente dos trabalhadores e da integração ensino-serviço-comunidade.

A dicotomia entre a formação e a produção dos cuidados em saúde é atenuada quando o processo de integração ensino-serviço ocorre de forma efetiva entre docentes, estudantes e profissionais de saúde, com o foco voltado para o usuário. Ainda que os desafios para superação do antigo modelo de educação em saúde sejam evidentes, o deslocamento do ensino para o contexto do SUS tem direcionado o processo de ensino-aprendizagem às necessidades sanitárias da população. (VASCONCELOS, 2016).

Para cada objetivo específico e respectivas ações designadas foram definidos, junto aos partícipes, prazos, responsáveis, responsáveis pela colaboração e acompanhamento, resultados esperados e recursos necessários para a execução.

## Considerações Finais

Levando em consideração as causas do problema central, foram definidos os objetivos do plano de intervenção que busca, em seu cenário ideal, dirimir as consequências negativas à saúde da mulher, criança e bebê. Dessa forma, cada objetivo específico se desdobra em um conjunto de ações a serem desenvolvidos de forma compartilhada entre os atores, prioritariamente do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães e profissionais da XI Gerência Regional de Saúde.

O Plano de Intervenção apresenta estratégias voltadas à pactuação de fluxos para o cuidado mãe-bebê na unidade, como uma das etapas para a mobilização dos profissionais da unidade hospitalar para dirimir as consequências do problema central selecionado. Ainda, nessa perspectiva foram sistematizadas como estratégias de intervenção: A busca por horizontalização do cuidado para qualificar a gestão da clínica; ações de educação permanente sobre os fluxos de atendimento e protocolo assistencial a ser implementado. A descrição das diversas intervenções, de acordo com os objetivos específicos, está consolidada no Quadro 1.

As ações propostas para o plano de intervenção apresentam um espectro amplo de objetos, objetivos, ações e metas, o que requer a necessidade de uma equipe que tenha aderido à proposta, tanto para conduzir as etapas do plano quanto para a mobilização de colaboradores de outros espaços e ambientes de cuidado para a participação.

A instituição vem apostando em mudanças gestão da linha de cuidado mãe-bebê, na ambiência e mobiliário, e, conseqüentemente em alguns fluxos, a saber: (1) Foram adquiridas camas PPP para a obstetrícia, que estão dispostas na enfermaria de alojamento conjunto e sala de parto. Sabe-se que o ambiente do alojamento conjunto não é o ideal para a realização do pré-parto e parto, porém, buscando garantir essa oferta de cuidado, tendo em vista a limitação espaço físico, são utilizados biombos para que os leitos sejam também utilizados como PPP, prevendo a preservação da privacidade das usuárias; (2) Em relação à ambiência, foi realizada o redimensionamento da sala de parto, com nova disposição do mobiliário, buscando conferir mais conforto e privacidade à parturiente (foto do antes e depois no Anexo 1); (3) Foi trocada a maca ginecológica do consultório médico da obstetrícia pela maca que estava na sala de parto, em melhor condição de uso, e também modificada a posição da mesma que antes estava direcionada para a porta de entrada da sala. Além disso, foram instaladas prateleiras na sala citada, buscando organizar os materiais e insumos que anteriormente não tinham um espaço adequado para guarda. (4) A partir do mês de março a linha de cuidado passou a ser coordenada por uma Enfermeira Obstétrica, que vem buscando incentivar melhorias para o cuidado mãe-bebê e realizar a gestão da equipe de forma compartilhada.

Em relação às demais estratégias propostas no plano de intervenção, sugere-se que elas possam ocorrer de forma gradual e propositiva. Inicialmente pode-se implantar as ações que demandam menores recursos de tempo, que a equipe apresente expertise na discussão e que tenha impacto imediato na dinâmica de cuidado, como por exemplo o objetivo *Elaborar protocolo institucional norteador das boas práticas obstétricas e pediátricas*, tal objetivo não demanda recursos financeiros elevados, a equipe apresenta expertise para discutir e propor na temática, ainda, com possibilidade de impacto positivo imediato no cuidado demandado.

Destarte, diante do caráter cooperativo interfederativo do Sistema Único de Saúde no qual os recursos técnicos, assistenciais e de gestão, e financeiros caminham em um fluxo ascendente, descendente e de forma transversal entre união, estado e municípios, deve-se entender o plano de intervenção como uma estratégia mobilizada e disparada pelos atores implicados. Todavia, com a necessidade de participação e responsabilização de atores das demais esferas de governo e de instituições regionais, visando alcançar o objetivo de fortalecer a qualidade do cuidado à mulher, bebê e criança no Hospital.

Nesse sentido, destaca-se a Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Integração de Ensino e Serviço (CIES) e a Escola de Governo em Saúde Pública do estado de Pernambuco, como instituições regionais e estaduais que podem se somar nas atividades de mobilização, condução, e implantação do plano de intervenção.

O plano de intervenção se caracteriza como um sistematizador das ações a serem implantadas pelos atores estratégicos da linha de cuidado da mulher, bebê e criança, visando dirimir os principais nós a uma dinâmica de cuidado orientada para as melhores práticas com base em evidências científicas, com comunicação franca entre a equipe, em um ambiente em constante adaptação estrutural para uma ambiência adequada a um público, que por sua vez, goze cada vez mais da autonomia no processo de cuidado. Trata-se de enfrentar coletivamente o desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato.

## Referências

- ANTUNES J. M.; DAHER D. V.; FERRARI M. F. M. Preceptorial como locus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. **Rev Enferm UFPE**. 11(10):3741-8, 2017.
- BARICATI, C. C. A. **A Longitudinalidade Do Cuidado Na Atenção Básica à Luz Da Experiência Dos Usuários Com Hipertensão Arterial**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- BRANCHI, A. Z. **O uso do fluxograma analisador na compreensão dos processos comunicativos em um serviço de APS**. 2010. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n. 11. p. 2449-2463, 2006.
- POSSA, L. B. et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. **Rede Unida**, Porto Alegre, 168 p, 2020.
- MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª edição. **Editora Hucitec**, São Paulo, 2007.
- MENOZZI, K. A. B. S. **O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde**. 2013. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: **ABRASCO**, 2006. 184p.
- MEDEIROS, R. M. K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 69(6), 1091-1098, 2016.
- VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E. FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**. 20(56):147-58, 2016.
- VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 113-135, 2016.
- ZAMPIER, M. F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto - Enferm**. 19(4):719-727, 2010.



# REDE CEGONHA: O QUE OS INDICADORES MOSTRAM SOBRE A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO?

*Janaina Ramos dos Santos  
Lílian Silva Sampaio de Barros  
Maria Eduarda Moraes Pacheco  
Maria Lúcia Xavier de Barros Viana  
Régia Maria Batista Leite  
Roseane Leite Lopes  
Sísia Valeska de Melo Silva  
Vanessa Alves de Souza*

## Introdução

Compreende-se a Rede Cegonha como uma estratégia programática adotada pelo Ministério da Saúde (MS) voltada para cuidados que garantam à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério, e à criança, até os dois anos de vida, o direito ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011<sup>a</sup>). Dentre os indicadores de saúde que implicam diretamente na condição de saúde desta população e na avaliação da assistência prestada destaca-se: a Mortalidade Materna e a Mortalidade Infantil (AGUEMI, 2021). A adequação da assistência ao pré-natal e o tipo de parto são outros indicadores importantes para análise da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b). Em 2015 a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a utilização do Grupo de Robson para avaliar e comparar as taxas de cesariana em todo mundo (OMS, 2015).

Nos últimos anos, o Brasil vem realizando o monitoramento destes indicadores com mais intensidade, ao mesmo tempo em que promove a implementação de ações para melhorar os resultados da atenção às mulheres e às crianças. Esses esforços têm repercutido em discreta melhora deste cuidado em relação aos anos anteriores. Entretanto, o país não alcançou as metas pactuadas para redução da mortalidade materna estabelecida nos Objetivos do Milênio e permanece atuando para alcançar resultados pactuados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (SOUZA, 2011; PNUD, 2021). É expressiva a redução da mortalidade infantil, contudo, a morte no componente neonatal teve uma diminuição mais discreta (LIMA et al., 2020).

No estado de Pernambuco a organização da Rede Cegonha foi pactuada no mesmo ano da publicação da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Como etapa seguinte, os planos de ação regionais foram acordados nas 12 Regiões de Saúde (ZACARIAS, 2018). A adesão e negociação ocorreu a partir do diagnóstico da rede materna e infantil e das necessidades estadual e regionais, tendo como base os planos municipais de saúde.

Os planos de ação (PA) requeridos na etapa de vinculação à Rede Cegonha “são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos

recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação” do programa (BRASIL, 2011b, p. 1). Nos PA foi estipulado que os municípios seriam os responsáveis pela assistência ao pré-natal e ao parto de risco habitual de suas munícipes, incluindo os exames necessários para esse atendimento. A assistência ao parto de alto risco, exames de alta complexidade e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foram definidos como de responsabilidade estadual (ZACARIAS, 2018).

O Ministério da Saúde (MS), desde a implantação da Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e ampliar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, foi instituído o mecanismo para o monitoramento e avaliação do impacto da organização desta rede, financiamento disponibilizado e das ações previstas, a partir de indicadores propostos na portaria Nº 650/2011. A primeira etapa ocorreu nos anos de 2014 e 2015 e foram definidos indicadores da atenção primária e assistência ao parto. Tais indicadores foram: acolhimento e classificação de risco, direito ao acompanhante de livre escolha da gestante, contato pele a pele entre a puérpera e o recém-nascido, taxa de ocupação dos leitos obstétricos de referência de alto risco. Em 2017, na segunda etapa, foram avaliados os indicadores prioritariamente coletados nas maternidades, que são: acolhimento em obstetrícia e classificação de risco; boas práticas na atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto; monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; gestão participativa; e ambiência da maternidade (AGUEMI, 2021).

Para Aguemi (2021, p. 782), na primeira etapa da avaliação, “a ampla divulgação desta avaliação mobilizou e estimulou os responsáveis das maternidades a promoverem mudanças necessárias em seus serviços”, ou seja, a avaliação implicou em mudanças, sendo esse um dos objetivos da avaliação. Portanto, é fundamental que os principais indicadores de saúde voltados para a assistência à mulher e ao recém-nascido sejam monitorados e que através deles os gestores planejem ações que proporcionem a melhora do sistema de saúde.

A Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011 contém 31 indicadores. Entretanto, o MS, até o ano de 2017, não havia incorporado a avaliação de todos, ou seja, mesmo após dois ciclos de avaliação da Rede Cegonha não foram esgotados todos os critérios propostos no referido documento. No entanto, considerando o processo avaliativo desenvolvido até o ano 2017, esse manuscrito pretende analisar alguns dos resultados da Rede Cegonha na V Região de Saúde de Pernambuco, entre os anos de 2015 e 2019.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo de indicadores da atenção materno-infantil na V Região de Saúde de Pernambuco no período de 2015 a 2019. Foram utilizados dados secundários provenientes dos Sistemas de Informação de Saúde/Estatísticas Vitais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) quais sejam: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH). A população estudada foram os residentes dos municípios da V Região de Saúde de Pernambuco. Esta Região de Saúde possui sede administrativa no município de Garanhuns e é composta por 21 municípios, com uma população de 534.793 habitantes (PERNAMBUCO, 2011).

Do SINASC, foram extraídos os seguintes dados: o número total de nascidos vivos e as taxas de cesárea e parto normal, a adequação do pré-natal (Quadro 1) e o Grupo de Robson (Quadro 2).

No SIM, foram selecionadas as informações sobre óbitos infantis e óbitos maternos e no SIH foram identificados os casos de sífilis congênita.

Os óbitos infantis (em menores de um ano) foram categorizados em: mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos de 0 a 6 dias de vida), mortalidade neonatal tardia (de 7 a 27 dias de vida) e mortalidade pós-neonatal (de 28 dias a 1 ano de vida). As informações sobre a mortalidade materna foram apresentadas em número absoluto.

Para avaliação do pré-natal utilizou-se o escore de Kotelchuck (KOTELCHUCK, 1994) adaptado para inclusão das mulheres que não realizaram pré-natal (LEAL et al., 2014). O índice avalia o número de consultas de pré-natal, baseado no mês de início e na proporção de consultas realizadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento (Quadro 1).

*Quadro 1: Índice de adequação do pré-natal*

Grupos	Atributos
Não realizou PN	Mulheres que não fizeram consulta pré-natal durante a gestação
Inadequado	Gestantes que iniciaram o pré-natal após o terceiro mês de gestação e aquelas que, embora tenham iniciado o pré-natal até o terceiro mês de gestação, fizeram menos de três consultas
Intermediário	Gestantes que iniciaram os cuidados pré-natais antes ou durante o terceiro mês e fizeram de três a cinco consultas
Adequado	Gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram seis consultas.
Mais que adequado	Gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram sete consultas ou mais

Fonte: SINASC/DATASUS/2015-2019

A classificação proposta por Robson (2001), denominada sistema de classificação em dez grupos de Robson (RTGCS), objetiva descrever grupos clinicamente relevantes de mulheres submetidas à parto cirúrgico. Os dez grupos são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, ou seja, todas as mulheres podem ser classificadas, porém cada mulher enquadra-se somente em um desses grupos (VERÍSSIMO et al., 2013).

A classificação de Robson baseia-se nas seguintes variáveis: paridade, cesariana anterior, idade gestacional, indução do parto, relação temporal entre realização de cesárea e o início do trabalho de parto, apresentação fetal e número de fetos, combinadas de acordo com o exposto no Quadro 2.

## Quadro 2- Descrição dos Grupos de Robson

Grupos	Atributos
1	Nulípara, gestação única, apresentação cefálica, >37 sem, trabalho de parto espontâneo
2	Nulípara, gestação única, apresentação cefálica, >37 sem, com indicação de cesariana pré-trabalho de parto
3	Múltipara, sem cesariana prévia, gestação única, apresentação cefálica, >37 sem, com trabalho de parto espontâneo
4	Múltipara, sem cesariana prévia, gestação única, apresentação cefálica, >37 sem, com indicação de cesariana pré-trabalho de parto
5	Múltipara com cesariana prévia, gestação única, apresentação cefálica, > 37 semanas
6	Todos os partos pélvicos em nulíparas com gestação única
7	Todos os partos pélvicos em múltiparas, incluindo as que tem cesárea prévia
8	Todas as gestações múltiplas, incluindo as com cesariana anterior
9	Todas as gestações com situações transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesariana prévia
10	Todas as gestações com feto único, apresentação cefálica <36 sem, incluindo aquelas com cesárea prévia

Fonte: Robson, 2001.

A pesquisa não necessitou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa por trabalhar com dados secundários, disponibilizados na rede mundial de computadores, conforme preconizado pela Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e Discussão

As informações sobre a adequação das consultas de pré-natal estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Adequação de consultas de pré-natal, V Região de Saúde de Pernambuco, 2015 – 2019

Ano	Sem PN		Inadequado		Intermediário		Adequado		Mais que adequado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2015	25	0,29	1.920	22,36	494	5,75	582	6,78	5.564	64,81
2016	18	0,23	1.692	22,08	428	5,59	542	7,07	4.982	65,02
2017	20	0,26	1.683	21,51	434	5,55	537	6,86	5.152	65,83
2018	18	0,22	1.629	19,82	365	4,44	498	6,06	5.708	69,46
2019	25	0,32	1.433	18,27	340	4,33	443	5,65	5.603	71,43
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>0,26</b>	<b>8.357</b>	<b>20,82</b>	<b>2.061</b>	<b>5,13</b>	<b>2.602</b>	<b>6,48</b>	<b>27.009</b>	<b>67,29</b>

Fonte: Autoras a partir de informações do SINASC/DATASUS/2015-2019

Verificou-se que o percentual de pré-natal considerado mais que adequado vem aumentando gradativamente, passando de 64,81% em 2015 para 71,43% em 2019. Somando-se os critérios adequados e mais que adequado, os percentuais ultrapassam mais de 70% em todos os anos analisados. Entretanto, constatou-se valores ainda elevados de pré-natal categorizado como inadequado, com percentuais que variaram entre 22,36% em 2015 a 18,27% em 2019. Nesse período houve uma cobertura de 99,98%, significando que quase a totalidade das mulheres realizou pelo menos uma consulta de pré-natal.

Na Rede Cegonha a assistência pré-natal é um importante componente para identificar os fatores de risco na gravidez, para a tomada de decisão e, conseqüente, para o acompanhamento das mulheres conforme estratificação de risco gestacional. O compartilhando da assistência pré-natal entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e do alto risco obstétrico é fundamental para a garantia do cuidado qualificado.

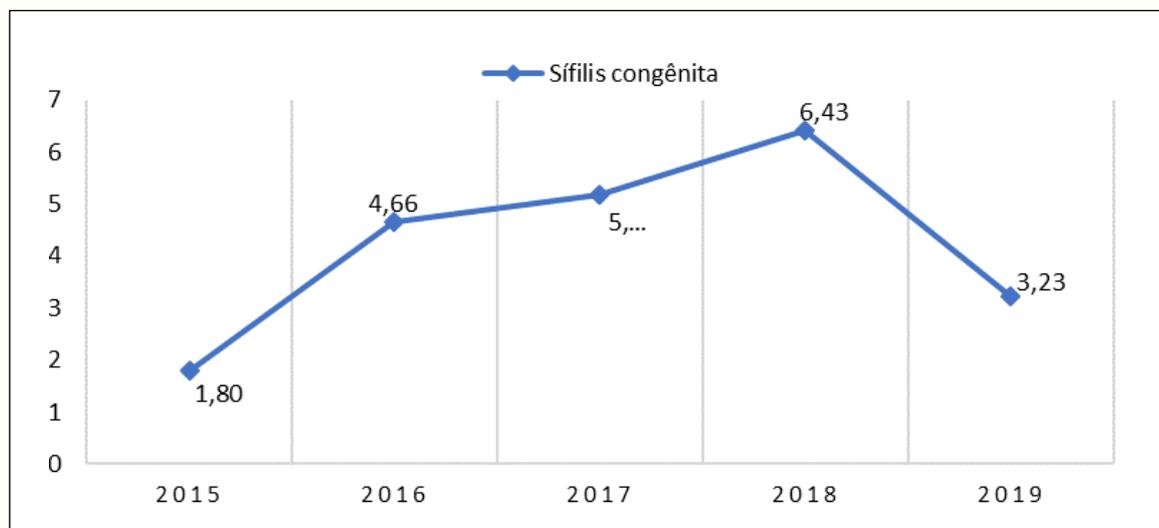
A cobertura do pré-natal no Brasil é praticamente universal, tendo alcançado 98% em 2017 (BRASIL, 2017). Porém, apesar disto, estudos têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (VIELLAS, 2014). Vale destacar que desde o ano de 2016 o MS incluiu o Pré-Natal do Parceiro como uma forma de aproximar os homens do serviço de saúde durante o acompanhamento da gestante, ampliando ainda mais o escopo de atuação do profissional de saúde nesse atendimento (HERMANN, 2016).

Estudo realizado por Tomasi et al. (2017), em todos os municípios do Brasil, destacou que 89% de mulheres adscritas às equipes das UBS tiveram o pré-natal categorizado como adequado, utilizando os critérios do índice de Kotelchuck. Entretanto, ao incluir dados sobre situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, procedimentos de exame físico, orientações fornecidas e exames complementares realizados, a frequência de pré-natal adequado caiu para 15%. Sob essa perspectiva, é possível inferir que mesmo que o número de consultas durante o pré-natal seja considerado adequado, sua qualidade pode estar do ideal, considerando-se as diretrizes definidas pelo MS.

Além disso, quando se avalia as características sócio demográficas das mulheres em relação a proporção de pré-natal adequado, são evidenciadas importantes diferenças raciais e regionais. As Regiões brasileiras com as menores prevalências de pré-natal adequado são as Regiões Norte e Nordeste e adicionalmente, o índice de Kotelchuck modificado mostrou, nas categorias “adequado” e “mais que adequado”, valores mais elevados entre as mulheres brancas se comparadas às pardas e negras (LEAL et al., 2005).

O Gráfico 1 apresenta a incidência de sífilis congênita (SC) por 1.000 Nascidos Vivos (NV).

Gráfico 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita (por 1.000 NV) na V Região de Saúde de Pernambuco, 2015-2019.



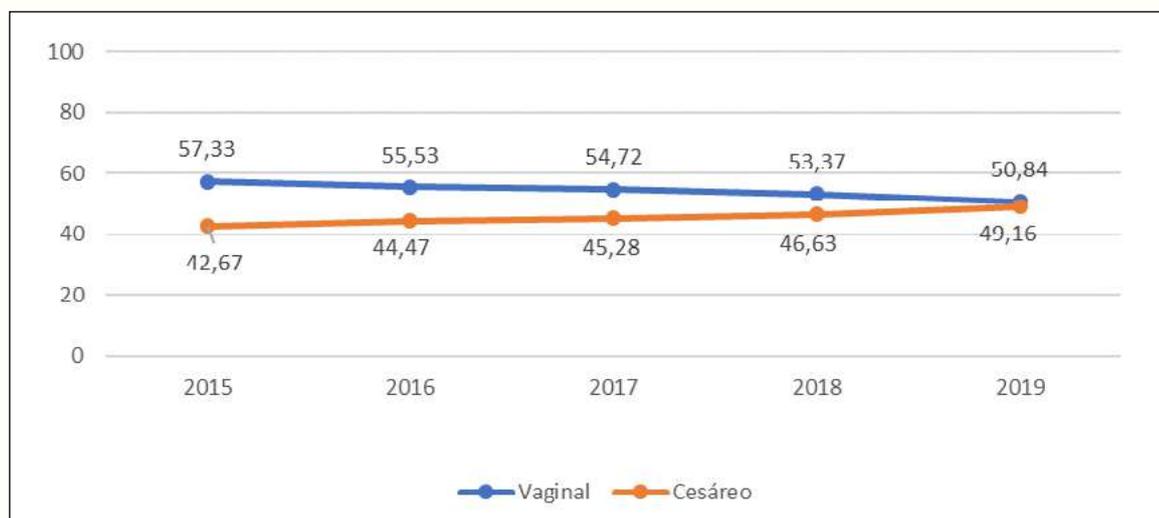
Fonte: Autoras a partir de informações do SINASC/DATASUS/2015-2019

Houve aumento progressivo de casos de SC nos anos de 2015 à 2018 (1,8 a 6,43). No entanto, no ano de 2019 houve queda em comparação ao ano anterior, com redução de aproximadamente 50%, apresentando neste ano 3,23 casos por 1000 NV. Este valor é seis vezes maior que o recomendado pela OMS, 0,5 caso por 1.000 NV (OPAS, 2015).

Domingues et al. (2013) definem a SC como um evento sentinela da assistência pré-natal, tendo em vista que pode ser evitado por ações de saúde eficazes. A investigação retrospectiva dos casos é fundamental para que se obtenha informações sobre a assistência prestada e para propor medidas pertinentes para a sua qualificação.

A proporção de partos vaginais e cesarianos realizados na V Região de Saúde de Pernambuco no período de 2015 a 2019 está apresentada no Gráfico 2.

Gráfico 2: Proporção de partos vaginais e cesarianos realizados na V Região de Saúde, de Pernambuco em 2015 – 2019



Fonte: Autoras a partir de informações do SINASC/DATASUS/2015-2019

Verificou-se que o percentual de partos vaginais foi superior aos partos cesáreos em todos os anos analisados. No entanto, percebe-se uma tendência de declínio progressivo desta proporção no período analisado, resultado do aumento da realização de cesarianas.

Desde 1985 a OMS considera aceitável/desejável uma taxa de cesarianas de 10 a 15% com evidências de que um número acima dessa taxa não contribui para a redução de morbimortalidade materna e perinatal. Ainda que essa faixa de referência tenha sido ajustada para 25-30% no Brasil devido a características da população, considerando-se, por exemplo, o elevado número de cesarianas prévias (OMS, 2015), é nítido que os resultados encontrados neste estudo superam o recomendado e observou-se ainda o aumento do número de partos cirúrgicos. Neste cenário se faz necessário estudos que identifiquem as causas deste fenômeno.

Segundo Freitas et al. (2005), no contexto brasileiro, o índice de partos cesáreos é maior em mulheres com maior poder aquisitivo, de etnia branca e que foram atendidas em hospitais particulares. Esta análise é corroborada por Domingues et al. (2014) que constatou que a taxa de cesárea quando desagregada para a saúde suplementar e para o SUS é de 90% e 45%, respectivamente.

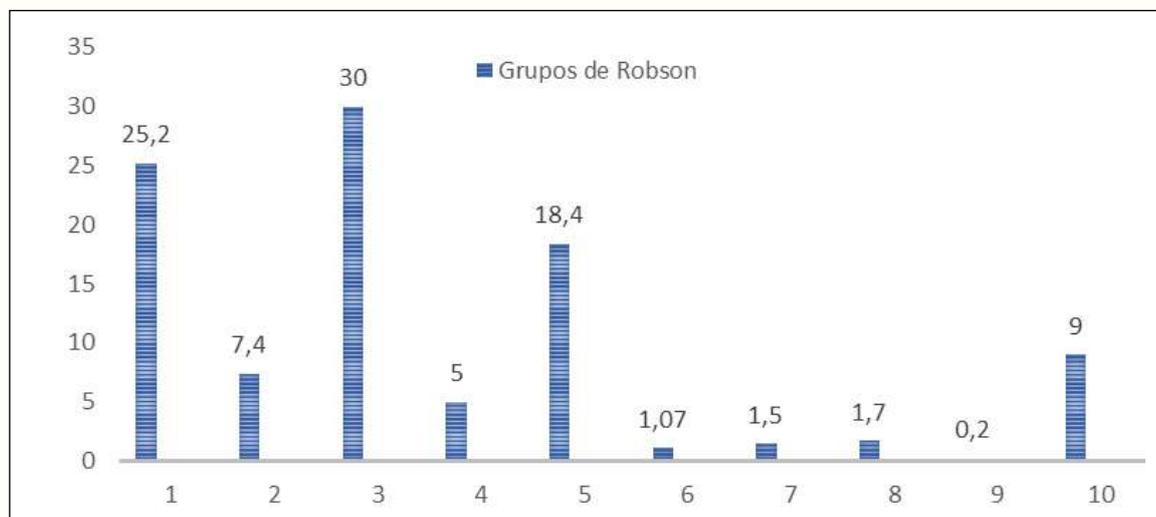
A tendência de crescimento das cesarianas não é recente no Brasil e ocorre desde o final do século XX. Houve um aumento na incidência de cesáreas nos atendimentos particulares, de 68,3% em 1986<sup>a</sup> 81,8% em 1995, naqueles financiados por planos de saúde, de 69,1% em 1986 a 77,9% em 1995. Em contrapartida, houve redução destas taxas na assistência prestada pelo SUS, de 38,7% em 1986 a 32,1% em 1995. A incidência de cesárea aumentou à medida que se elevou o padrão social das gestantes, não havendo correspondência com o risco obstétrico (YAZLLE et al., 2001).

A cesariana eletiva, sem indicação clínica, impacta negativamente nos desfechos em saúde materna e neonatal, acarretando o aumento de histerectomias, disfunções geniturinárias, transfusão sanguínea, internação em UTI, asfixia neonatal, entre outras conseqüências a curto e longo prazo (GELLER, 2010). Além das implicações clínicas, no caso de cesarianas eletivas indicadas para gestantes de risco habitual, há aumento do tempo de permanência hospitalar como resultado da morbimortalidade atribuídas a realização deste procedimento (ENTRINGER, 2019).

Nos últimos anos, com a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, há uma pauta emergente em favor da mudança do modelo de assistência ao parto, por meio do incentivo de práticas que elevem a satisfação da parturiente. Entretanto, essas transformações ainda não ocorrem numa intensidade que permita impactar os resultados do cuidado as mulheres (KLUTHCOVSKY et al., 2019; SILVA et al., 2019).

O Gráfico 3 exhibe os dados a cerca das indicações de cesáreas, segundo classificação de risco epidemiológico proposta por Robson (Quadro 2).

Gráfico 3 – Contribuição de cada grupo para a taxa global de cesarianas (%) na V Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2015-2019.



Fonte: Autoras a partir de informações do SINASC/DATASUS/2015

Observou-se que os grupos 1, 3 e 5 representaram a maior proporção de cesarianas em todos os anos analisados, com destaque para o grupo 3. Os grupos que corresponderam ao menor índice de cesarianas no período foram 9, 6, 7 e 8. O grupo 9 apresentou o menor valor absoluto.

A implementação de medidas eficazes para diminuição das taxas de cesariana nos diversos serviços obstétricos exige, inicialmente, a identificação de quais grupos de mulheres são mais submetidas a esse procedimento. Para esse propósito, diversos sistemas de classificação têm sido propostos, porém a falta de um padrão que seja universalmente aceito tem prejudicado as tentativas de caracterizar o aumento nas taxas de cesariana (FERREIRA, 2015).

A decisão sobre a indicação de cesárea e o conhecimento sobre suas consequências pelos profissionais da assistência obstétrica deve ser embasada em evidências científicas. As taxas de cesáreas não devem ser julgadas isoladamente. É necessário considerar outros resultados e as características epidemiológicas das gestantes (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013). Um estudo realizado por Kindra (2017) em uma maternidade na cidade de Curitiba constatou o predomínio de mulheres submetidas às cesáreas classificadas nos Grupos de 1 a 5 (87,4%), portanto, de gravidez a termo com gestações unifetais e feto em posição cefálica. Destes, houve predomínio do Grupo 5, mulheres com histórico de cesárea anterior, representando 30% do total das mulheres analisadas. A autora ressaltou, ainda, a necessidade de investigar por que nulíparas que entraram em trabalho de parto espontâneo na maternidade (Grupo 1) foram submetidas à cesárea, sendo neste estudo, o terceiro grupo mais frequente.

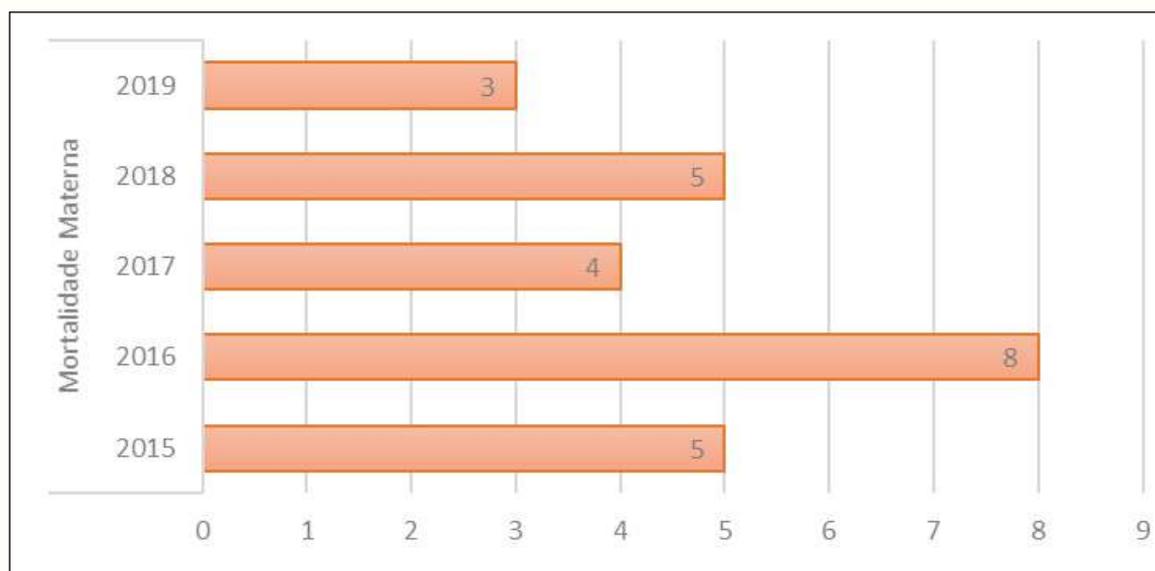
No estudo de Chong, Su e Biswas (2012), ao aplicarem a Classificação de Robson em um hospital de Singapura, os autores identificaram que o Grupo 5 foi aquele que mais contribuiu para as taxas de cesáreas. Os autores sugerem que sejam tomadas medidas para aumento de partos vaginais, principalmente nos Grupos 1 e 2, pois estes grupos implicam, no futuro, na redução do número de mulheres grávidas com histórico de cesáreas prévias (Grupo 5).

As principais medidas para evitar cesáreas concentram-se: no Grupo 1, reduzindo-se a incidência de distócia ao conseguir uma ação uterina eficiente; no Grupo 2, limitando-se a incidência de indução e cesárea no pré-trabalho de parto; e no Grupo 5, encorajando-se as mulheres submetidas à cesárea anterior a aguardarem o trabalho de parto espontâneo. (ROBSON; HARTIGNAN; MURPHY, 2013).

Nos grupos de 6 a 10 são incluídas mulheres que, em princípio, não deveriam ser atendidas em maternidades de risco habitual, por envolverem, por exemplo, situações como mulheres nulíparas ou múltiparas, com feto em apresentação pélvica, em situação transversa ou oblíqua, gravidez múltipla, e idade gestacional inferior a 37 semanas (KINDRA, 2017). Os grupos 6 e 7, relativo a mulheres cujos fetos encontram-se em apresentação pélvica, elevam o número de cesáreas, porém estes grupos não são, os casos mais relevantes para reduzir a taxa global de cesárea, considerando a experiência na atenção ao parto pélvico (VERÍSSIMO et al., 2013).

Em relação à mortalidade materna, observa-se que no período compreendido entre 2015 e 2019 ocorreram 25 óbitos (Gráfico 4). O ano que apresentou o maior número foi 2016, com 8 óbitos, representando 32% do total.

Gráfico 4 – Mortes maternas em números absolutos na V Região de Saúde, em 2015-2019.



Fonte: Autoras a partir de informações do SIM/DATASUS/2015-2019

O número de mortes maternas é um excelente indicador da realidade social e econômica de um país, pois reflete a qualidade da assistência à saúde, as iniquidades de gênero e étnico-raciais, as desigualdades regionais, a determinação política e a situação do sistema de saúde pública (OMS, 2015).

Apesar dos pequenos números de óbitos maternos observados na V Região de Saúde, quando analisados sob a ótica de que o óbito materno obstétrico ocorre em consequência de causas quase sempre evitáveis (95% de evitabilidade) (FARIAS et al., 2012) As 25 mortes maternas que ocorreram nessa Região de Saúde de Pernambuco foram por causas evitáveis ou provavelmente evitáveis, sendo que as desordens hipertensivas e suas complicações figuraram como a principal causa. Isto posto, esses números são inaceitáveis.

Significativa parcela das mulheres tem demora no seu atendimento, o que resulta em atenção prejudicada tanto para a detecção precoce das complicações quanto para o acesso às intervenções apropriadas. Estes aspectos dificultam o processo de coordenação entre os níveis de atenção do sistema de saúde (PACAGNELLA et al., 2018).

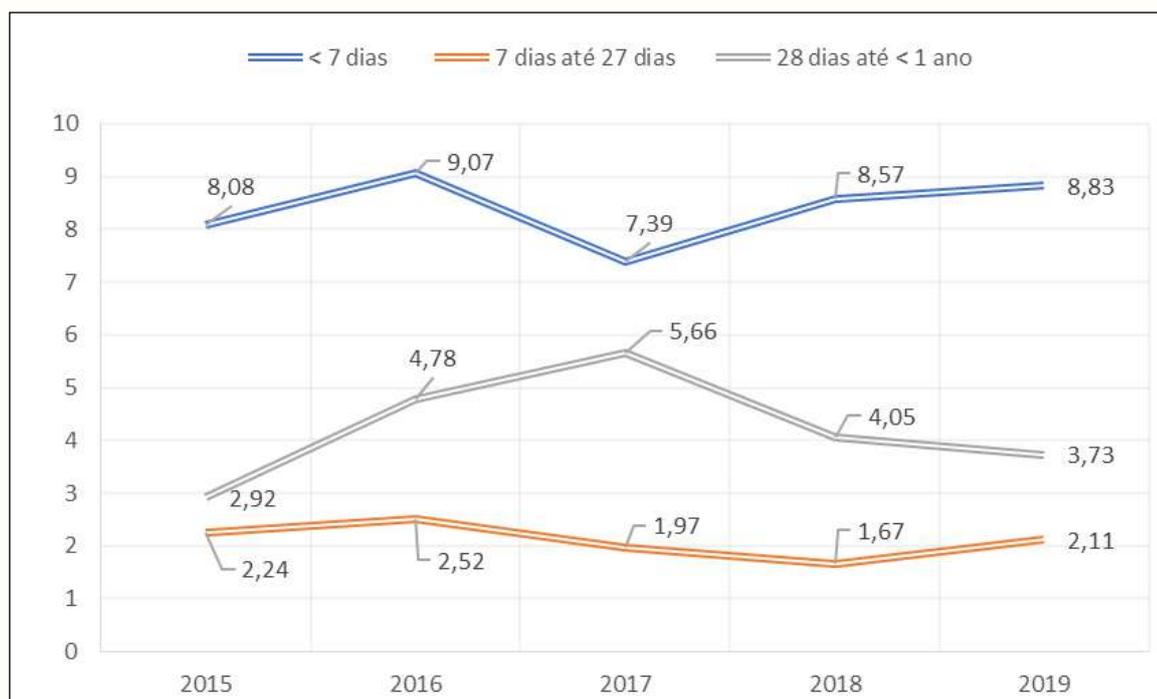
Alves (2007) utilizou uma classificação de adequação do pré-natal através do método da Pesquisa de Mortalidade na Educação Reprodutiva (RAMOS), com base em declarações de óbito de mulheres de idade reprodutiva cadastradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade local, e ratificou a associação entre o cuidado inadequado e maior mortalidade materna.

Diversos estudos consideram a morte de mulheres com gestação de risco como um marcador de falhas sucessivas, desde à falta do diagnóstico até a vinculação entre o pré-natal e o local do parto (PETERSEN et al., 2019; SZWARCOWALD et al., 2014; ELMUSHARAF et al., 2017; VEJA et al., 2017). A ausência dessa vinculação faz com que, em muitos casos, a mulher procure atendimento no momento do parto/aborto em local sem condições de atendê-la, passando por múltiplas transferências (CARVALHO et al., 2020).

A longa trajetória para encontrar o local para parir é considerada um fator de aumento da morbimortalidade materna. A peregrinação da gestante antes do parto, que consiste na busca por atendimento em mais de um serviço de saúde, aumenta drasticamente os riscos de intercorrências e complicações na parturição (MENEZES et al., 2006; SILVA; ALMEIDA, 2015).

O Gráfico 5 apresenta as taxas de mortalidade infantil. Observou-se que as maiores taxas de mortalidade ocorreram no componente neonatal precoce (menor de 7 dias de vida).

Gráfico 5: Taxa de mortalidade infantil dividida nas categorias (neonatal precoce – < 7 dias; neonatal tardia – 7 a 27 dias; e pós neonatal – 28 dias a 1 ano) na V Região de Saúde, nos anos de 2015-2019.



Fonte: as autoras a partir de informações do SIM/SINASC/DATASUS/2015-2019

A Rede Cegonha tem como objetivo garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A APS estruturada e organizada para os cuidados específicos dessa população é fundamental (BATISTA; CRUZ, 2015).

Sabe-se que ações de cuidados adequados no pré-natal e aos neonatos no pós-parto imediato, tais como, a avaliação clínica eficiente, boas práticas de higiene, detecção precoce de infecção, ressuscitação neonatal, uso de surfactantes e/ou assistência ventilatória, suporte nutricional, além do incentivo à amamentação, dentre outros, têm papel relevante na redução da mortalidade neonatal (GOLDENBERG, MCLURE, 2015).

As altas taxas de cesáreas, os coeficientes de mortalidade infantil e o número de mortes materna evitáveis, identificados nesta pesquisa, apontam para o comprometimento da qualidade da atenção no pré-natal e na assistência ao parto, na V Região de Saúde de Pernambuco.

### Considerações finais

Este estudo analisou alguns indicadores da saúde materno-infantil na V Região de Saúde no período de 2015-2019 e verificou que quase a totalidade das gestantes tiveram acesso a pelo menos 1 consulta de pré-natal, sendo que mais de 70% tiveram o pré-natal classificado como adequado e mais que adequado, de acordo com o índice de Kotelchuck.

Para analisar a qualidade da assistência pré-natal, utilizou-se o coeficiente de incidência de SC. Observou-se o aumento deste coeficiente no período de 2016-2018 com uma diminuição em 2019. Entretanto, o resultado ainda está distante da meta recomendada pela OMS, sinalizando que maiores recursos devem ser destinados para a qualificação do pré-natal, uma vez que este é um agravo que pode ser evitado por ações de saúde eficazes.

Considerando a proporção de partos cesáreos e vaginais foi possível constatar que a V Região de Saúde de Pernambuco segue a tendência nacional de aumento dos partos cirúrgicos. Tal conclusão torna imprescindível a investigação da indicação das cesarianas, já que este procedimento comprovadamente aumenta a morbimortalidade materna quando realizado sem indicação precisa. Os resultados da classificação de Robson, que avalia a necessidade de cesariana, mostrou que os grupos em que os partos cirúrgicos foram mais frequentes foram o 1, 3 e 5. Estes alertam para o fato de que nulíparas de risco habitual e múltiparas sem cesariana prévia, ambas em trabalho de parto espontâneo, foram submetidas à cesarianas desnecessárias.

No que concerne à mortalidade materna, verificou-se que os óbitos maternos ocorreram devido a causas evitáveis, o que significa que pode estar ocorrendo diversas falhas na assistência pré-natal, incluindo a identificação de doenças infecciosas, tratáveis na gestação, como por exemplo, a sífilis. Além do controle de doenças crônicas e dificuldades do manejo de doenças desenvolvidas na gestação.

A respeito da mortalidade infantil foram identificadas oscilações ao longo do período analisado e o componente neonatal precoce foi o mais expressivo em relação ao total, revelando a necessidade de melhoria na assistência pré-natal e no momento do pós-parto imediato.

Este estudo tem como limitação o uso de dados secundários, disponíveis nos Sistema de Informação Nacional, o que restringe a análise a alguns indicadores do cuidado materno infantil. São necessários estudos mais aprofundados para descrever tanto os resultados da atenção oferecida quanto os fatores que causam esses desfechos.

## Referências

- AGUEMI, Adalberto Kiochi.. Indicadores maternos para monitorar hospitais da Rede Cegonha: uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 26, n. 3, pp. 781-787, 2021.
- ALVES, Sandra Valongueiro. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? **Reprod Health Matters** 2007.
- BATISTA FILHO, Malaquias; *et al.* A saúde das crianças no mundo e no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 4, p. 451-454, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União 2017.
- \_\_\_\_\_. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011**. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, e sobre o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_, PNUD. **Desenvolvimento humano e IDH, 2019**; disponível em: <http://www.Pnud.org.br/idh/>. Acesso em 27 de junho de 2021.
- \_\_\_\_\_. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.
- CARVALHO, Patrícia Ismael. Et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2019185, 2020.
- CHONG, Cheryl; *et al.* Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 12, p. 1422-1427, 2012.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. (sup), p. S101-S116, 2014.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.
- ELMUSHARAF, Khalifa; *et al.* Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2017.
- ENTRINGER, Aline Piovezam.; *et al.* Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1527-1536, 2019.
- FARIAS, Diogo Ruffo; *et al.* Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 18-25, 2012.
- FERREIRA, Elton Carlos. **Utilização do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson para partos na investigação da morbidade materna grave**. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, p. 23. 2015.
- FREITAS, Paulo Fontoura; *et al.* Social inequalities in cesarean section rates in primiparae, Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005.
- GELLER, Elizabeth; *et al.* Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. **American journal of perinatology**. V. 27, n. 9, p. 675-683, 2010.

GOLDENBERG, Robert; *et al.* Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. **Matern Health Neonatol Perinatol**. V. 22, n. 3, 2015. Doi: 10.1186/s40748-014-0004-z. PMID: 27057321; PMCID: PMC4772754.

HERMANN, Angelita; *et al.* **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il. Bibliografia: f. 52. 2016. [http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf). Acesso em: 14 jul. 2021

KINDRA, Tereza. Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; *et al.* Tendência e fatores associados às cesarianas no Brasil e Unidades da Federação entre 2001-2015. **O Mundo da Saúde**, v. 43, n. 4, p. 1044-1063, 2019.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**, 1994; 84:1414-20.

LEAL, Maria do Carmo; *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl 1, p.17-47, 2014.

LEAL, Maria do Carmo; *et al.* Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LIMA, Suzanne Santos; *et al.* Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, e00039719, 2020.

MENEZES, Daniela ContageSiccardi; *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sessionid=66BD17B264B63D078D2C83EFD8EF712E?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sessionid=66BD17B264B63D078D2C83EFD8EF712E?sequence=3). Acesso em: 05 jul. 2021.

PACAGNELLA, Rodolfo Carvalho; *et al.* Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, p. 501-506, 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (OPAS). **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas (Update)**. Washington DC: Pan American Health Organization; 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**, 2011.

PETERSEN, Emily; *et al.* Vital signs: pregnancy-related deaths, United States, 2011-2015, and strategies for prevention, 13 States, 2013-2017. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** [Internet]. 2019.

ROBSON, Michael S.; *et al.* M. Methods of achieving and maintaining appropriate caesarean section rate. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 27, n. 2, p. 297-308, 2013.

ROBSON, Michael S. Can we reduce the caesarean section rate? **Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 15, n. 1, p. 179-194, 2001.

SILVA, Andréa Lorena Santos; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 07-19, 2015.

SILVA, Aline Palermo.; *et al.* As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Londrina, v. 24, n. (sup.), p. 1 -9, 2019.

SOUZA, João Paulo. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro. V. 33, n. 10, p. 273-279, 2011.

SZWARCWALD, Célia Landmann; *et al.* Estimation of maternal mortality rates in Brazil, 2008-2011. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. (Supl.1), p. 1-12, 2014.

TOMASI, Eliane; *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017.

VEJA, Carlos Eduardo Pereira; *et al.* Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.e00197315, 2017.

VERISSIMO, CA, *et al.* Implementation of the 10-group Classification System: understanding caesarean section. **Acta Obstetricia e Ginecologia**,Port, v. 7, n. 1, p. 3-7, 2013.

VIELLAS, Elaine Fernandes; *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, sup. P. 585-600, 2014.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes;*et al.*Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 202-206, 2001.

ZACARIAS, Amanda Correia Paes. **Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco**. [Monografia de Residência] Recife: [s. n.], 2018. 27 p. il.<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28144/2/2018Zacarias-acp.pdf>.



# A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA: ANÁLISE COMPARADA DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE EM PERNAMBUCO

*Lisiane Boer Possa*

*Luiza Maria Plentz*

*Natália Sevilha Stofel*

*Carlos Eduardo Antoniete de Souza*

*Angélica Araújo de Menezes*

*Vitória D'Avila Pedroso*

*Cleonúcia Vasconcelos*

*Rosangela da Costa Lima*

## Introdução

Desde os anos 1980, várias ações e políticas públicas voltadas para a atenção materna e infantil vêm sendo instituídas e tiveram grande importância nas transformações do quadro epidemiológico brasileiro. A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2011 que teve como objetivo implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gestação, parto e puerpério, e às crianças(,) o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A atenção de qualidade é fundamental para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e não deve ser vista como medicalização e/ou uma ação médico-privatista (OCCHI et al., 2018). A atenção ao binômio mãe e bebê neste período é singular e de grande importância familiar, cultural e social, cuja qualificação está relacionada à atenção multiprofissional e humanizada, e consiste numa temática considerada de suma relevância do ponto de vista da construção das sociedades, da garantia dos direitos humanos e de saúde expressa em diferentes fóruns e pactos internacionais.

A mortalidade materna e neonatal também são importantes indicadores de desenvolvimento econômico e social, das condições de vida e da qualidade dos serviços, pois são sensíveis às condições socioeconômicas e às políticas públicas de um determinado país ou RE. Além disso, os números elevados de morte dessa população configuram-se como graves violações aos direitos humanos das mulheres e crianças, pois, na maioria das vezes, constituem-se em mortes evitáveis pelo acesso a sistemas e serviços de saúde em tempo oportuno (DINIZ, 2009).

A redução desses indicadores tem sido pauta em espaços internacionais e nas esferas governamentais locais, além de objeto de políticas e programas voltados à saúde da mulher e da criança. A Organização das Nações Unidas (ONU), visando promover uma vida saudável e o bem-estar para todos, formulou, no ano de 2015, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que abrangem os principais temas de saúde,

incluindo a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil. O Brasil, com vistas atingir esses objetivos, tem formulado diretrizes para a atenção às mulheres e aos bebês (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Considerando esse cenário, a relevância da qualificação do cuidado às mulheres e bebês e a necessidade de avaliação das políticas públicas, o objetivo deste artigo foi descrever e analisar a implantação da RC no Estado de Pernambuco (PE), segundo regiões (REs) e macrorregiões (MRs), levando em conta o acesso ao pré-natal, a regionalização da atenção ao parto, as taxas de cesárias, de mortalidade materna e neonatal precoce, tardia, pós-neonatal e infantil.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de indicadores da atenção materno-infantil no Estado de PE, Brasil. Este é pertencente à Região Nordeste do país, apresenta uma população estimada em 9.616.621 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). Divide-se geopoliticamente em quatro MRs e 12 REs de saúde que orientam a organização da rede regionalizada de atenção, a saber: a 1ª Macrorregião (1ª MR), Metropolitana, abrange as REs de Recife, Limoeiro, Palmares, Goiana; a 2ª Macrorregião (2ª MR), Agreste, é composta pelas REs de Caruaru e Garanhuns; a 3ª Macrorregião (3ª MR), Sertão, conta com as REs de Arcoverde, Afogados de Ingazeira e Serra Talhada; e a 4ª Macrorregião (4ª MR), Vale do São Francisco e Araripe, divide-se nas REs de Salgueiro, Petrolina e Ouricuri.

As fontes de dados utilizados neste estudo foram os Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), nos anos de 2011 a 2018, e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) nos anos de 2011 a 2019. Os períodos foram estipulados conforme a disponibilidade dos dados nestes sistemas por ocasião da realização deste estudo. A RC foi implantada no Estado de PE no ano de 2012.

Os indicadores produzidos e analisados foram: o percentual de mulheres que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal do total de nascidos vivos (NVs), e de partos que ocorreram fora da RE de residência e Taxas de Cesáreas (TCs), ambos das mulheres atendidas pelo SUS; de mortalidade materna (até 42 dias de pós-parto), de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias de vida completos), tardia (7 a 27 dias completos), pós-neonatal (28 dias a 1 ano) e infantil (0 dias a 1 ano), relativos a todos os NVs do estado. Uma vez extraídos e revisados, os dados foram sistematizados no programa Excel.

A Figura 1 e a Figura 2 apresentam os gráficos da distribuição de NVs conforme as MRs do Estado de PE. A primeira mostra o percentual das mulheres que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, de partos realizados fora da residência da mãe, as taxas de cesárea (TCs) e de mortalidade materna e a tendência linear no período em análise. A segunda exhibe as taxas de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal e infantil e as tendências lineares nos anos selecionados.

Esta pesquisa é isenta de aprovação no comitê de ética por utilizar dados secundários e públicos.

## Resultados

O total de nascidos vivos para os anos de 2011 a 2018, em todo Estado do PE, foram, respectivamente, de: 140.079 (2011) a 138.285 (2018). Esses dados demonstram a diminuição da natalidade e do número de partos da ordem 1,3% no estado. Considerando o total de nascidos vivos, o SUS respondeu pelo atendimento de 76% (2011), 73% (2012), 72% (2013), 73% (2014), 73% (2015), 74% (2016), 75% (2017), 75% (2018) dos nascimentos no estado. Portanto, houve uma redução da assistência no SUS em relação ao total de NVs, entre os anos de 2012 e 2015, voltando a aumentar a partir de 2016 (BRASIL; DATASUS, [s.d.]).

Entre os anos de 2011 e 2018 houve aumento crescente de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (Tabela 1), considerando o total de NVs, em todas as MRs e REs. Destaca-se que a RE metropolitana foi a que apresentou menor crescimento deste indicador (10,1%) e também os piores resultados (65,5%), ficando abaixo da média estadual (70,2%) em 2018. Entre os anos 2011 e 2019 houve aumento do percentual de ocorrência dos partos de mulheres fora das MRs de residência (Tabela 1). A 2ª MR lidera com o maior percentual em 2019 (26,7%), seguida pela 3ª MR (13,7%), 4ª MR (10,2%). No período analisado, o ano com o menor percentual de partos de residentes realizados fora das MRs foi 2011.

A Tabela 1 também apresenta a proporção de cesarianas, em relação ao total de partos realizados no SUS, nas REs e MRs de PE, considerando os anos de 2011 e 2019. No total das doze REs, houve aumento das cesáreas em seis REs e as outras seis tiveram redução. Observa-se, no entanto, que esta redução resultou em taxas menores apenas na 1ª MR (-6,1%).

TABELA 1: Percentual de 7 ou + consultas de pré-natal, taxa de cesárea e percentual de partos fora da residência da mãe, por região e macrorregião do estado de PE

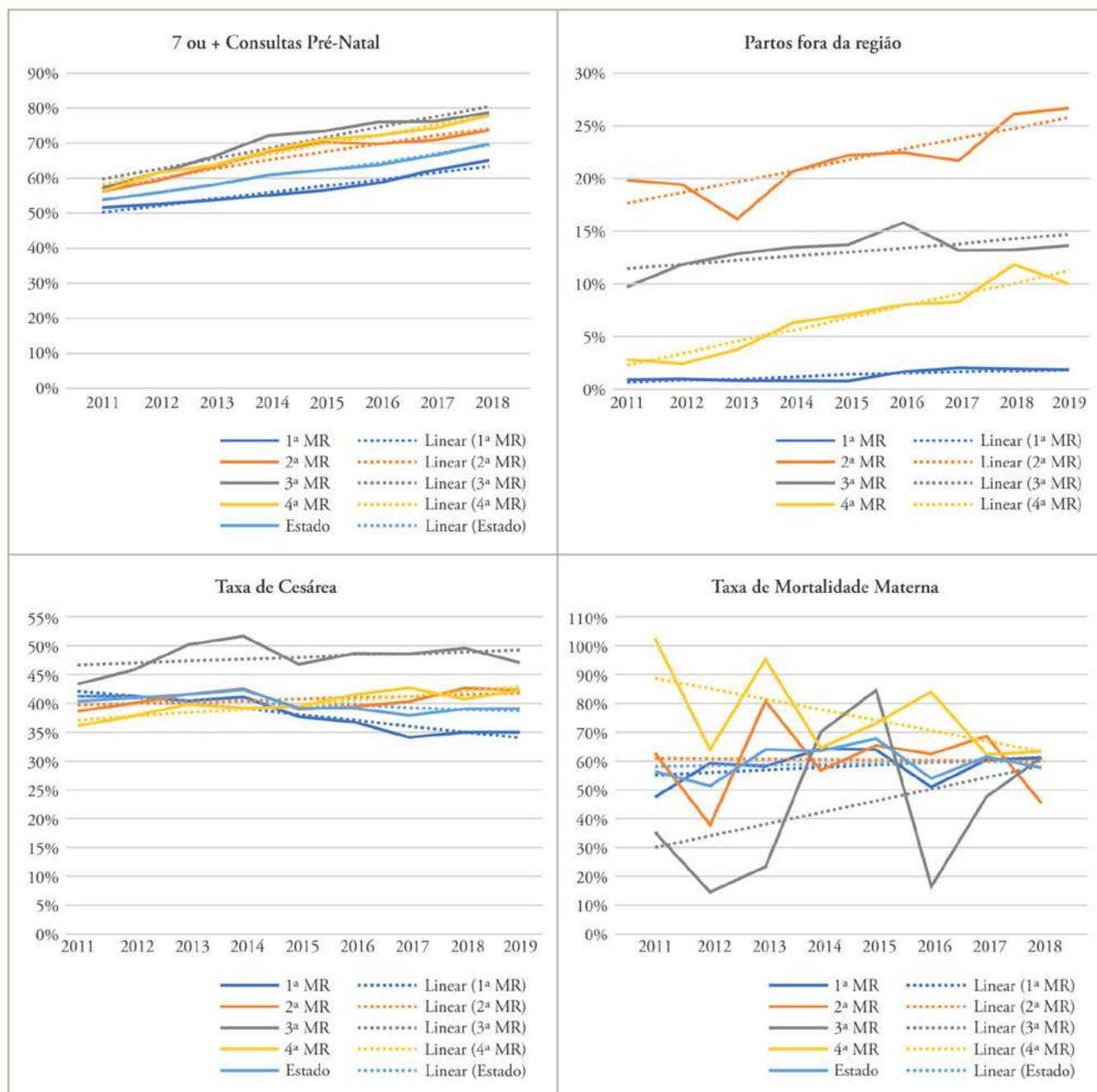
Indicador/Região de Saúde de Residência	Total de NV		7 ou + consultas de pré-natal			Total de Partos		Taxa de Cesárea		Partos fora da residência da mãe			Total de Mortes		Razão de Mortalidade Materna			
	2011	2018	2011	2018	≠ 2011 - 2018	2011	2019	2011	2019	≠ 2011 - 2019	2011	2019	≠ 2011 - 2018	2011	2018	2011	2018	≠ 2011 - 2018
Recife (I)	57.432	58.561	53,4%	63,5%	10,1%	39.039	38.922	40,0%	34,1%	-5,9%	2,8%	1,9%	-0,9%	24	34	41,79	58,06	16,27
Limoeiro (II)	8.256	7.966	55,2%	77,0%	21,9%	5.889	5.685	45,9%	38,6%	-7,3%	46,1%	39,3%	-6,7%	7	7	84,79	87,87	3,09
Palmares (III)	9.570	8.384	42,3%	64,6%	22,3%	8.948	7.303	47,9%	40,3%	-7,6%	18,1%	45,9%	27,8%	6	5	62,70	59,64	-3,06
Goiana (XII)	4.766	4.451	50,8%	71,9%	21,1%	3.576	3.233	35,7%	34,2%	-1,4%	45,4%	79,3%	34,0%	1	2	20,98	44,93	23,95
<b>1ª MR</b>	<b>80.024</b>	<b>79.362</b>	<b>52,1%</b>	<b>65,5%</b>	<b>13,4%</b>	<b>57.452</b>	<b>55.143</b>	<b>41,6%</b>	<b>35,4%</b>	<b>-6,1%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,9%</b>	<b>1,0%</b>	<b>38</b>	<b>48</b>	<b>47,49</b>	<b>60,48</b>	<b>13,00</b>
Caruaru (IV)	19.454	20.229	55,6%	72,3%	16,7%	14.537	14.969	39,9%	42,5%	2,7%	28,3%	33,5%	5,2%	12	7	61,68	34,60	-27,08
Garanhuns (V)	9.102	8.394	58,9%	79,1%	20,2%	7.550	6.878	36,9%	42,0%	5,1%	11,9%	23,7%	11,8%	6	6	65,92	71,48	5,56
<b>2ª MR</b>	<b>28.556</b>	<b>28.623</b>	<b>56,7%</b>	<b>74,3%</b>	<b>17,6%</b>	<b>22.087</b>	<b>21.847</b>	<b>38,9%</b>	<b>42,4%</b>	<b>3,5%</b>	<b>19,8%</b>	<b>26,7%</b>	<b>6,9%</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>63,03</b>	<b>45,42</b>	<b>-17,62</b>
Arcoverde (VI)	6.904	6.373	59,7%	78,9%	19,2%	5.381	4.738	35,7%	30,7%	-5,0%	15,0%	24,9%	9,9%	2	4	28,97	62,76	33,80
Afogados da Ingazeira (X)	2.906	2.758	64,8%	85,5%	20,7%	2.565	2.441	63,2%	59,4%	-3,8%	10,8%	7,6%	-3,2%	2	0	68,82	0,00	-68,82
Serra Talhada (XI)	4.201	3.897	50,6%	73,8%	23,3%	3.624	3.049	41,2%	63,2%	22,0%	11,0%	23,4%	12,4%	1	4	23,80	102,64	78,84
<b>3ª MR</b>	<b>14.011</b>	<b>13.028</b>	<b>58,0%</b>	<b>78,8%</b>	<b>20,8%</b>	<b>11.570</b>	<b>10.228</b>	<b>43,5%</b>	<b>47,2%</b>	<b>3,7%</b>	<b>9,7%</b>	<b>13,7%</b>	<b>4,1%</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>35,69</b>	<b>61,41</b>	<b>25,72</b>
Salgueiro (VII)	2.637	2.323	57,8%	81,5%	23,7%	2.338	1.993	40,8%	58,8%	18,0%	7,9%	6,2%	-1,7%	3	1	113,77	43,05	-70,72
Petrolina (VIII)	8.351	9.004	56,8%	77,0%	20,2%	6.942	6.920	31,9%	36,4%	4,5%	5,4%	23,4%	18,1%	9	7	107,77	77,74	-30,03
Ouricuri (IX)	6.500	5.945	55,7%	79,0%	23,2%	5.779	5.134	38,6%	43,3%	4,8%	6,6%	8,1%	1,5%	6	3	92,31	50,46	-41,85
<b>4ª MR</b>	<b>17.488</b>	<b>17.272</b>	<b>56,5%</b>	<b>78,3%</b>	<b>21,7%</b>	<b>15.059</b>	<b>14.047</b>	<b>35,9%</b>	<b>42,1%</b>	<b>6,2%</b>	<b>3,0%</b>	<b>10,2%</b>	<b>7,3%</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>102,93</b>	<b>63,69</b>	<b>-39,24</b>
<b>Total do Estado</b>	<b>140.079</b>	<b>138.285</b>	<b>54,2%</b>	<b>70,2%</b>	<b>16,0%</b>	<b>106.168</b>	<b>101.265</b>	<b>40,4%</b>	<b>39,0%</b>	<b>-1,4%</b>	-	-	-	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>56,4</b>	<b>57,9</b>	<b>1,5</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A Figura 1 exibe a série histórica do percentual de mulheres que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, ocorrência de parto fora da MR de residência da mãe, e as TCs e de mortalidade materna. A atenção ao pré-natal, considerando o total de NVs, ampliou em todas as REs no período de análise, apresentando uma tendência de crescimento constante. A 1ª MR é a única que apresenta resultados abaixo do estado em todo o período. Pode-se observar que, com exceção da 1ª MR, houve uma tendência de crescimento do número de partos realizados no SUS fora da MR. As taxas de cesáreas realizadas no SUS aumentaram no período com exceção 1ª MR onde teve redução. A tendência no estado foi de alta até 2014 e de redução a partir desse ano.

A razão de mortalidade materna (RMM) teve acentuada variação no período. Na 2ª MR a tendência foi de crescimento, enquanto que na 4ª MR foi de redução. Em que pese ter ocorrido variações abruptas, as demais REs mantiveram uma tendência estável.

FIGURA 1: Percentual de partos realizados fora da residência da mãe, de 7 ou + consultas de pré-natal de 2011 à 2019, taxa de cesárea e de mortalidade materna de 2011 à 2018 por macrorregião do estado de PE.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Comparando as taxas de mortalidade materna por RE e MR nos anos de 2011 e 2018 (Tabela 2), houve aumento da RMM no estado (1,5) na 1ª MR (13,0), na 3ª MR (25,7); e ocorreu diminuição da mortalidade materna na 2ª MR (-17,6) e na 4ª MR (-39,2). Neste período ocorreram, ao todo, 382 óbitos maternos de mulheres residentes na 1ª.MR (71,2% na RE de Recife), 135 na 2ª MR, 64 na 3ªMR e 104 na 4ª MR. A RMM no estado foi de 57,9.

Conforme apresentado na Tabela 2 todas as MRs tiveram redução da taxa de mortalidade neonatal precoce, se comparados os anos de 2011 e 2018, sendo o valor mais expressivo na 3ª MR (de 9,3 para 6,7), seguida da 4ª MR (de 9,8 para 8,3). A 2ª MR apresentou menores índices em 2011, se comparada com essas MRs, e a menor diminuição no período (de 7,6 para 7,1). A 1ª MR teve, na comparação dos dois anos da análise, as menores taxas de mortalidade neonatal precoce (6,3 em 2011 e 6,0 em 2018). No estado, a redução foi de -0,8 mortes de crianças por mil nascidos vivos e apresentava uma taxa de 6,6 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2018.

A taxa de mortes neonatais tardias não sofreu alteração entre os anos de 2011 e 2018 na 1ª MR (2,0) e na 4ª MR (2,6). A 2ª MR apresentou variação, com maior taxa em 2014 (2,7) e menor em 2017 (1,7). A 3ª MR teve aumento das taxas (2,1 e 2,5). A taxa de mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano) teve redução na 1ª MR (4,2 – 3,3), 3ª MR (5,3 – 4,1) e 4ª MR (5,9 – 4,5), e manteve-se a mesma na 2ª MR (4,1 – 4,1). As taxas de mortalidade infantil (0 dias a 1 ano) apresentaram redução em todas as MRs ao longo do período analisado. Na 1ª MR de 12,5 em 2011 e 11,3 em 2018. Na 2ª MR, houve variação ao longo dos anos, entre 2011 e 2013 as taxas estiveram ascendentes (13,8; 14,4; 15,1) e no último ano desta análise reduziu para 13,3. Na 3ª MR houve variação semelhante, em 2011 a taxa era de 16,8, e em 2018, 13,3. A 4ª MR apresentou no ano de 2011 taxa de 18,3 e em 2018, 15,3. Duas REs apresentaram aumento da taxa de mortalidade infantil, Limoeiro (12,1 - 12,6) e Garanhuns (12,6 para 14,3).

*TABELA 2: Taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia, pós-neonatal, infantil e materna por região e macrorregião do estado de PE.*

Taxa de mortalidade/ Região de Saúde de Residência	Total de Mortes Neonatal Precoce		Taxa de Mortalidade Neonatal precoce					Total de Mortes Neonatal Tardia			Taxa de Mortalidade Neonatal tardia			Total de Mortes Pós Neonatal			Taxa de Mortalidade Pós neonatal			Total de Mortes Infantil			Taxa de Mortalidade Infantil		
	2011	2018	2011	2018	2011 - 2018		2011	2018	2011	2012	2011 - 2018		2011	2018	2011	2018	2011 - 2018		2011	2018	2011	2018	2011 - 2018		
					≠																				
Recife (I)	354	336	6,2	5,7	-0,4	116	127	2,0	2,2	0,1	221	193	3,8	3,3	-0,6	691	656	12,0	11,2	-0,8					
Limoeiro (II)	55	54	6,7	6,8	0,1	16	16	1,9	2,0	0,1	29	30	3,5	3,8	0,3	100	100	12,1	12,6	0,4					
Palmares (III)	74	64	7,7	7,6	-0,1	17	11	1,8	1,3	-0,5	67	27	7,0	3,2	-3,8	158	102	16,5	12,2	-4,3					
Goiana (XII)	23	20	4,8	4,5	-0,3	9	3	1,9	0,7	-1,2	23	13	4,826	2,921	-1,905	55	36	11,5	8,1	-3,5					
<b>1ª MR</b>	<b>506</b>	<b>474</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>-0,4</b>	<b>158</b>	<b>157</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>0,0</b>	<b>340</b>	<b>263</b>	<b>4,2</b>	<b>3,3</b>	<b>-0,9</b>	<b>1.004</b>	<b>894</b>	<b>12,5</b>	<b>11,3</b>	<b>-1,3</b>					
Caruaru (IV)	147	130	7,6	6,4	-1,1	47	48	2,4	2,4	0,0	85	82	4,4	4,1	-0,3	279	260	14,3	12,9	-1,5					
Garanhuns (V)	71	72	7,8	8,6	0,8	12	14	1,3	1,7	0,3	32	34	3,5	4,1	0,5	115	120	12,6	14,3	1,7					
<b>2ª MR</b>	<b>218</b>	<b>202</b>	<b>7,6</b>	<b>7,1</b>	<b>-0,6</b>	<b>59</b>	<b>62</b>	<b>2,1</b>	<b>2,2</b>	<b>0,1</b>	<b>117</b>	<b>116</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>0,0</b>	<b>394</b>	<b>380</b>	<b>13,8</b>	<b>13,3</b>	<b>-0,5</b>					
Arcoverde (VI)	64	45	9,3	7,1	-2,2	20	19	2,9	3,0	0,1	36	30	5,2	4,7	-0,5	120	94	17,4	14,7	-2,6					
Afogados da Ingazeira (X)	20	13	6,9	4,7	-2,2	4	4	1,4	1,5	0,1	15	10	5,2	3,6	-1,5	39	27	13,4	9,8	-3,6					
Serra Talhada (XI)	47	29	11,2	7,4	-3,7	6	10	1,4	2,6	1,1	23	13	5,5	3,3	-2,1	76	52	18,1	13,3	-4,7					
<b>3ª MR</b>	<b>131</b>	<b>87</b>	<b>9,3</b>	<b>6,7</b>	<b>-2,7</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>2,1</b>	<b>2,5</b>	<b>0,4</b>	<b>74</b>	<b>53</b>	<b>5,3</b>	<b>4,1</b>	<b>-1,2</b>	<b>235</b>	<b>173</b>	<b>16,8</b>	<b>13,3</b>	<b>-3,5</b>					
Salgueiro (VII)	33	23	12,5	9,9	-2,6	7	3	2,7	1,3	-1,4	12	7	4,6	3,0	-1,5	52	33	19,7	14,2	-5,5					
Petrolina (VIII)	76	66	9,1	7,3	-1,8	21	24	2,5	2,7	0,2	52	45	6,2	5,0	-1,2	149	135	17,8	15,0	-2,8					
Ouricuri (IX)	63	54	9,7	9,1	-0,6	17	18	2,6	3,0	0,4	39	25	6,0	4,2	-1,8	119	97	18,3	16,3	-2,0					
<b>4ª MR</b>	<b>172</b>	<b>143</b>	<b>9,8</b>	<b>8,3</b>	<b>-1,6</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>0,0</b>	<b>103</b>	<b>77</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>-1,4</b>	<b>320</b>	<b>265</b>	<b>18,3</b>	<b>15,3</b>	<b>-3,0</b>					
<b>Total do Estado</b>	<b>1.027</b>	<b>906</b>	<b>7,3</b>	<b>6,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>292</b>	<b>297</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>0,1</b>	<b>634</b>	<b>509</b>	<b>4,5</b>	<b>3,7</b>	<b>-0,8</b>	<b>1.953</b>	<b>1.712</b>	<b>13,9</b>	<b>12,4</b>	<b>-1,6</b>					

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A Figura 2 apresentam a série histórica das taxas de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal e infantil. Observa-se que todas as MRs apresentaram tendência de redução da mortalidade neonatal precoce. Houve maior variação na 3ª e 4ª, no entanto, estas apresentaram decréscimo mais acentuado a partir de 2015 e 2016, respectivamente. Comparando-se com a taxa de mortalidade do estado, a 1ª MR esteve abaixo, a 2ª macro esteve próxima e a 3ª e 4ª MR estiveram acima.

FIGURA 2: Taxas de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal e infantil por macrorregião do estado de PE de 2011 à 2018



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

As taxas de mortalidade pós-neonatal apresentaram uma tendência de diminuição em todas as MRs. Ocorreu uma queda abrupta entre os anos de 2013 e 2015 na 3ª MR, voltando aos patamares anteriores em 2016. A 1ª MR foi a única em que as taxas foram menores do que aquelas encontradas no estado, em todo o período de análise.

A mortalidade infantil teve queda em todas as MRs, e a redução de mortes neonatais precoces e pós-neonatais foi o que mais contribuiu para esse resultado, uma vez que a mortalidade neonatal tardia sofreu menores alterações. A 1ª MR foi a única que apresentou taxas menores que as do estado entre os anos de 2011 e 2018.

Esses resultados sinalizam que após a implantação da RC houve redução na mortalidade infantil, em especial, a neonatal precoce e pós-neonatal, e aumento no acesso ao pré-natal. Em que pese as variações em todas as MRs, houve estabilidade na tendência das taxas de mortalidade materna. A regionalização da atenção ao parto e as TCs apresentaram os piores resultados. À exceção da cobertura de pré-natal, a 1ª MR obteve os melhores resultados no período em análise, sinalizando que, apesar de alguns avanços nas demais REs, manteve-se a desigualdade macrorregional na atenção à mulher e ao bebê no estado.

## Discussão

Ao longo dos 10 anos de implantação da RC, observou-se melhora dos indicadores do Brasil, na Região Nordeste como um todo e no Estado de PE (LEAL et al., 2019). O número de consultas no pré-natal é indicador relevante para avaliar a qualidade do cuidado às mulheres e aos bebês e está associado à redução da mortalidade materna e infantil. Os dados de aumento da cobertura da atenção pré-natal encontrados neste estudo são corroborados por outras pesquisas (LEAL et al., 2020) e associados a importância da Atenção Primária à Saúde, com destaque para a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Estado de PE.

Ao se analisar as redes regionais e macrorregionais no período, observou-se o aumento de partos fora do local de domicílio das mulheres em todas as MRs de PE. Espera-se que cerca de 15% dos partos possam ser classificados como de alto risco (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) e, por isso, aceita-se o percentual próximo a esse para a utilização dos serviços extrarregionais, mas que, no entanto, conforme proposição da RC, devam ser ofertados nos serviços de referência das MRs. Entretanto, em oito das doze REs de saúde, o percentual de partos realizados fora dos territórios de residência das mulheres foi maior que 15%.

No caso de PE, deu-se prioridade para a implementação da RC nas maternidades dos hospitais-escola da RE metropolitana. Aliado a isso, a lógica de concentração de recursos e economia de escala foi critério orientador da organização da Rede no Estado (ZACARIAS, 2018), o que favorece o investimento em centros urbanos e que já contam com capacidade instalada. Estes são dois aspectos que podem ter contribuído para a manutenção das disparidades regionais identificadas neste estudo e, também, pelos melhores resultados apresentados na RE metropolitana.

Cabe destacar que o critério de “economia de escala” é importante para a eficiência na utilização dos recursos, mas deve ser balizado pelo acesso e qualidade da atenção. A prioridade de investimentos em serviços mais complexos em prejuízo daqueles que estão mais disseminados, aliada ao pouco

incentivo nas estratégias de transformação do cuidado proposto pela RC, como centro de partos normais e unidades canguru, resultam no aumento da peregrinação das mulheres que demandam partos de risco habitual e na manutenção das iniquidades regionais para o atendimento de partos de alto risco (FREITAS PERINAZZO, 2018).

No Brasil, de acordo com as características da população, que apresenta, entre outras singularidades, um elevado número de cesarianas anteriores, a TC de referência seria de 25% a 30% (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b). No estado, a TC foi de 39,9% no ano de 2019, abaixo do Brasil, onde foi de 45% (SIH). O que se verificou neste estudo foi a ascensão destas taxas em todas as MRs, que, em 2019, apresentaram percentuais acima do indicado para a realidade brasileira, o que representa maior risco para saúde materna e neonatal. Ressalta-se que a redução das taxas de cesarianas não é uma tarefa fácil, uma vez que a escolha da via de parto possui diversas e complexas causas, que incluem os arranjos de modelos assistenciais na atenção ao nascimento, características socioculturais da população e preferências profissionais (KOTTWITZ et al., 2017).

No que diz respeito às características da população, as questões de gênero têm relevância para se compreender as formas de assistência ao parto. O termo “viés de gênero” refere-se àqueles erros sistemáticos que acarretam “*superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções*” (p.318) (DINIZ, 2009). No caso da cesárea, as evidências disponíveis confirmam que a indicação inadequada deste procedimento, como ocorre no Brasil, acarreta malefícios tanto para a mulher quanto para o bebê, se comparada ao parto fisiológico, no entanto, estas não são suficientes para que sejam alteradas as práticas de cuidado.

As preferências profissionais explicariam essa realidade, no entanto, esse termo escamoteia a questão da hegemonia dos interesses corporativos sobre os interesses de saúde da população, o que resulta na falta de regulamentação das práticas e tem como resultado a sujeição das mulheres a diferentes formas de medicalização e de assistência inapropriada (DINIZ, 2009)(RODRIGUES NAKANO et al., 2017). Por outro lado, não é infrequente que as altas taxas de cesárea sejam atribuídas ao desejo da mulher. É necessário contextualizar essas demandas, uma vez que o maltrato e as violências que fazem com que parto vaginal seja doloroso e desrespeitoso, inclusive com a revelia das evidências que a prática médica deveria seguir. “Dessa forma a demanda pela cesárea, no Brasil, seria sobretudo uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto ‘normal’ típico é intervencionista e traumático” (p. 321) (DINIZ, 2009).

Mudar essa realidade pressupõe transformar os modelos de assistência às mulheres. Para tanto, há recomendações consolidadas de boas práticas de atenção e também de organização dos serviços propostas na RC. Entre eles, destacam-se: a criação dos centros de parto normal; ambiência que favoreça a fisiologia do parto; planejamento da necessidade de assistência obstétrica e neonatal a partir da demanda local com distribuição geográfica adequada; a presença do acompanhante; a vinculação entre o pré-natal e a maternidade de referência; articulação da atenção básica com unidades responsáveis pelo pré-natal de risco e com as maternidades de referência; inserção da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e nascimento de risco habitual; ampliação dos espaços de discussão entre os pontos de atenção – CPN, maternidades, atenção básica, regulação, gestão, etc.; e monitoramento dos indicadores da atenção ao pré-natal, parto, nascimento e cuidado ao recém-nascido (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; OCCHI et al, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A melhora de indicadores materno-infantis e o aumento do acesso às tecnologias, com a consequente medicalização do parto, não alteraram o cenário da mortalidade materna no Brasil, o que tem sido chamado de paradoxo perinatal (DINIZ, 2009). A RMM no estado foi de 57,9, ficando abaixo do Brasil, que em 2018 apresentava um RMM de 59,1(15). A meta brasileira, estabelecida para responder aos objetivos do desenvolvimento sustentável, foi de 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, s/d). Não obstante, no período analisado nota-se que, na maior parte do tempo, as REs e MRs estiveram com suas RMMs acima deste valor de referência, além disso, houve aumento da mortalidade materna em algumas REs.

Tal situação paradoxal se explicita quando as causas obstétricas diretas e evitáveis, tais como complicações hipertensivas e hemorrágicas, respondem por 68% das mortes maternas que ocorrem no Brasil. O que significa que a qualidade da atenção é a questão central para reduzir as mortes, seja no componente do pré-natal, na articulação e transformações dos serviços que compõem as redes nos territórios, seja na atualização científica dos profissionais. Trata-se, portanto, da incorporação de novos cuidados em que sejam assegurados os direitos das mulheres e crianças(OLIVEIRA et al, 2022; SILVA et al, 2021) .

Quanto à mortalidade infantil, destaca-se que as crianças no Estado de PE têm 11,4 de probabilidade de morrer, enquanto no Brasil a probabilidade é de 12,4 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). A redução progressiva da mortalidade neonatal precoce e tardia, demonstrada nesta pesquisa, é corroborada pelo estudo que demonstra a tendência de queda de morte por causas evitáveis nessa faixa etária em PE, no mesmo período desta análise. Em que pese esta tendência não tenha sido acentuada após a implantação da RC nos municípios do interior, na RE de Recife ocorreu uma inflexão negativa desta mortalidade após 2014(LIMA et al, 2020). A mortalidade pós-neonatal teve redução no estado, no entanto, as demais REs mantiveram taxas mais elevadas, se comparadas à MR metropolitana (1ª MR).

Esses dados reafirmam a desigualdade entre a RE metropolitana, se comparada com as demais REs do estado. Podem explicar esses resultados, conforme foi apontado anteriormente, as prioridades de implantação da RC nesta RE. É necessário investigar se há correlação entre a permanência destas disparidades e os recursos disponibilizados para atenção à mulher e a criança no estado. De toda forma, foi evidenciado neste estudo que, apesar de as demais REs terem resultados positivos após a implantação da RC, estes não foram suficientes para alterar o desequilíbrio da oferta de atenção ao parto estadual.

Os resultados deste estudo apontam para a demanda de outras pesquisas. Dentre elas, destacam-se investigações: sobre os fluxos de atenção ao parto, em especial, para investigar os aspectos relativos à influência da regionalização normativa, necessária para organização das estruturas de gestão. E as possibilidades de desenhos mais flexíveis para as redes temáticas que possam ser construídos a partir dos colegiados organizados dessas redes de atenção e que considerem as necessidades de saúde para construção das linhas de cuidado centradas nas pessoas que demandam esses cuidados em cada território. Também das correlações entre os resultados deste estudo e os recursos físicos, tecnológicos, financeiros e a distribuição quali-quantitativa da força de trabalho. E ainda sobre as boas práticas e intervenções no manejo do trabalho de parto, do cuidado às mulheres e ao recém-nascido.

Os limites deste estudo são: o uso de dados secundários, sujeitos a sub-preenchimento e subnotificações; o número de indicadores analisados; a metodologia descritiva, que não oferta as informações sobre correlação entre os dados; e utilizar como unidades de análises apenas as REs e MRs. Estes aspectos apontam a necessidade de outras investigações. Cabe destacar que a ocorrência da pandemia da Covid-19 em 2020 e 2021 alterou significativamente a oferta de serviços no SUS, o que, aliado à indisponibilidade dos dados de mortalidade e natalidade, também justifica o período definido neste estudo.

## Considerações finais

Este estudo objetivou analisar a implantação da RC no Estado de PE. Os resultados demonstraram o aumento da cobertura pré-natal e redução da mortalidade neonatal e infantil. No entanto, ainda são desafios, para melhorar a qualidade do cuidado ao parto e nascimento, a regionalização da atenção, as altas TCs e a redução estável da mortalidade materna.

Ao considerar esses cinco indicadores, observou-se a medicalização da assistência ao parto e nascimento, com uso excessivo de intervenções (por exemplo, os nascimentos por cesariana) e a persistência das desigualdades regionais. Fortalecer a qualidade da atenção às mulheres e as crianças implica em combater o desrespeito e as violências de diferentes tipos sofridos pelas mulheres, e reduzir a peregrinação em busca da atenção. Essas são questões fundamentais para garantir os direitos de nascimento dos cidadãos brasileiros, e são essenciais, não apenas para produzir desfechos maternos e perinatais melhores, mas também para assegurar que as instituições de saúde estejam implicadas com o protagonismo das mulheres e com práticas cuidadoras.

Ressalta-se também a necessidade da organização flexível das redes de atenção em geral, e do cuidado às mulheres e crianças em particular, com o dimensionamento e articulação dos serviços que considerem as capacidades existentes e a expansão daquelas que são consideradas importantes para a qualificação da atenção, CCP e unidades Canguru, por exemplo, centrados nas necessidades, nos fluxos das pessoas e nos seus lugares de existência. Considerando que, o “Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência” (p. 163) (SANTOS, et al, 2022) e que o “ processo de vida é também de criação do espaço geográfico” (p. 1) (SANTOS, 2019), a territorialização das redes de atenção e a articulação das linhas de cuidado devem ser uma produção viva, portanto, não normativa e tampouco fixa.

## Referências

BRASIL; DATASUS. **Nascidos Vivos**. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

BRASIL; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Objetivo do Desenvolvimento Sustentável: Indicador 3-1-1: Razão de mortalidade materna**. Disponível em: <<https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

BRASIL; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.]. . Acesso em: 3 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://conitec.gov.br>>. Acesso em: 3 ago. 2022a.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: [s.n.]. . Acesso em: 3 ago. 2022b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação Nº 3**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#CA](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CA)>. Acesso em: 3 ago. 2022.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, 2009.

FREITAS PERINAZZO, T. **Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 26 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população**. Disponível em: <[https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock)>. Acesso em: 7 set. 2022.

KOTTWITZ, F. et al. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 2018, 17 nov. 2017.

LEAL, M. DO C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 7, 2019.

LEAL, M. DO C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

LIMA, S. S. et al. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 21 fev. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Boletim Epidemiológico Nº 20 – Maio 2020**. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

OCCHI, G. M. et al. **Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil**. **The Lancet**, 2018.

OLIVEIRA, C. DE F. et al. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 427–439, 2 fev. 2022.

RODRIGUES NAKANO, A. et al. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 415–432, 1 jul. 2017.

SANTOS, M. O Dinheiro e o Território. **GEOgraphia**, v. 1, n. 1, p. 7–13, 9 set. 1999.

SANTOS, M.; ELIAS, D. **Metamorfoses do Espaço Habitado: Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Geografia**. 6ª edição ed. São Paulo: EDUSP, 2022.

SILVA, L. B. R. A. DE A. et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 931–940, 15 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intrapartum care for a positive childbirth experience WHO recommendations**. Geneva: [s.n.].

ZACARIAS, A. C. P. **Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco**. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.



# OS DESAFIOS PARA O CUIDADO DE MULHERES E BEBÊS NO HOSPITAL JESUS NAZARENO: UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS E PROCESSOS DE TRABALHO

*Luiza Maria Plentz  
João Pedro Sobral Neto  
Lilian Silva Sampaio de Barros  
Priscila Sales Ferraz Neri  
Nancy Maria Silva Janssen  
Andreza Cavalcanti Vasconcelos  
Márcia Maria Monteiro de Freitas  
Maria do Carmo Ferreira de Andrade  
Ana Claudia Machado de Amorim*

## Introdução

O Hospital Jesus Nazareno (HJN), localiza-se em Caruaru, e é referência secundária para gestação de alto risco para 53 municípios da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, que compreende as IV e V Regionais de Saúde, além de ser referência em risco habitual para os municípios de Agrestina, Altinho, Frei Miguelinho, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, Santa Maria do Cambucá, São Caitano, Toritama, Vertentes, conforme Resolução CIR Nº 97 de 23 de março de 2012, homologada pela Resolução CIB Nº 1876 de 26 de março de 2012 e Resolução CIR Nº 105/2012, da IV Região de Saúde.

Em abril de 2021, o HJN possuía 87 leitos de internação sendo 43 leitos de alojamento conjunto, dois leitos de isolamento, 12 leitos de alto risco, 18 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), 12 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), além de Emergência Obstétrica com seis leitos de observação e 12 leitos de pré-parto, Centro Obstétrico, Sala de Recuperação Pós-anestésica e três consultórios ambulatoriais. É a única unidade do interior de Pernambuco a contar com Banco de Leite Humano. Possui ambulatório de egresso e linha de cuidado de urgência e ambulatorial à vítima de violência sexual.

A unidade atende às demandas agendada e programada, recebendo também atendimentos de demanda espontânea e pacientes que, quando em transferência de outras unidades para as unidades hospitalares da I Região sofrem intercorrência e necessitam de atendimento imediato, o HJN promove a estabilização para prosseguir com o encaminhamento. Assim, são consideradas portas de entrada da unidade, a urgência obstétrica e o ambulatório multiprofissional, que recebe encaminhamentos da Atenção Básica e de outras unidades de referência para o pré-natal.

Para chegar à unidade, as usuárias fazem uso de ambulância dos municípios, quando encaminhadas pela referência municipal; transporte próprio e/ou particular, transporte público, a pé ou por serviços de urgência e emergência (SAMU e Corpo de Bombeiros).

O presente manuscrito apresenta a experiência, envolvendo gestores e trabalhadores da maternidade e da secretaria de saúde do estado de Pernambuco, tutores e orientadores da Rede

Unida, e atores estratégicos da rede de atenção à saúde no território, que mobilizaram estratégias de diagnóstico, sistematização, análise e reflexão sobre o escopo de atuação do serviço, as práticas de cuidado e processos de trabalho e elaboração de plano de intervenção sobre os problemas levantados.

## Metodologia

Esta obra é um produto da Formação-Intervenção em Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho da Linha de cuidado da Mulher, Bebê e Criança do Hospital Jesus Nazareno (HJN), uma proposta desenvolvida de forma colaborativa entre o Governo do Estado de Pernambuco através da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Associação Brasileira REDE UNIDA em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esta formação-intervenção buscou a mobilização dos atores através de uma articulação dinâmica entre o trabalho e ensino, prática e teoria, em efetiva integração com o cotidiano do trabalho e da rede de atenção à saúde do território.

A partir do segundo módulo da formação-intervenção, após a construção e análise do escopo do serviço, os partícipes, tutor e orientadores de aprendizagem da “Turma Caruaru”<sup>1</sup>, realizaram o levantamento de situações problemas presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais do Hospital Jesus Nazareno, a partir de questionário estruturado com perguntas orientadoras respondido por 63 trabalhadores.

Posteriormente, as questões levantadas foram classificadas enquanto “sugestões”, “problemas” e “elogios/satisfações” nas seguintes categorias: (1) Modelagem tecnoassistencial/aspectos do cuidado/processo de trabalho; (2) Insumos e equipamentos; (3) Ambiência/estrutura física; (4) Percepção sobre a RAS regional; (5) Força de trabalho; (6) Educação permanente e (7) Gestão.

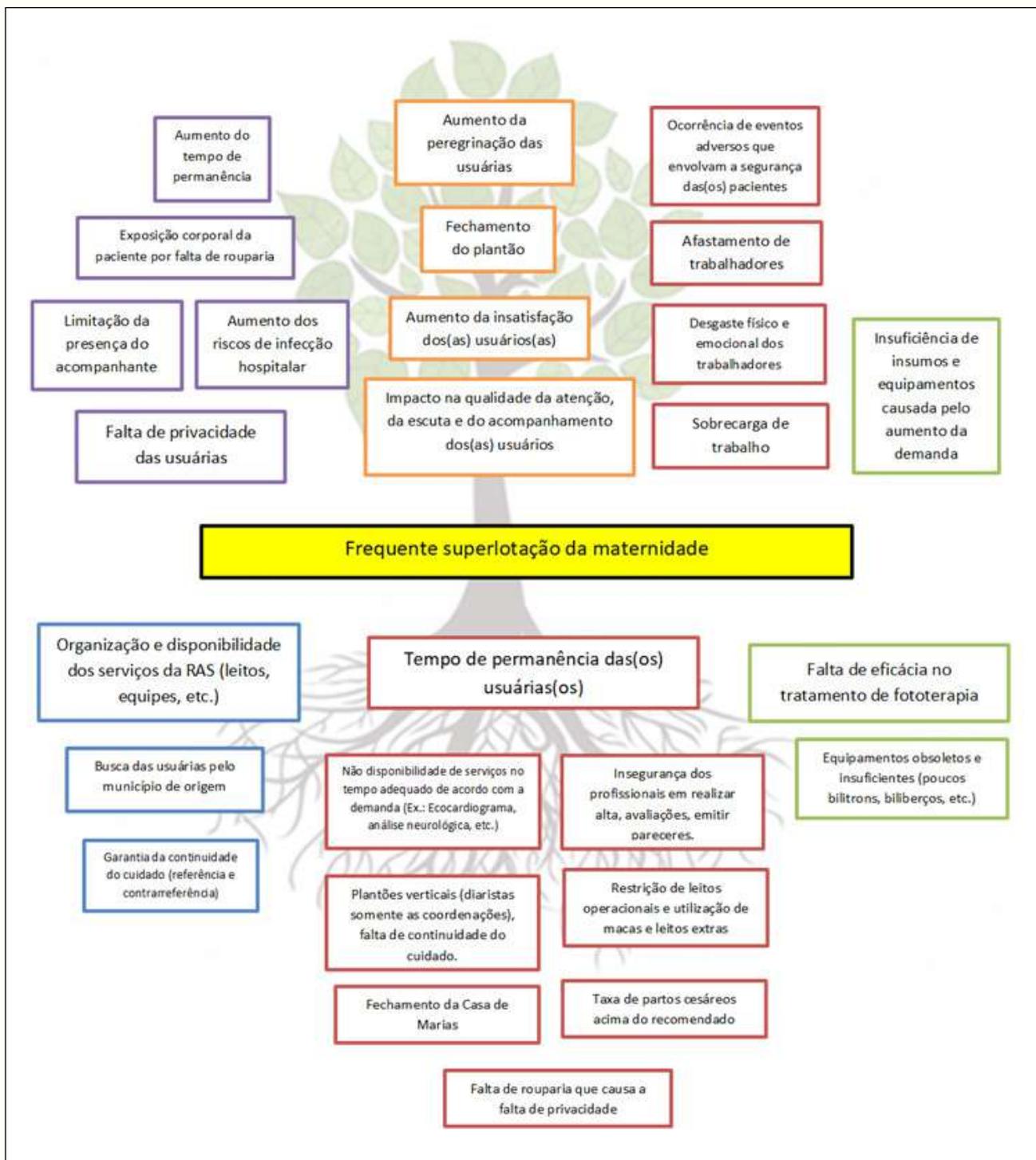
A partir da leitura do documento elaborado com a classificação supracitada, foram elegidas as situações-problemas que seriam pontuadas a partir dos seguintes critérios: grau de impacto/relevância, urgência em resolver esse problema, importância para os atores-chave do território, governabilidade do hospital para o respectivo problema.

A partir desse exercício, o problema priorizado pelo grupo foi a “frequente superlotação do Hospital Jesus Nazareno”. Tal situação problema passou pelo tratamento metodológico da “Árvore de Problemas”, desenvolvido, por sua vez, pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) da Organização das Nações Unidas (ORTEGÓN; PACHECO; PRIETO, 2005) como técnica participativa que tem como objeto de discussão uma situação problema real, buscando encontrar as relações causais entre problema central, causas, efeitos/consequências. O diagrama da árvore será apresentado a seguir.

---

<sup>1</sup> Cada turma do projeto recebeu um nome de acordo com a Região de Saúde na qual se localiza a maternidade participante.

FIGURA 1: *Árvore de causas e conseqüências do problema identificado no Hospital Jesus Nazareno, 2021.*



Fonte: oficina de construção da árvore de causas e conseqüências do problema identificado. Elaboração própria. 2021.

Conforme apresentado na Figura 1, foram identificadas três causas principais para o problema central, quais sejam, “organização e disponibilidade dos serviços da RAS”, “tempo de permanência das(os) usuárias(os) no serviço” e “falta de eficácia no tratamento de fototerapia” aos recém nascidos, e 10 causas secundárias relacionadas às supracitadas. Ao serem reconhecidas as causas principais para

a superlotação da maternidade, foram identificadas suas consequências, dentre as quais destacam-se as quatro primárias “falta de privacidade das usuárias”, “impacto na qualidade da atenção, da escuta e do acompanhamento dos(as) usuários(as)”, “sobrecarga de trabalho” aos profissionais do serviço e “insuficiência de insumos e equipamentos causada pelo aumento da demanda”, além de 10 consequências secundárias, apresentadas na Figura 1.

A partir do cenário descrito e analisado pelo grupo, foram propostos e planejados objetivos para o enfrentamento do problema central, suas causas e consequências. Os objetivos traçados e descrição do plano de intervenção serão apresentados e discutidos na seção seguinte.

### **Desenvolvimento e discussão**

Os resultados da análise dessa etapa da formação-intervenção caracterizam-se como reflexo da maior compreensão do grupo sobre a estrutura, processo e resultados que envolvem o cuidado às mulheres e bebês da unidade hospitalar.

Junto aos profissionais, foram debatidos os avanços relacionados à implantação do serviço de obstetrícia de forma regionalizada, bem como as potências de um grupo que se movimenta para a resolutividade dos casos e alta em tempo adequado, com a colaboração de serviços de apoio, a atuação da gestão através de coordenações descentralizadas e integração com as equipes multiprofissionais, favorecendo o cuidado compartilhado e a busca por superar as limitações relacionadas à infraestrutura e ao apoio diagnóstico e terapêutico.

Outrossim, a partir de reflexões e análises sobre a rede e sobre os escopos do serviço e das práticas dos trabalhadores, ainda existem problemáticas que têm contribuído para desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, como aqueles que surgiram no diagrama da árvore. Dessa forma, os partícipes construíram um conjunto de objetivos e ações para compor o Plano de Intervenção que possa, além de enfrentar o problema da superlotação, qualificar os fluxos e as práticas de cuidado para mulheres e bebês.

Quadro 01 – Objetivos e ações do Plano de Intervenção para a linha de cuidado da mulher e bebê do Hospital Jesus Nazareno, Caruaru. 2021.

<b>Objetivo Geral: Implementar medidas que reduzam a superlotação no Hospital Jesus Nazareno.</b>	
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Ações</b>
Instituir o Núcleo Interno de Regulação (NIR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compor equipe do NIR, de acordo com a necessidade da instituição e orientações do Ministério da Saúde, dispondo de profissional para auxiliar nas atividades administrativas e no apoio à assistência desenvolvidas pelo NIR</li> <li>• Construir o escopo de atuação do NIR e implementar as atividades do serviço</li> </ul>
Construir plano de cuidado integrado (envolvendo todos os setores desde a acolhida das usuárias até o momento da alta e continuidade do cuidado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e revisar o fluxograma analisador da linha de cuidado mãe-bebê</li> <li>• Revisar e analisar o perfil, a capacidade instalada e fluxos de cada estação de cuidado do Hospital</li> <li>• Prover a unidade com materiais e insumos adequados, a partir da avaliação de possíveis aumentos na demanda assistencial</li> <li>• Realizar reunião colegiada da linha de cuidado</li> </ul>
Atualizar e implementar protocolo assistencial para todos os setores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualizar Protocolo Institucional do HJN e construir o que ainda for necessário para qualificar a gestão do cuidado e orientar tomada de decisão pelos profissionais</li> <li>• Realizar discussões colegiadas dos protocolos, incluindo trabalhadores de todas as categorias profissionais, gestores da instituição e buscar incluir a demanda das usuárias</li> <li>• Ampliar ações de educação permanente na aplicabilidade do protocolo assistencial</li> </ul>
Realizar a gestão do cuidado pelas equipes da unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar as possibilidades de horizontalização das escalas de enfermagem e médica, para garantir o cuidado longitudinal, em especial nas enfermarias de internação, bem como a gestão da linha de cuidado</li> <li>• Pensar indicador de incentivo para os profissionais diaristas</li> <li>• Propor vaga para profissional diarista nas seleções de trabalhadores para a instituição</li> </ul>
Fortalecer as equipes de gestão da qualidade no hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer o Núcleo de Segurança do Paciente</li> <li>• Integrar ações e intervenções realizadas pela CCIH, NSP e NVEH</li> <li>• Construir informes/boletins periódicos do NSP e CCIH, e divulgar de forma estratégica entre as equipes assistenciais e gestoras</li> <li>• Sistematizar resultados dos questionários aplicados pela equipe do Banco de Leite (pesquisa de satisfação)</li> </ul>
Elaborar plano de otimização das altas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar “sala de alta”, para que as usuárias possam aguardar até a chegada do transporte sem ocupar os leitos</li> <li>• Pactuar entre os setores os tempos de espera e como otimizar em momentos de superlotação</li> <li>• Revisar e/ou elaborar os critérios de alta para inclusão no protocolo assistencial</li> </ul>
Ampliar o público atendido pela Casa de Maria, possibilitando o acolhimento da gestante, puérpera e bebê	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer dimensionamento do público a ser atendido pela casa</li> <li>• Dimensionar a equipe, os materiais, insumos e equipamentos da Casa, para atender à demanda de cuidados de acordo com a necessidade dos usuários e atendendo à política do Ministério da Saúde</li> <li>• Encaminhar habilitação da CGBP para custeio do Ministério da Saúde</li> </ul>

<p>Implementar e avaliar os fluxos de referência e contrarreferência com os municípios atendidos pela unidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar, debater e repactuar os fluxos de referência e contrarreferência, de acordo com a necessidade, com o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha</li> <li>• Implementar os fluxos de referência e contrarreferência repactuados na assistência materno-infantil e monitorar a implementação</li> <li>• Implantar Colegiado da Rede Materno-infantil da Macrorregião</li> </ul>
<p>Reestruturar os serviços de apoio ao diagnóstico para a realização de exames necessários para a tomada de decisão segura pelos profissionais do HJN em tempo oportuno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir equipamentos de apoio diagnóstico</li> <li>• Formar os profissionais para a correta utilização dos equipamentos diagnósticos e avaliação dos resultados de exames</li> <li>• Estimular a qualificação profissional para a realização dos exames necessários para a tomada de decisão segura pelos profissionais do HJN (ex.: ecocardiograma e ultrassom transfontanela)</li> <li>• Solicitar o provimento de profissionais com atuação em Radiologia</li> <li>• Manutenção em tempo oportuno dos equipamentos diagnósticos já existentes na unidade</li> <li>• Realizar o plano de necessidades de equipamentos e insumos (tomando como base o planejamento já existente na unidade)</li> <li>• Pactuar com a SES/PE e setor jurídico e financeiro otimização da aquisição dos equipamentos</li> </ul>
<p>Construir estratégias de matriciamento e teleconsultoria com outros serviços da rede.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar as equipes de atenção básica realizando matriciamento do pré-natal, buscando qualificar o atendimento, aumentar a resolutividade, diminuir os índices de cesáreas e as intercorrências na gestação</li> <li>• Receber apoio matricial e teleconsultoria de hospitais com maior densidade tecnológica para aumentar a qualidade da assistência, a resolutividade do serviço e apoiar na tomada de decisão para altas, transferências e continuidade do cuidado</li> </ul>

Fonte: Produzida pelos autores

O Plano de Intervenção pactuado com a equipe, é composto por outros elementos essenciais para a sua implementação, quais sejam: prazos para execução das ações, responsáveis, resultados esperados, recursos necessários e referências (documentos e literatura que embasam a proposta).

O primeiro objetivo “Instituir o Núcleo Interno de Regulação (NIR)” relaciona-se à necessidades identificadas para a qualificação dos processos de gestão do uso da capacidade instalada do serviço e sua relação com a rede de atenção à saúde regional e estadual. A criação dos NIR é uma recomendação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2017). Trata-se de Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

“Construir plano de cuidado integrado” foi o segundo objetivo explicitado no plano. A primeira ação relacionada a esse objetivo, consiste em realizar a revisão do fluxograma analisador (Franco e Merhy, 2003), construído no primeiro módulo da formação-intervenção, pela turma Caruaru. Cabe ressaltar que este objetivo já está em implementação na instituição, a qual compôs um Colegiado Gestor da Linha de Cuidado da Mulher e do Bebê e sua primeira reunião ocorreu no dia dois de agosto de 2021, com a pauta principal de analisar e revisar o fluxograma, contemplando as sugestões das representações dos diversos setores do hospital. A metodologia do encontro permitiu que os construtores do fluxograma conversem sobre os nós e potências da linha de cuidado a partir de suas experiências vividas e as maneiras como o trabalho está organizado no serviço.

Outro objetivo que já está sendo articulado na unidade é “Atualizar e implementar protocolo assistencial para todos os setores”. Atualmente, as equipes estão trabalhando em seus grupos, de acordo com a profissão, a ideia é que haja reuniões colegiadas, que funcionem na perspectiva da educação permanente, para a integração dos protocolos e constituição de uma ferramenta única que auxilie as equipes na tomada de decisão e apoiem a assistência.

O quarto objetivo do plano é “Realizar a gestão do cuidado pelas equipes da unidade”, que consiste em propor estratégias de transição para jornadas de trabalho horizontal, nas áreas que são fundamentais a construção de vínculos, qualificação dos processos de trabalho e continuidade do cuidado, ou seja, especialmente na enfermarias de internação da maternidade.

“Fortalecer as equipes de gestão da qualidade no hospital” pode ser considerado como um objetivo complementar ao anterior na medida em que contribui com a disseminação de informações e análises sobre o serviço e o impacto das ações de gestão, buscando organizar os processos de informação e comunicação que possibilitem a monitoramento e avaliação dos objetivos, processos de trabalho e práticas da linha de cuidado, bem como a socialização dos indicadores.

O sexto objetivo trata de “Elaborar plano de otimização das altas”, visando enfrentar as principais causas e consequências da superlotação da unidade. As ações estratégicas contemplam as seguintes propostas: criação de sala de alta para diminuição do tempo de ocupação dos leitos após a alta médica, a pactuação de parâmetros de referência para os tempos máximos de espera em cada setor (liberação de exames, horários das prescrições, solicitação de transporte sanitário, etc) e a inclusão da pauta na construção do protocolo assistencial que auxilie na tomada de decisão para a alta em tempo adequado.

“Ampliar o público atendido pela Casa de Maria, possibilitando o acolhimento da gestante, puérpera e bebê” complementa o objetivo anterior na implantação de medidas que enfrentam a superlotação. Dessa forma, planejou-se transformar a Casa de Marias, já existente, em uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), conforme a Portaria de Consolidação Nº 3 de 2017 do Ministério da Saúde, contemplando a necessidade de força de trabalho para compor a equipe mínima no dimensionamento, e buscando recursos para a manutenção do serviço.

Outro objetivo pactuado foi “Implementar e avaliar os fluxos de referência e contrarreferência com os municípios atendidos pela unidade”. As ações ligadas a esse objetivo conectam-se com a necessidade de avaliar e efetivar os fluxos já existentes e pactuar novos nos casos de atualização da composição da rede e dos escopos dos serviços do território. Compreende-se que a participação de gestores, trabalhadores e usuários do HJN nesse processo caracteriza-se como uma ação de educação permanente. Segundo Merhy, 2019 “[...] é preciso criar espaços de conversa e escuta, colocar o trabalho em análise para recolher os efeitos produzidos sobre os envolvidos. [...] para favorecer a produção do cuidado, precisa ser construído de modo coletivo e compartilhado, e estar sempre em questão.” (MERHY et al., 2019, p. 74).

O objetivo “Reestruturar os serviços de apoio ao diagnóstico” compreende as ações de investimento em aquisição e manutenção dos equipamentos e formação profissional que garantam o bom funcionamento, qualidade e otimização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico do hospital. A proposta tem como base a identificação de morosidade no processo de substituição dos equipamentos danificados e aquisição de novos, bem como de trabalhadores qualificados e em quantidade suficiente para a oferta contínua de acesso a alguns exames. Em relação a esse tema, o colegiado gestor da

linha de cuidado debateu também sobre a importância de pactuar referências para a linha de apoio diagnóstico, nos casos de exames mais complexos e para os quais a demanda é menos frequente.

Por fim, foram planejadas ações relacionadas ao objetivo de “Construir estratégias de matriciamento e teleconsultoria com outros serviços da rede”. As ações contempladas neste objetivo são corroboradas pelas diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à Saúde, definidas na Portaria de Consolidação Nº 03/2017. Uma das estratégias correspondentes à diretriz “Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS” contempla a ampliação da cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da “segunda opinião formativa” (BRASIL, 2017b).

O processo desenvolvido possibilitou a identificação de situações-problemas centrais para a linha de cuidado das mulheres e dos bebês nos percursos da rede de atenção e internamente no hospital. O resultado apresentado só foi possível pela implicação dos trabalhadores e gestores com a proposta e com a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e práticas no hospital. Evidencia-se, dessa forma, um caminhar para a construção de, como sugerem Ceccim e Ferla (2008), espaços criativos e sensíveis na produção da saúde, um dos objetivos da educação permanente.

## **Considerações**

O plano de intervenção foi estruturado como um movimento do grupo para, a partir da análise da realidade concreta, realizar a sistematização de possíveis ações estratégicas que possam enfrentar as fragilidades levantadas pelo grupo como causas da respectiva situação/problema central. Cabe ressaltar que essas fragilidades foram levantadas a partir da articulação e mobilização dos próprios trabalhadores do serviço e da gestão estadual, assim como, os objetivos e estratégias de superação das mesmas foram traçados por esse grupo em um potente processo de intercâmbio de conhecimentos, ideias e subjetividades, que estruturaram essa a ferramenta de gestão apresentada.

Vale refletir sobre a importância da aposta em buscar pelo cuidado centrado nas pessoas e suas necessidades, incluindo a sabedoria e a experiência de quem o produz no cotidiano dos serviços, ou seja, trazendo a perspectiva dos trabalhadores. Além disso, provocando significações sobre o caráter pedagógico dos encontros que os trabalhadores produzem junto aos usuários.

O ano de 2021 foi designado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores em reconhecimento à dedicação e atuação na pandemia de Covid-19 e destacando o papel essencial dos trabalhadores da saúde de cuidar dos cidadãos em nível global. A campanha na Região das Américas ganhou o tema “PROTEGER. INVESTIR. JUNTOS”, que destaca a urgência em aumentar o investimento e a proteção desses trabalhadores e o seu reconhecimento, ressaltando a importância de investimento e proteção em todos os momentos, não apenas durante emergências de saúde (OPAS/OMS, 2021).

Para tanto, o envolvimento dos profissionais de saúde do HJN como participantes ativos na discussão do diagnóstico dos problemas relacionados ao processo de trabalho, a provocação de desvendar detalhadamente esses problemas no que tange às questões administrativas, estruturais e ao desempenho do seu próprio trabalho, e a proposição de soluções para o enfrentamento é uma oportunidade ímpar para que, cada um desse grupo se sinta parte da intervenção e possa se identificar na qualificação efetivada, nas mudanças vivenciadas e no sucesso do serviço frente aos usuários mães e bebês pernambucanos.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017a. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 21/07/2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017b. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXOITITIIICAPIV](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOITITIIICAPIV). Acesso em: 21/07/2021.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2008, 6(3), p. 443-56.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe6, pp. 70-83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>>. Acesso em: 04/08/2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/ano-internacional-dos-trabalhadores-saude-e-cuidadores-2021>. Acesso em: 04/08/2021.

ORTEGÓN, E.; PACHECO, J. F.; PRIETO, A. Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación del proyectos y programas. Santiago de Chile: Ilpes; Cepal, 2005. Acesso em: 08/02/2021.

PERNAMBUCO. Resolução CIB N° 1876 de 26 de março de 2012. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol\\_cib-pe\\_1876\\_plano\\_regional\\_rede\\_cegonha\\_da\\_iv\\_geres.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1876_plano_regional_rede_cegonha_da_iv_geres.pdf). Acesso em: 11/07/2021.

PERNAMBUCO. Resolução CIR N° 105/2012, da IV Região de Saúde. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/0B7zfo4BJjuSPbjJ5Szk2akRPSzQ/view?resourcekey=0-V\\_egHhhvrHJ7z5MvDflygg](https://drive.google.com/file/d/0B7zfo4BJjuSPbjJ5Szk2akRPSzQ/view?resourcekey=0-V_egHhhvrHJ7z5MvDflygg). Acesso em: 11/07/2021.



# EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO VINNASCER NA PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO DA GESTANTE À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

*Lílian Silva Sampaio de Barros  
Maria Gilcia do Nascimento Dantas de Sá  
Régia Maria Batista Leite  
Roseane Leite Lopes  
Vanessa Alves de Souza*

## Introdução

Desde o ano de 2011 a Rede Cegonha (RC) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) como a principal estratégia para reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil. Os objetivos e diretrizes buscam construir uma rede de assistência que acolha às mulheres e promovam o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada no pré-natal, parto e no pós-parto e para criança até os 2 anos de vida, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Com a implantação da RC, os estados e municípios receberam recursos para construção, reforma, qualificação dos serviços com custeio de leitos de centros de parto normal, de alto risco, unidade de terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2011), entre outros investimentos que buscaram estruturar a rede de cuidados materno e infantil. Entretanto, algumas estratégias como a qualificação dos leitos para o modelo pré-parto, parto e puerpério (PPP), não foi bem sucedida o quanto o MS pretendia, como afirma Pasche et al (2021), em estudo sobre o tema com 575 hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para além das mudanças trazidas pelos investimentos apontados, a RC fortaleceu a necessidade da efetivação nos serviços de atenção a saúde materna de leis que vinham sendo negligenciadas pelos serviços e por suas equipes. A Lei do Acompanhante, que em seu Artigo 19-J determina a obrigatoriedade de permitir “a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 2005, p. 1) e a Lei da Vinculação da Gestante à maternidade que determina sua vinculação à unidade “em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência” e a complexidade da maternidade deve acolher e a “prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério” (BRASIL, 2007, p 1).

Santos et al (2021) compreendem que aumento da cobertura de pré-natal, a captação precoce da gestante para início oportuno do acompanhamento, a capacitação da equipe da atenção primária a saúde e a garantia da vinculação da gestante a maternidade, proporcionam uma assistência resolutiva e de qualidade, conforme as leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), além de poder mudar a realidade da Razão de Mortalidade Materna (RMM), ao fortalecer a rede e contribuir para evitar os óbitos.

Segundo Popolli et al (2018), a vinculação da gestante com a maternidade é capaz de influenciar mulheres na decisão quanto à preferência pelo parto normal. No seu estudo, frisou que todas as grávidas pesquisadas, destacaram a importância da visita à maternidade de referência para o nascimento, com foco na humanização por levar segurança, conforto e conhecimento para o momento.

As ações educativas, voltadas para informações e orientações sobre como acontece o parto (desde a admissão hospitalar até o encaminhamento para o centro cirúrgico) ajudam a reduzir a insegurança e a ansiedade das mulheres e devem acontecer durante o pré-natal e na visita de vinculação da gestante a sua maternidade de referência (SAMPAIO et al, 2018).

Assim como o parto, todo período gestacional é marcado por uma gama de alterações fisiológicas que tornam o organismo da gestante, mais susceptível a infecções. Entre elas, a infecção viral pelo SARS-COV-2, agente etiológico da Covid-19 responsável pela pandemia que expõe todos ao risco de óbito, em especial os grupos de risco, que inclui gestantes. Diante das possíveis complicações para gestantes e feto, é necessário o cuidado profissional, principalmente de enfermeiras, na busca por superar os desafios que estão presentes neste contexto (ESTRELA et al, 2020).

Com isso, buscou-se descrever como o Projeto VinNascer, responsável pela promoção da vinculação da gestante à maternidade, realizou educação em saúde e promoveu o direito da gestante e acompanhante à informação, mesmo nas limitações impostas por medidas de segurança, frente ao cenário de pandemia do Covid-19.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência descritivo de abordagem qualitativa, a partir de situação vivida por participantes do programa VinNascer na maternidade do Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS).

A unidade foi inaugurada em 01 de março de 1991, e atualmente é serviço de referência em média complexidade da VII Região de Saúde com sede na cidade de Salgueiro. Atende urgências e emergências clínica, cirurgia geral, clínica médica (com UTI adulto), obstetrícia, pediatria, neonatologia (com serviços de UCI e UTI), ortopedia e saúde mental.

O hospital recebe pacientes de diversos estados, devido estar localizado na região conhecida como “Encruzilhada do Nordeste” por se encontrar equidistante cerca de 500 km, de praticamente todas as capitais nordestinas.

O Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS) é uma unidade componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e da Rede Materna e Infantil, tem o perfil de atendimento para pacientes de baixa e média complexidade. Para os casos que exigem um cuidado obstétrico de alta complexidade, a referência é o Hospital Dom Malan, localizado na cidade de Petrolina-PE, IV Macrorregião de Saúde.

O relato de experiência baseia-se fundamentalmente na memória dos partícipes e na análise dos eventos vividos que resultam em sua narrativa (CAPRA, 2005).

A implantação da vinculação das gestantes, é voltada para os partícipes dos 7 (sete) municípios que compõem a VII Região de Saúde: Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante, à Maternidade, em cumprimento da Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação ao serviço onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde, seguindo o Princípio da Regionalização.

Para organização das atividades, considerou-se como critério de inclusão, mulheres primigestas em curso de segundo ou terceiro trimestre da gestação.

Sampaio (2018) na sua pesquisa que tratou da vinculação de gestantes à maternidade de referência e ouviu gestantes em entrevista, constatou que a visita na maternidade do estudo ocorria entre o sétimo e o nono período gestacional.

A criação do projeto iniciou em 2017 com o início da elaboração do mesmo e após apresentação em Comissão Intergestores Regionais – CIR, passou por reformulação em 2019 e posteriormente foi posto em prática, com a efetivação as visitas das gestantes e acompanhantes à maternidade do Hospital Regional Inácio de Sá – HRIS.

O programa funcionou plenamente até meados de 2020 quando foi necessária, sua interrupção em consequência da Pandemia de Covid-19 e a adaptação de sua concepção inicial à situação pandêmica.

### Relato da experiência

A luta pela redução da taxa de cesáreas e valorização do parto normal t,em acontecido de forma persistente no HRIS. O percentual de partos normais ainda contempla apenas 32% do número total de nascimentos da unidade, com um total de aproximadamente 200 partos/mês.

A necessidade do serviço de ter uma ação educativa e fortalecedora para o incentivo a adesão ao parto normal, levou uma equipe formada de enfermeiros gestores e assistenciais a elaborar um projeto que buscou aproximar mulheres e acompanhantes ao serviço hospitalar, por meio da efetivação da lei de vinculação das mulheres com a maternidade.

Além disso, conhecer previamente a maternidade está relacionado a reduzir a ansiedade pela expectativa do nascimento em ambiente hospitalar. Antes da criação deste projeto não havia atividade de educação em saúde com essa finalidade e a mulher conhecia o local de parir apenas na hora do parto ou pelos relatos de terceiros, que repassavam suas experiências pessoais, positivas ou não, contribuindo para a tensão da gestante e família, por medo do desconhecido.

O projeto citado, recebeu o nome de “VinNascer” pela união das palavras “vinculação” e “nascimento”. Dentre os objetivos, destacam-se os principais descritos no Quadro 1.

*Quadro 1: Descrição dos principais objetivos do Projeto VinNascer, do HRIS, 2021.*

<b>PROJETO VINNASCER – OBJETIVOS GERAIS</b>
Promover o conhecimento e a vinculação das gestantes dos municípios que compõem a Região de Saúde e seus respectivos acompanhantes desde o ato do início no pré-natal à Maternidade do HRIS.
Permitir a construção da corresponsabilidade dos acompanhantes e familiares frente às demandas do Ciclo gravídico-puerperal.
Incluir atividades de educação em saúde para as gestantes e seus acompanhantes.
Contribuir para uma assistência segura, qualificada e focada no bem estar das gestantes da VII Região de Saúde.
Fortalecer a Rede Regional na Linha de Cuidado Materno-Infantil.

Fonte: Produzido pelos autores

Um grande apoio para o desenvolvimento das atividades de Educação em Saúde do VinNascer, é a contribuição das enfermeiras residentes. Em 2018, o HRIS tornou-se campo de prática de estágio do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO) da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e desde então, tem sido protagonista na luta pelo incentivo ao parto normal, muitas vezes, ao lado do VinNascer.

O programa conta com a entrada de 2 residentes anualmente, que desenvolvem suas atividades práticas nos setores da unidade, colaboram e aprendem com a assistência direta às mulheres e com ações de educação em saúde.

Além deste apoio, há a colaboração dos demais enfermeiros obstetras e profissionais multidisciplinares para condução das atividades propostas pelo VinNascer, no âmbito hospitalar. Também deve ser ressaltado que antes das visitas acontecerem, profissionais da atenção básica (gestores e enfermeiros assistenciais) são atores importantes e responsáveis pela busca ativa e agendamento das gestantes que estão dentro dos critérios para participação do VinNascer.

A necessidade da vinculação de maneira integrada com os municípios e sua equipe de Atenção Primária a Saúde (APS) e o hospital, através da visita à maternidade de referência para o parto, foi vista como uma forma de preparar as gestantes e minimizar os anseios e medos expressados por elas e seus acompanhantes (cônjuge e/ou familiares).

Sabe-se que o início da orientação em relação ao parto deve iniciar já no pré-natal para que a gestante possa dirimir todas as suas dúvidas e esses esclarecimentos devem permanecer da sua admissão hospitalar até a alta (SAMPAIO, 2018).

Inicialmente, buscava-se reduzir esses medos e promover a vinculação, apenas oferecendo a visita supervisionada, em todo o percurso obstétrico do trinômio mãe/bebê/acompanhante, no hospital, auxiliando na construção da corresponsabilidade dos acompanhantes e familiares frente às demandas do Ciclo gravídico-puerperal.

Após sua reformulação em 2019, foi vista a necessidade e oportunidade de otimizar o momento da visita ao hospital, incluindo atividades de educação em saúde para as gestantes e seus acompanhantes, realizadas em forma de rodas de conversa, a fim de contribuir para uma assistência segura, qualificada e focada no bem-estar do trinômio, além de fortalecer a Rede Regional na Linha de Cuidado Materno-Infantil.

Em projeto de vinculação relatado por Galvão e Ferreira (2019), as gestantes e seus acompanhantes obtiveram através da visita, informações sobre o que envolve o gestar e parir, ora desconhecidas por esses usuários do SUS, e como resultado, trouxeram a aproximação entre a gestante e os profissionais da saúde da unidade visitada.

Apesar de notar que a maioria dos partícipes não tinha grau de instrução elevado, buscamos ampliar a compreensão das informações por meios mais didáticos visando a equidade que garantisse informação a todos, independentemente do grau de instrução.

Alves e Muniz (2019) afirmam que gestantes com menores níveis de escolaridade e com vida

social desfavorável podem ter dificuldade de acesso a informação e aos cuidados de saúde, que são imprescindíveis ao desenvolvimento de uma gestação saudável.

Em cada encontro do VinNascer, é planejado um tema de abordagem educativa, porém, por se tratar de Roda de Conversa, existe espaços para discussões em subtemas surgidos no diálogo, o que gera uma maior participação ativa dos partícipes. No quadro 2, é possível uma ampla visão sobre os temas gerais e adjacentes, abordados nas atividades presenciais, antes do cenário pandêmico.

*Quadro 2: Rodas de conversa do Projeto VinNascer, antes da pandemia do Covid-19, do HRIS, 2021.*

TEMA GERAL	TEMAS ADJACENTES
Medo da dor no parto	Fatores estimuladores para o medo.
	Fatores estimuladores para a dor.
	Métodos não farmacológicos para alívio da dor.
Benefícios do parto normal	Como o bebê se beneficia do nascimento natural.
	Como a mulher se beneficia do nascimento natural.
	Como a rede de apoio se beneficia do nascimento natural.
Violência e Boas Práticas: Como diferenciar	Como a violência obstétrica se manifesta.
	Como a mulher pode ser ativa durante as boas práticas obstétricas.
	Como o conhecimento pode oferecer poder sobre seu corpo.
Quando o parto cesáreo será uma boa escolha	Indicações reais de parto cesáreo
	Riscos e cuidados frente a um parto cirúrgico.
Lei do acompanhante – 11.108/2005	Papel do acompanhante durante o pré-natal, parto e puerpério.

Fonte: Produzido pelos autores

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde (2017, p. 14), as mulheres devem estar informadas sobre o local onde vão parir e ter “acesso à equipe médica (...), acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas (...), acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (...), a probabilidade de ser transferida para uma maternidade”, entre outras informações que claramente são importantes e podem ser fornecidas no momento de visita à maternidade.

Em todas as rodas, havia suporte de aparelhos audiovisuais (notebook, data show e caixas de som) para auxiliar a introdução ao tema com apresentação de vídeos e entrega de panfleto com as informações da Cartilha do Acompanhante, que descreve o papel deste, no cenário do parto.

Dentro do VinNascer, foi estabelecido então, junto aos gestores municipais e equipes da unidade de Saúde da Família (USF), o fluxo de vinculação através de um mapa que semanalmente é preenchido pelo apoiador municipal do Projeto juntamente com a Coordenação hospitalar do VinNascer, onde agendávamos, organizávamos e supervisionávamos as visitas que aconteciam uma vez por semana, em dois turnos.

As ações desenvolvidas pelos atores do VinNascer (Coordenador hospitalar do projeto, enfermeiras residentes, apoiadores municipais, enfermeiras da atenção básica e Agentes Comunitários de Saúde) fortalecem a intersetorialidade no processo de trabalho. O quadro 3 descreve o fluxo da visita a maternidade, ofertada pelo VinNascer, antes da Pandemia do Covid-19 e explica sobre os papéis de

cada ator envolvido.

*Quadro 3: Fluxo de atividades do VinNascer e descrição de atores, antes da pandemia do Covid-19, do HRIS, 2021.*

ATIVIDADE PROPOSTA	PÚBLICO-ALVO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	MATERIAIS USADOS
Elencar gestantes/ acompanhantes para a visita à maternidade;	Primigestas entre 2º e 3º Trimestre de Gestação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro da Atenção Básica – PSF</li> <li>• Agente Comunitário de Saúde - ACS</li> <li>• Apoiador Municipal do VinNascer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise do cartão de pré-natal</li> </ul>
Agendar o dia/ horário da visita à maternidade;	Apoiador Municipal do VinNascer;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Coordenadora Hospitalar do VinNascer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa de Agendamento (Impresso)</li> <li>• Computador (email)</li> </ul>
Recepcionar as gestantes e acompanhantes na maternidade;	Gestantes e acompanhantes agendados previamente;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Coordenadora Hospitalar do VinNascer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carimbo de Presença no cartão de pré-natal;</li> <li>• Contra-referência entregue as gestantes;</li> </ul>
Conduzir a atividade educativa em forma de Roda de conversa;	Gestantes e acompanhantes;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Coordenadora Hospitalar do VinNascer;</li> <li>• Enfermeiras residentes;</li> <li>• profissionais convidados (multidisciplinar);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notebook;</li> <li>• Datashow;</li> <li>• Caixa de Som;</li> <li>• Panfleto da Cartilha do Acompanhante;</li> </ul>
Conduzir a visita nos setores hospitalares;	Gestantes e acompanhantes;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Coordenadora Hospitalar do VinNascer;</li> <li>• Enfermeiras residentes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placa de identificação como participante do projeto;</li> </ul>

Fonte: Produzido pelos autores

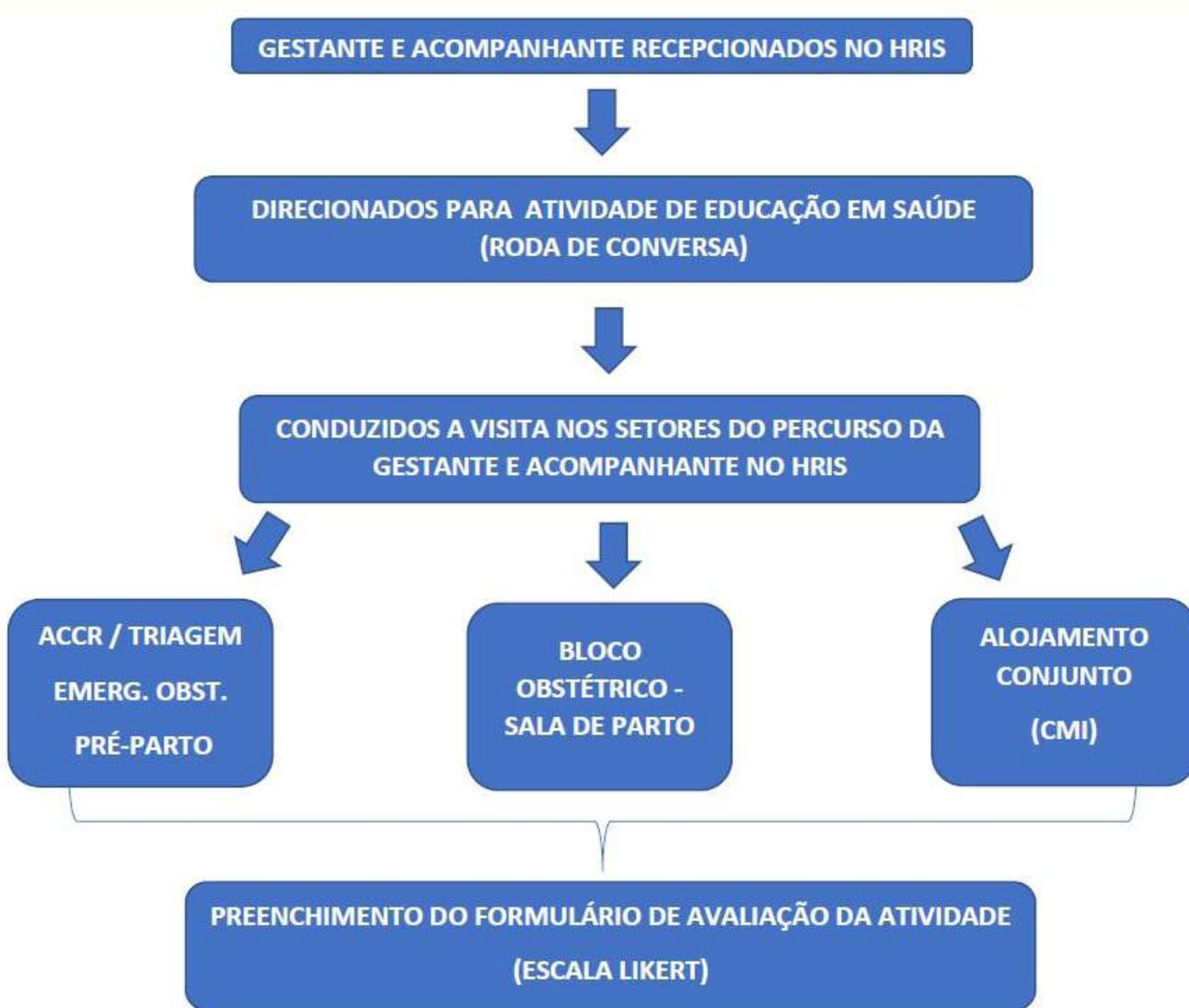
A ideia de utilizar materiais visuais, surgiu ainda no período pré-pandemia ao perceber que algumas gestantes e/ou acompanhantes, não tinham grau de instrução elevado e com isso, buscamos ampliar a compreensão das informações por meio da valorização dos saberes prévios dos partícipes, ao passo que no diálogo construído nas rodas, informações pertinentes eram repassadas com linguagem coloquial e demonstradas em imagens/vídeos, ainda por meio de computadores, data show ou banners com fotos e depoimentos de mulheres sobre sua experiência com o nascimento.

Apesar da tecnologia ainda fazer parte das atividades, já existia um desejo de substituição por métodos que estivessem mais próximos destas mulheres e famílias. A criação da Cartilha do Acompanhante, foi uma forma de levar a informação compartilhada na roda, para dentro de suas casas e reforçar o papel/importância do apoio dado pelo acompanhante no momento do pré-natal, parto e pós-parto.

Tudo isso, aos poucos foi substituindo o tradicional método de *slides* e leituras, comumente usados em palestras e aulas, mas que não surtia o mesmo efeito de participação coletiva.

Após o momento coletivo de troca de saberes, por meio da roda de conversa, os partícipes são conduzidos a visita em todo o percurso realizado dentro do hospital, pela gestante e acompanhante no dia do parto, e depois avaliam a atividade por meio de um questionário com <sup>2</sup>Escada de Likert, conforme o fluxograma abaixo, na Imagem 1.

Imagem 1: Fluxograma da visita ao percurso da gestante e acompanhante, realizada pelo VinNascer, no HRIS, 2021.



Fonte: Produzido pelos autores

Ao término da visita intersetores da maternidade, a gestante e seu acompanhante de livre escolha, respondem a um questionário que busca conhecer a visão dos partícipes quanto às atividades desenvolvidas no projeto. Uma avaliação de satisfação que varia desde a discordância total do que foi apresentado a concordância total do que colocado, conforme dispõe a imagem 2, a seguir.

2 MENDES E MEGID (2021, p. 45). A Escala de Likert ou Escala Atitudinal é “usada em questionários, incluindo pesquisas de opinião, para especificar o nível de concordância para cada afirmação relacionada ao assunto”.

Imagem 2: Escala de Likert utilizada no questionário de avaliação da atividade proposta pelo VinNascer, no HRIS, Salgueiro, 2021.

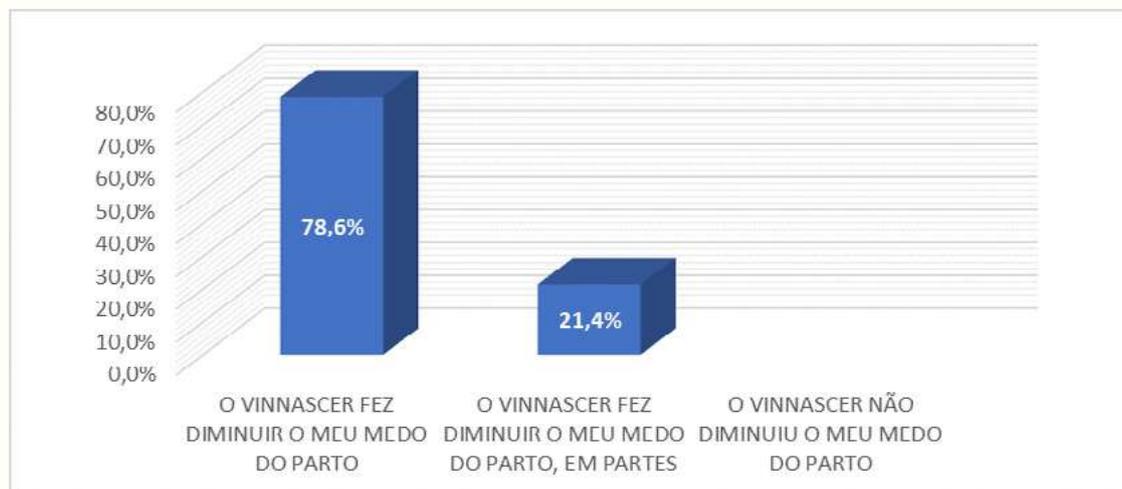
Como resultado final	SIM	EM PARTE	NÃO
1. A visita à maternidade superou às suas expectativas?	😊	😐	😞
2. Sentiu-se satisfeita quanto às atividades desenvolvidas na visita?	😊	😐	😞
3. A estrutura do hospital estava adequada?	😊	😐	😞
4. A visita à maternidade reduziu os medos e anseios?	😊	😐	😞
5. Teve dificuldade de deslocamento até a maternidade?	😊	😐	😞
6. Você sentiu-se acolhida pelos profissionais?	😊	😐	😞
7. Você recomenda que outras gestantes e acompanhantes faça parte do projeto?	😊	😐	😞

Fonte: Produzido pelos autores

Após a efetivação do Projeto VinNascer, foi realizado um levantamento da análise dos questionários aplicados aos partícipes das três primeiras visitas, consideradas como visitas piloto do projeto, que participaram 32 pessoas, entre gestantes e acompanhantes, do município de Salgueiro, sede da VII Regional de Saúde.

Dentre alguns dados, destaca-se que 78% confirmou que o VinNascer reduziu seus medos relacionados ao parto, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 : Relação de gestantes e acompanhantes quanto a opinião da redução de medos e ansiedades após o VinNascer, no HRIS, Salgueiro, 2021.



Fonte: Produzido pelos autores

Corroborando ao achado, Travancas e Vargês (2020) relatam que o medo da dor é algo cultural e histórico, que quando associado ao parto, reflete o medo de complicações, de realização de intervenções consideradas desnecessárias e da associação da dor a um sofrimento, que está associado a insegurança gerada por falta de conhecimento da gestante e todos do seu convívio familiar.

Outro achado importante neste levantamento, é o dado que mostra a assiduidade dos partícipes, em relação ao agendamento prévio. Apenas 6,3% das gestantes compareceram sem o acompanhante, como mostra o Gráfico 2.

*Gráfico 2: Relação de gestantes e acompanhantes e sua assiduidade as visitas previamente agendadas, no HRIS, Salgueiro, 2021.*



Fonte: Produzido pelos autores

Brum (2020), afirma que a participação do acompanhante em grupos de educação em saúde perinatal, auxilia na retomada do protagonismo da mulher ao passo que este acompanhante possa ser apoio de intermediação ao interpretar os desejos da mulher no parto, por isso a importância do suporte contínuo deste elo familiar.

O levantamento das visitas piloto, também mostrou que 100% acreditam que a visita à maternidade é uma experiência que toda gestante deveria vivenciar.

Corroborando com este dado, Costa et al (2020) afirmam que a visita a maternidade é uma estratégia de humanização, para apoiar mulheres que passam por muitas mudanças durante a gestação, entre elas, o aumento da ansiedade, expectativa e preocupação ao parto e puerpério, com o objetivo de acolher e proporcionar a melhor vivência possível, para gestante, bebê e acompanhante.

Para fortalecer a contrarreferência a Atenção Primária a Saúde (APS), as gestantes recebem um carimbo na Caderneta do Pré-Natal e um comprovante de participação em atividade educativa e vinculação a maternidade, destinado ao enfermeiro responsável pelo pré-natal, na Unidade Básica de Saúde (UBS), que também é adjuvante nos papéis de informar, orientar e preparar.

As mulheres em trabalho de parto apresentam maior conhecimento sobre o processo, quando recebem informações fornecidas pela equipe de forma esclarecedora e assim mais satisfação de sua parturição (SAMPAIO, 2018).

Em meados de março de 2020, conforme orientação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), as atividades desenvolvidas e classificadas como não emergenciais, foram suspensas devido a identificação dos primeiros casos de Covid-19 no estado, além da confirmação de que gestantes constituem um grupo de risco para a infecção.

A Educação em Saúde já se confirmava como um dos principais pilares do Projeto VinNascer, e diante desta certeza, o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da ESPPE (outro pilar da Educação em Saúde no âmbito hospitalar), se fez presente na soma de ações para fortalecer este projeto, mesmo diante da pandemia do Covid-19. Iniciava-se neste momento, um plano de adaptações necessárias para continuar educando em saúde, oferecendo informações técnicas de fácil compreensão, sem desprezar os saberes prévios e os valores culturais das gestantes e suas redes de apoio, fortalecendo uma troca de saberes.

Ao passo que o planejamento acontecia, foi observada uma mudança no fluxo obstétrico hospitalar. Gestantes e acompanhantes mostravam-se apreensivos com a situação da pandemia, mas relatavam não entender em quais situações deveriam permanecer no isolamento social, buscar atenção primária ou se direcionar a emergência obstétrica. Com isso, durante a classificação de risco, observamos que pacientes classificadas como Verde, continuavam a frequentar o ambiente hospitalar.

Ao passo que notava-se que este público não poderia estar presente nas atividades propostas pelo VinNascer, enxergava-se como saída, poder ir até essas mulheres e levar Educação em Saúde em uma sala de espera e/ ou no consultório de triagem e classificação de risco. Os materiais anteriormente usados nas rodas de conversa, começaram a ganhar espaço nos corredores, nas paredes, nas falas e nas mesas das residentes de enfermagem obstétrica que acolhiam e recebiam a população alvo. É o caso do dilatômetro construído a base de isopor e papel cartolina, para demonstração de dilatação cervical e melhor compreensão sobre fase latente e fase ativa do trabalho de parto.

Os espaços que as gestantes e seus acompanhantes precisavam passar em algum momento, no ambiente hospitalar, ganharam banners com fotos demonstrando os métodos para alívio da dor no parto, liberdade de escolha de posições, além de informações escritas e visuais sobre violências obstétricas e boas práticas no nascimento. Outros materiais utilizados em atividades anteriores do PREO, foram reutilizados mostrando depoimentos de mulheres no pós-parto, trazendo a visão das puerperas na Regional de Saúde sobre o nascimento.

Ao perceber as mudanças proporcionadas no ambiente físico da maternidade do HRIS e a nova forma de realizar triagem obstétrica levando educação em saúde de forma visual pelas residentes do PREO e coordenação VinNascer, recebemos o convite do Programa Mãe Coruja para realizarmos um momento educativo junto às mulheres cadastradas no programa e seus familiares.

O Programa Mãe Coruja Pernambucana (PMCP) é um dos programas sociais brasileiros de referência na área materno-infantil, sendo reconhecido e premiado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização dos Estados Americanos (OEA), como modelo de Gestão de Política Pública. Foi implantado em 2007, tornou-se política pública em 2009 (Lei nº 13.959) e está presente em 105 municípios das 12 Regiões de Saúde. O Programa oferece apoio às mães em seus ciclos gravídico e

puerperal e aos seus filhos até o 5º ano de vida, garantindo a eles um desenvolvimento saudável e harmonioso. O PMCP vem de parcerias entre estado, municípios e sociedade e vem melhorando os indicadores sociais (PERNAMBUCO, 2021).

O PMCP buscava parcerias para promoção de educação em saúde para todo o público alvo da região de saúde, surgia então, um novo método de adaptação do VinNascer, desta vez pensando nas gestantes que encontravam-se isoladas em seus domicílios e seus familiares em época de pandemia. O recurso de transmissão ao vivo, denominado “live”(inglês *viver/ao vivo*), trazia para o PMCP e para o VinNascer uma forma de atrair o público para mais próximo da maternidade, desta vez, utilizando-se da ferramenta internet.

As *lives* promovidas pelo PMCP e participação da Coordenação VinNascer e das residentes do PREO começaram a acontecer semanalmente com diversos temas a serem discutidos. Um dos desafios encontrados, foi o receio de que este recurso não fosse democrático e acessível a todos, porém, surgia como uma opção diante das poucas disponíveis em um momento que as gestantes e sua rede de apoio encontravam-se distante do meio hospitalar e ansiosas com as incertezas trazidas no momento da primeira onda de infecção por Covid-19, no Brasil.

Para surpresa de todos os idealizadores e organizadores, as transmissões via internet ao vivo (*lives*) apresentaram um alcance superior ao esperado, levando em consideração o perfil socioeconômico das mulheres acompanhadas pelo PMCP, que refletem na dificuldade ao acesso de internet e/ou computadores.

As transmissões tinham como público alvo, as mulheres e a comunidade, mas também se estendeu aos espectadores profissionais de saúde, que utilizavam o espaço para se atualizar nos muitos assuntos abordados, tirar dúvidas e servir de ponte para levar informação de qualidade, àquele público que não tinha acesso direto a rede de internet.

Ainda no contexto do Covid-19 dentro do VinNascer, as residentes do PREO e seus preceptores desenvolveram fluxogramas para acolhimento, triagem e classificação de risco para a gestante com sintomas gripais e suspeita de infecção pelo coronavírus. No HRIS os fluxogramas foram discutidos com a Comissão Técnica de Combate ao Covid-19 local, que aprovou e instituiu no setor obstétrico deste serviço. Os fluxogramas elaborados passaram a ser utilizados pela Coordenação de Atenção Primária da VII Gerência Regional de Saúde (VII GERES) e sugeridos aos municípios para implantação na sua rede local, estendendo ainda mais o alcance do material produzido.

A partir dessa produção, as *lives* de educação em saúde do Mãe Coruja e VinNascer, também incluíram a abordagem semanal sobre o passo-a-passo do que a gestante deveria fazer em caso de sintomas suspeitos de infecção pelo Coronavírus. Profissionais de saúde também foram participantes assíduos neste tema que, por se tratar de uma nova situação de saúde, toda temática relacionada ao assunto abria espaços para dirimir dúvidas e solicitações de orientações por parte de profissionais e gestantes.

Ainda com a preocupação de, por questões sociais, muitas gestantes não terem acesso a ferramenta internet, o projeto VinNascer seguiu buscando identificar espaços frequentados pelas gestantes para desenvolver outros métodos educativos.

No quadro 4, é possível comparar a atividade do VinNascer antes e durante a pandemia. Apesar do público-alvo ser o mesmo, foi necessário traçar estratégias para alcançar as gestantes, muitas deles, em isolamento social.

Quadro 4: Comparativo de atividades do VinNascer, desenvolvidas antes e durante a pandemia do COVID-19, no HRIS, Salgueiro, 2021.

CRITÉRIO AVALIADO	ANTES DA PANDEMIA	DURANTE A PANDEMIA
Público-alvo	Gestantes e acompanhantes, agendadas pelo VinNascer;	Gestantes, familiares, profissionais de saúde, público em geral;
Atividade de Educação em Saúde	Rodas de Conversa;	Transmissão online ao vivo ( <i>lives</i> )
	Exposição de Banners com imagens e depoimentos na sala do VinNascer;	Exposição de materiais lúdicos em diversos setores da maternidade.
Temas abordados nas atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo da dor no parto;</li> <li>• Benefícios do parto normal;</li> <li>• Violência obstétrica e boas práticas;</li> <li>• Parto cesário;</li> <li>• Lei do acompanhante;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de trabalho de parto e sinais de alerta;</li> <li>• Sinais e sintomas de Covid-19 em gestantes;</li> <li>• Fluxo de gestantes positivas para Covid-19 na VII GERES.</li> </ul>
Materiais utilizados	Computador, data show, Caixa de som, banners;	Massa de modelar, EVA, cartolina, tinta guache, isopor, feltro, tecidos.

Fonte: Produzido pelos autores

Em 2021, as datas comemorativas voltadas para discussões de saúde, se constituíram de novas oportunidades para elaboração de materiais lúdicos para educação em saúde. Por exemplo as ações do mês de maio em alusão à redução da mortalidade materna e em agosto, para fortalecimento da amamentação.

Nesta ocasião, as residentes do PREO, com supervisão da tutoria de campo que também coordena o projeto VinNascer, desenvolveram uma exposição visual sobre as vias de nascimento e seus riscos e benefícios. Utilizaram-se de materiais como tinta a dedo, massa de modelar, tecidos e etc, para demonstrar todas as incisões realizadas no abdômen gravídico em situação de cirurgia cesárea, quantidade de sangue perdido em situações fisiológicas em parto normal e parto cirúrgico, além da diferença e tecidos atingidos em uma episiotomia<sup>3</sup> e uma laceração perineal, como também demonstraram diferenças anatômicas no colo do útero com dilatação nas fases do trabalho de parto.

Com a exposição visual, gestantes internas e acompanhantes, profissionais de saúde e de outras áreas como segurança e administração hospitalar, pararam para prestigiar e tirar dúvidas sobre o tema, de forma que estes se transformaram em multiplicadores para os demais. Além dos enfermeiros obstetras, que também se envolviam na discussão de forma a fomentar ideias para Educação Permanente na obstetrícia hospitalar.

Seguimos em constantes reflexões, com abertura para todas as formas de criatividade, a fim de inovar e adaptar nas novas formas de educar em saúde. Tendo em vista que ainda não é possível voltar ao propósito inicial do VinNascer, que é a visita de vinculação na presencial, o PREO e o PMCP, seguem como firmes aliados neste papel inovador diante de um cenário tão desafiador, que é a Pandemia do Covid-19.

3 GUIMARÃES, et al. 2018. Incisão cirúrgica na região da vulva, realizada no momento de expulsão do conceito, classificada de acordo com a sua localização, podendo ser lateral, médio-lateral e mediana.

Contudo, sabemos que as gestantes constituem um grupo de risco para infecção do Coronavírus. E este ainda é o principal desafio para o retorno das atividades presenciais do VinNascer, que acontece no hospital (ambiente com alto risco para contaminação).

Espera-se formações de mais parcerias que levem educação em saúde para gestantes e familiares, assim como o PREO e o PMCP, para driblar a impossibilidade da gestante ir até a maternidade para efetivar a vinculação. Enquanto isso, aguarda-se o controle da pandemia do Covid-19, com articulações do HRIS e VII Regional de Saúde, buscando meios para alcançar a curto prazo, a meta de continuidade das atividades propostas pelo VinNascer.

## Conclusão

Compreende-se que a Pandemia do Coronavírus trouxe reflexões necessárias sobre a importância de trabalhar meios de educação em saúde, sobretudo de forma extramuros, com equidade e democracia. Para o projeto VinNascer do Hospital Regional Inácio de Sá, a reflexão também vem para modificar a forma de continuar a ofertar o propósito da vinculação da gestante ao serviço de referência para o nascimento.

Está sendo realidade, entender que é possível a maternidade ir até a gestante, no momento que o inverso não seja possível por razões de segurança do trinômio mãe/filho/acompanhante.

Os resultados são percebidos a partir da fala das gestantes que são atendidas na maternidade e relatam ter sido bem orientadas com os recursos disponíveis na adaptação do Projeto VinNascer, além das falas dos profissionais da Atenção Primária que reforçam o quão tem sido positivo para fortalecimento das ações de saúde, visto que este é o primeiro espaço que desenvolve Educação em Saúde como prevenção e promoção de saúde.

A cada acontecimento, há reuniões de adaptação para pensar estratégias para alcançar de forma segura, o maior número de pessoas do público alvo. Enquanto a pandemia não acaba, o projeto VinNascer segue desenvolvendo parcerias e pensando novas formas de educar em saúde.

Como resultado positivo, também destaca-se a premiação da Coordenação Estadual do PMCP ao equipamento de saúde local do programa, o Canto Mãe Coruja da VII GERES, pelo desenvolvimento das *lives* durante a pandemia em parceria com o VinNascer e Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da ESPPE, que conta com vídeos salvos em plataformas com mais de 1000 (mil) acessos.

As adaptações seguem em constantes discussões para pensar novas atividades, pois apesar de ter como potencialidade o baixo custo, ainda apresenta como limitação, as dificuldades para alcançar diversos níveis sociais com a mesma atividade, além da limitação física causada pela própria pandemia, de não poder realizar encontros presenciais e com maior número de participantes.

Nos últimos planejamentos, há a ideia de levar Educação em Saúde em forma de vídeos elaborados na maternidade, a partir das boas experiências de parturientes para as unidades de saúde onde são realizados o pré-natal e que também mostre o percurso realizado na visita presencial do projeto VinNascer, apresentando aos espectadores os setores da obstetrícia do hospital e a sala de parto.

Com o avanço da Política de Imunização voltada a gestantes, também está em pauta, a busca por uma metodologia ativa e que respeite o distanciamento social, para promover Educação em Saúde

para este público no momento da vacinação para o Covid-19.

A coordenação do programa VinNascer vem usando a criatividade para inovar a partir da realidade vivenciada. É importante destacar que o VinNascer está aberto a futuras parcerias em busca de melhorar a qualidade do cuidado para as mulheres sertanejas, durante e depois da pandemia do Covid-19.

## Referências

ALVES, Any Caroline da Silva; MUNIZ, Elivia Carneiro. Mortalidade materna no nordeste: prevalência e caracterização dos casos a partir do sistema de informações sobre mortalidade (SIM), **Repositório Institucional Tiradentes**, 2007-2016. 2021, Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/3700>. Acesso em: 10 de out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 27 de jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação da maternidade onde receberá assistência, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm). Acesso em: 27 de jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à 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: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html). Acesso em: 19 jun, 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. [recurso eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf), Acesso em: 04 jul. 2021.

BRUM, Manoela. Contribuições da participação do acompanhante no Grupo de Gestantes para a atenção ao ciclo gravídico e puerperal. Repositório Institucional, UFSC, [recurso eletrônico, 2020, Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204085/C%3b3pia%20de%20tr%20ARTIGO%20Aqui.pdf?sequence=1&isAllowed=y> , Acesso em 09 out, 2021.

CAPRA, Fritjof. **As Conexões Ocultas para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2005.

COSTA, Jaqueline Batista de Oliveira et al. Para uma vinda bem-vinda: A visita à maternidade como uma prática humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). *Tópicos em Ciências da Saúde* Volume 22, p. 15, 2021. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Helio-Moreira/publication/349642133\\_Aspectos\\_da\\_violencia\\_contra\\_a\\_pessoa\\_idosa/links/604bcd54299bf13c4f0112c5/Aspectos-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa.pdf#page=15](https://www.researchgate.net/profile/Helio-Moreira/publication/349642133_Aspectos_da_violencia_contra_a_pessoa_idosa/links/604bcd54299bf13c4f0112c5/Aspectos-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa.pdf#page=15)

ESTRELA, FERNANDA et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300215, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zwPkqzqfcHbRqyZNxzfrg3g/?lang=pt> Acesso em: 10 out.2021.

GALVÃO, Drielly da Silva; FERREIRA, Francilene Xavier. Atividade de Extensão Universitária na visita de vinculação de uma maternidade da Zona Sul: um relato de experiência. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogentologia** (Bol Inf Uni Soc- BIUS), v. 12, n. 5, set, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/6192>. Acesso em: 01 Jul. 2021.

GUIMARÃES, Nadja Nayara Albuquerque; *et al.* Análise de fatores associados à prática da episiotomia. **Revista de enfermagem UFPE** (online), Recife, v. 12, n. 4, p. 1046-1053, abr - 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>. Acesso em: 04 jul. 2021.

MENDES, Myriam Regina Zapatterra; MEGID, Maria Auxiliadora Bueno Andrade. A temática saúde na formação de professores indígenas: uma análise com base na Escala Likert. **Science and Knowledge in Focus**. Macapá, v. 3, n. 1, p. 41-55, jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/scienceinfocus>. Acesso em: 04 Jul. 2021.

PASCHE, Dário Frederico et al. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 3, p. 887-896, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>. Acesso em: 26 jun, 2021.

POPOLLI, Elisandra de Cássia; et al. Vinculação da gestante com a maternidade e a influência no tipo de parto. **Enfermagem Brasil**. v. 17, n. 3, p. 199 - 207, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.2404>. Acesso em: 01 jul. 2021.

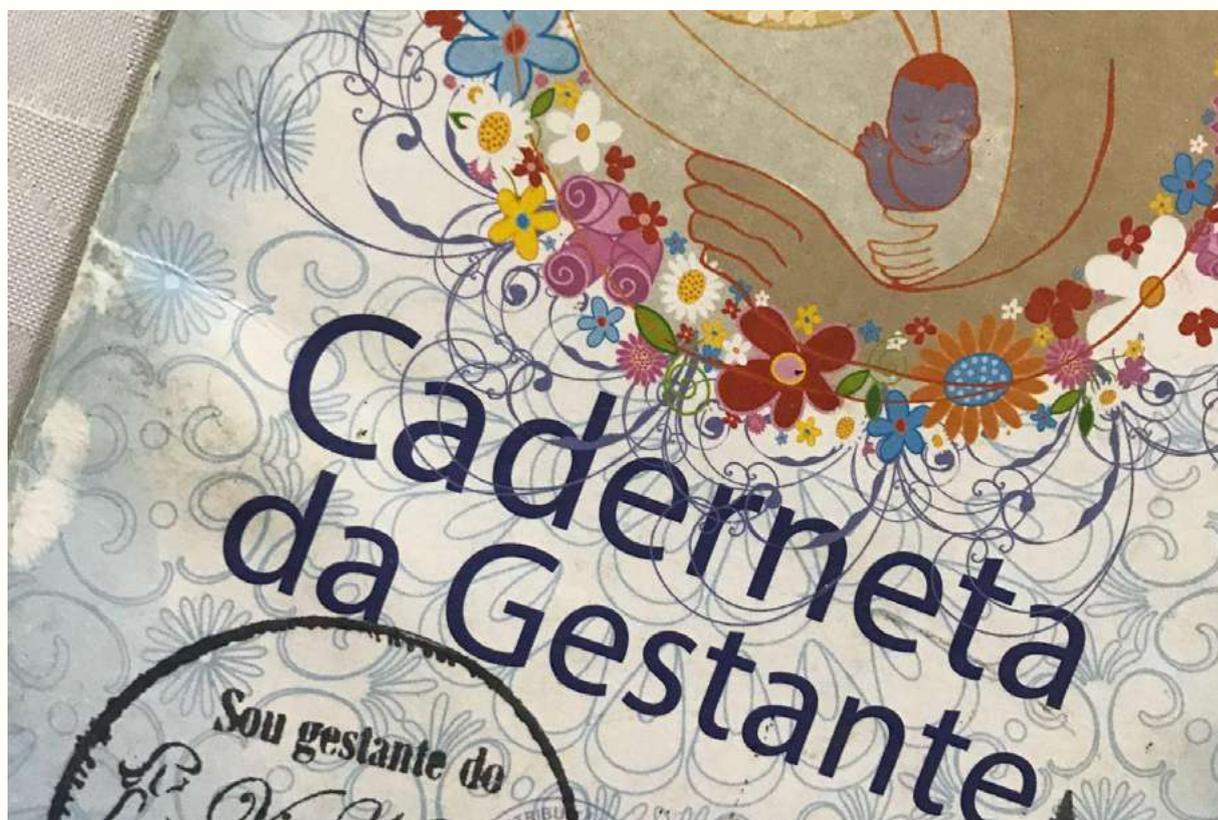
SAMPAIO, Luana. Maia; REIS, Aline Pires; NEVES, Gabriela Andrade de Oliveira; ANDRADE, Dahiane Lemos de. Rede cegonha: acompanhamento pré-natal e vinculação de gestantes à maternidade de referência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 01-07, jan-abr, 2018 . Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i1.38384>. Acesso em: 03 Jun. 2021.

SANTOS, L. O.; NASCIMENTO, V. F. de F.; ROCHA, F. de L. da C. O.; DA SILVA, T. C. Estudo da mortalidade materna no Nordeste Brasileiro, de 2009 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5858, 25 fev. 2021.

TRAVANCAS, Luciana Jares; DA COSTA VARGENS, Octavio Muniz. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 96, 2020.

## ANEXOS

*Fotografia 1: Caderneta da Gestante com o carimbo do Projeto VinNascer, Salgueiro, 2021.*



Fonte: pesquisadoras. 2021.

*Fotografia 2: Palestra explicativa realizada com gestantes e acompanhantes do Projeto VinNascer antes da Pandemia do Covid-19, Salgueiro, 2021.*



Fonte: pesquisadoras. 2021. imagem autorizada pela pesquisadora Roseane Lopes.

*Fotografia 3: Profissionais do Projeto VinNascer e do PREO explicando os vários materiais lúdicos utilizados durante a visitação de gestantes internadas, durante a pandemia do Covid-19 no HRIS, Salgueiro, 2021.*



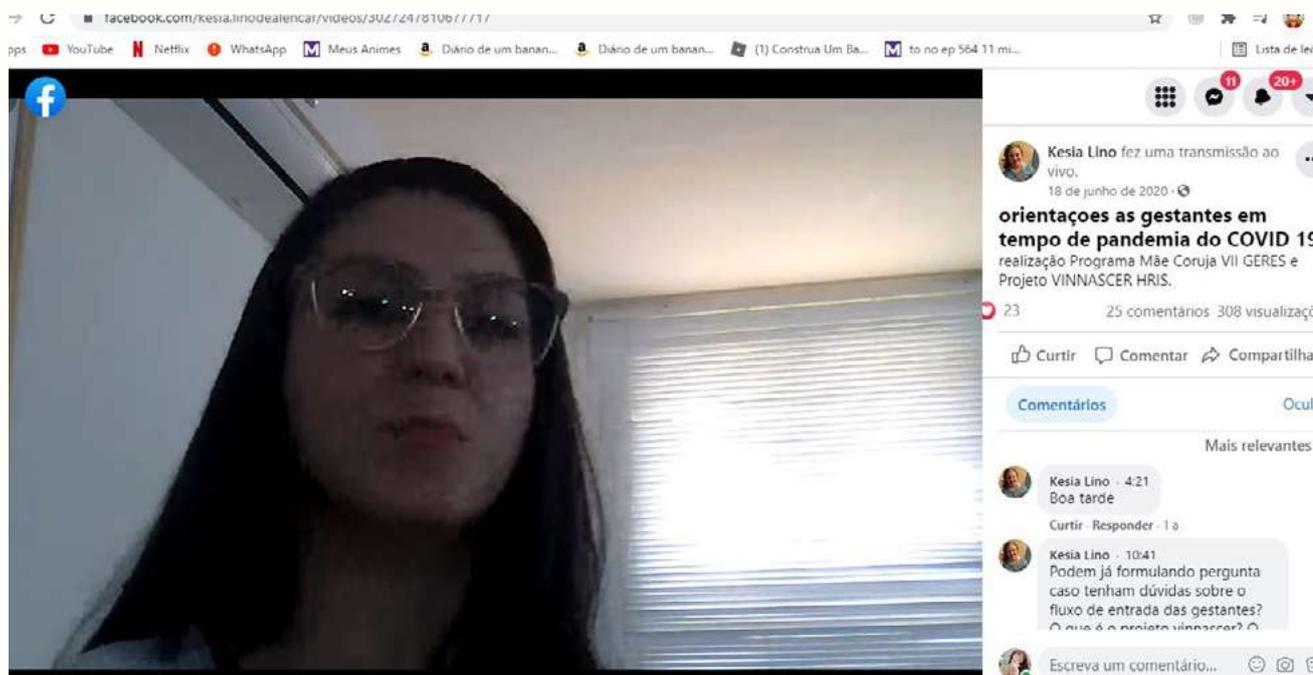
Fonte: pesquisadoras. 2021.

Fotografia 4: Moldes de massa de modelar, usados nas adaptações das atividades educativas do Projeto VinNascer, durante a pandemia do Covid-19, Salgueiro. 2021

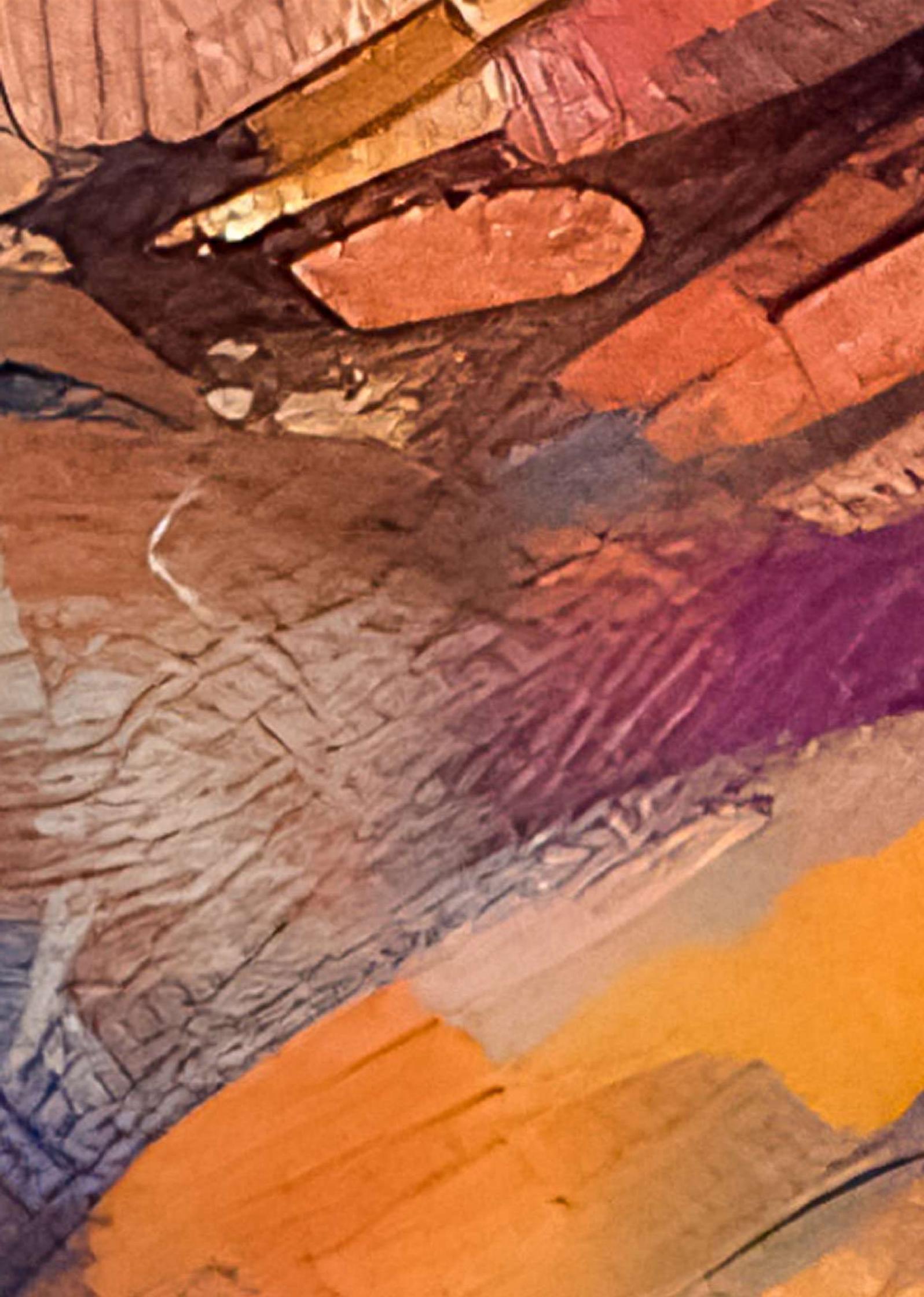


Fonte: pesquisadoras. 2021.

Fotografia 5: Palestra on-line (live) sobre o VinNascer, destinada para gestantes e acompanhantes, adaptação diante o cenário da Pandemia de Covid-19, Salgueiro, 2021.



Fonte: pesquisadoras. 2021. imagem autorizada pela pesquisadora Roseane Lopes.



# IMPLANTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR COMO CONTRARREFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PERNAMBUCANO

*Lílian Silva Sampaio de Barros*

*Régia Maria Batista Leite*

*Roseane Leite Lopes*

*Sílvia Maria Cristovam Barbosa*

*Vanessa Alves de Souza*

## Introdução

A morbimortalidade materna representa grande impacto na saúde pública. Aproximadamente 830 (oitocentos e trinta) mulheres morrem no mundo todos os dias, por causas evitáveis, relacionadas ao período gestacional e parto. Em 2015, uma iniciativa global das Nações Unidas, conhecida como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), convocou o Brasil a participar da eliminação da morte materna evitável (OPAS/OMS, 2018; OMS/MS, 2020).

Das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para fortalecer e qualificar o atendimento às gestantes na melhoria da atenção ao período perinatal destaca-se a Rede Cegonha (RC) que instituiu medidas de orientação e qualificação dos profissionais da rede de atenção às gestantes, puérperas e as crianças até os 2 anos e trouxe estratégias para a reorganização do modelo de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Ao longo dos anos tem sido reconhecida a importância da atenção puerperal, inclusive com políticas que empenham esforços e estabelecem protocolos, ações e estratégias para atenção puerperal, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2020; ZUGAIB, 2020).

A saúde materno-puerperal é sensível aos cuidados da APS, isso significa que a qualidade desse cuidado longitudinal implica diretamente na saúde das mulheres e que é necessário qualificar as ações voltadas para esse nível de atenção para acompanhá-las (OPAS/OMS, 2013; BARATIERI, 2019) quer seja no período pré-concepcional, durante o pré-natal e no puerpério. A consolidação de contrarreferência é um dos fatores que proporciona a efetividade do cuidado ao usuário do SUS e essa comunicação da situação de saúde pode garantir melhoria na continuidade da assistência obstétrica (REIS, 2015).

Esta intervenção foi pensada e desenvolvida como trabalho de conclusão do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) do Hospital Regional Inácio de Sá em Salgueiro. Sua concepção foi advinda de uma disciplina cursada no segundo semestre de 2019 e a intervenção foi realizada no início de 2021 que teve como objetivo implantar um formulário de alta hospitalar/contrarreferência entre a maternidade do Hospital Regional e as Unidades de Saúde da Família de um município do Sertão Pernambucano.

## **O Ciclo gravídico puerperal, política de saúde materna e morbimortalidade materna no Brasil.**

O período gravídico puerperal abarca o trajeto biopsicossocial da mulher, desde a fertilidade, a gestação, o parto e o puerpério. A compreensão da importância na longitudinalidade do cuidado é fundamental diante dessa sequência de circunstâncias igualmente relevantes para a qualidade de saúde da mulher (BRASIL, 2019).

As ocorrências de morte materna, fetal e infantil, geralmente se originam no período estacional e estão relacionadas a complicações de morbidades preexistentes ou identificadas durante a gestação. Sendo assim, a equipe de saúde deve estar qualificada para identificar precocemente sinais e sintomas dessas complicações, e estabelecer a conduta apropriada a cada situação (BRASIL, 2019; ZUGAIB, 2020).

Em 2011, o MS publicou a Rede Cegonha como estratégia central na organização e qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança que continua como política vigente. Entretanto, os desafios ainda existem assim como a necessidade de estratégias para fortalecer e qualificar o atendimento no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2019). Uma delas envolve mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de atenção à saúde, onde os esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos devem ser sincronizados, evitando a fragmentação desses sistemas que pode refletir em desfechos negativos e o aumento da mortalidade materna (BRASIL, 2019; ANDRADE, 2020).

A mortalidade no período gravídico-puerperal é um problema de saúde pública que afeta principalmente as regiões com baixos índices socioeconômicos. Entre os anos de 1990 e 2015 houve diminuição dos óbitos maternos em todo o mundo. Contudo, o decréscimo ainda é discreto, comprovado pelo fato de apenas nove países terem alcançado a redução de mortes proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de 75% para o período em comento (ANDRADE, 2020).

O Brasil tornou-se signatário de outras metas de desenvolvimento, como o ODM e atualmente, busca alcançar os ODS. Entre 2016 e 2030 a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70/100 mil nascidos vivos (NV). No último biênio disponível nos sistemas de informação (2017 e 2018), o Brasil conseguiu reduzir em 8,4% a Razão de Mortalidade Materna (RMM). Ainda assim, o país está acima das metas consolidadas com a Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2020).

A morbimortalidade no período puerperal retrata os riscos atribuíveis à gravidez, ao parto e ao puerpério e a qualidade da assistência à saúde da mulher que os sistemas de saúde vêm prestando. A avaliação desta assistência é necessária na identificação de condutas para redução das mortes maternas evitáveis (VEGA, 2017; OPAS/OMS, 2018).

## **A longitudinalidade no cuidado puerperal e a contrarreferência entre o hospital e a unidade saúde da família**

O Puerpério é o período que tem início após a dequitação (período do parto que ocorre após saída do feto à expulsão da placenta e das membranas) e se estende até 6 semanas pós-parto, e é caracterizado por alterações biopsicossociais de readaptação do organismo feminino e ajustamento da identidade materna (FERRO, 2017; BRASIL, 2013; ZUGAIB, 2020).

A Rede Cegonha prevê no componente puerpério o acolhimento e o acompanhamento da puérpera na Atenção Básica (AB) com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento e consulta puerperal entre o 30º e o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2011). É favorável que os profissionais da APS estejam aptos para acolher as mulheres e realizarem a visita domiciliar ampliando adesão ao cuidado: esse é o papel da AB, ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde, garantindo a resolutividade, longitudinalidade, integralidade do cuidado e humanização da assistência à saúde materna (ASSIS, 2019).

Ainda durante o período de internação hospitalar da parturiente, a equipe da ESF deve ter conhecimento do parto e nascimento bem como a data estimada de alta, possibilitando a programação da visita domiciliar puerperal. Ambas as consultas (primeira e segunda semanas) devem focar na identificação e tratamento de complicações comuns nesse período (BRASIL, 2019). É possível que a equipe de saúde identifique infecções, hemorragias e demais complicações comuns a este processo de mudanças e adaptação do corpo feminino (REIS, 2015; BH, 2019).

Mesmo diante da importância da consulta puerperal, estudo indica que há uma baixa adesão à consulta nessa fase, relacionada a dificuldades de comunicação entre as gestantes e os profissionais de saúde durante o pré-natal (ASSIS, 2019). Esse mesmo autor afirma que as realizações de consultas tecnicistas não permitem a criação de um espaço de acolhimento das angústias, receios e necessidades das gestantes (ASSIS, 2019).

Evidências apontam uma associação negativa entre a realização de cesariana em relação ao número de consultas no puerpério. Observa-se que entre as mulheres que realizaram cesarianas existe um número reduzido de mulheres retornam às consultas puerperais, podendo indicar que a saúde da mulher nesse período ainda precisa receber mais atenção por parte dos profissionais de saúde (ASSIS, 2019).

As principais causas que ligam a cesariana aos problemas no puerpério são as infecções, depressão pós-parto, hemorragias, síndromes hipertensivas, entre outras (BH, 2019). A ocorrência desses problemas no pós-parto, somados ao não acompanhamento dos fatores de risco no período puerperal, podem resultar na morte de mulheres. Torna-se imprescindível que o profissional de saúde entenda a importância da consulta, dos fatores de risco e do acompanhamento nessa fase (REIS, 2015; BH, 2019).

Diante do exposto, é importante que as Equipes de Saúde da Família recebam as mulheres no puerpério com o registro formal da alta hospitalar e que desenvolvam ações efetivas de cuidado para evitar a ocorrências de complicações e de desfechos negativos nessa fase.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção com abordagem qualitativa, constituindo-se um dos escopos da pesquisa-ação. A intervenção surgiu como resposta, a um problema concreto que interferia em uma situação real existente, (OLIVEIRA, 2015) a ausência de um formulário de alta hospitalar/contrarreferência na Maternidade do Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS), principal unidade de saúde da VII Região de Saúde de Pernambuco – Salgueiro. A pesquisa foi desenvolvida presencialmente na unidade hospitalar e virtualmente, pela impossibilidade de reuniões presenciais impostas pela pandemia da Covid-19, com os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família vinculadas ao município de Salgueiro – PE, cidade com população estimada de 61.249 mil habitantes.

O HRIS é de abrangência regional e embora tenha o perfil de atendimento de baixa/média complexidade, é procurado como primeira referência para gestantes de alto risco na região que são encaminhadas para o Hospital Dom Malan em Petrolina (sede da Macrorregião de Saúde) (REDE UNIDA, 2020).

A proposta inicial, projeto de intervenção, surgiu a partir da disciplina de Planejamento em Saúde, cursada em 2020 no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). A disciplina requeria um produto a ser aplicado na melhoria da saúde na região, nesse caso, um formulário de alta hospitalar/contrarreferência para a alta hospitalar da maternidade do HRIS. O estudo foi realizado no período de janeiro e fevereiro de 2021.

Inicialmente foi elaborado o instrumento denominado “Formulário de alta hospitalar/contrarreferência” com base nas informações do Caderno de Atenção Básica Nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do MS e as recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva (BRASIL, 2013; OPAS/OMS, 2018). Em seguida, o formulário foi apresentado na reunião de gestores da unidade e passou a ser avaliado pelo diretor médico da obstetrícia, coordenadora de enfermagem e enfermeiros obstetras do HRIS e, a coordenadora da APS do município de Salgueiro. Após um período de monitoramento, o formulário foi aprovado. Posteriormente, os profissionais iniciaram a utilização do formulário para as puérperas residentes em Salgueiro, único município da VII região em que a utilização do instrumento foi pactuada.

A avaliação do “formulário de alta hospitalar/contrarreferência” foi constituída por 10 enfermeiros (a) vinculados às vinte Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Salgueiro que aceitassem contribuir no estudo. Entretanto, oito enfermeiros (a) foram excluídos, por não desejarem participar ou estarem em afastados de suas atividades laborais; 1 porque encontrava-se de licença maternidade e o 2 por estarem de férias. Ressaltamos, que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados referente a análise dos profissionais da APS se deu com um questionário semiestruturado, que continha dezesseis perguntas com dimensões objetivas e avaliou a facilidade em sua exposição, compreensão e completude das informações e pertinência das informações relacionados às informações da alta hospitalar, do parto e puerpério. Além dessa, a dimensão subjetiva avaliou o uso do formulário de alta na rede de atenção à saúde com dados sobre o recebimento do formulário como a chegada em tempo hábil, a funcionalidade e sua necessidade, além de 1 (uma) questão aberta, permitindo acrescentar alguma informação que o enfermeiro julgasse necessária.

A análise dos dados foi feita a partir da estatística descritiva com o uso do programa Microsoft Excel®. As informações trazidas pelos respondentes variaram entre as respostas “SIM” e “NÃO” às perguntas. Contudo, após assinalar os itens, o enfermeiro encontrou um espaço em aberto para que ele fizesse sugestões, que correspondeu ao questionamento “Acrescentaria alguma informação ao instrumento? Qual?” Essa pergunta possibilitou o exercício da criatividade e da avaliação técnica por parte dos enfermeiros respondentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 40933220.4.0000.9030.

## Resultados e discussão

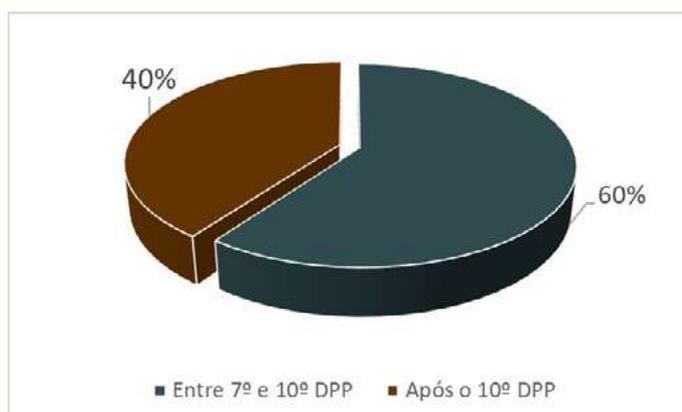
Os resultados serão apresentados com base das três dimensões analisadas: (a) **facilidade na sua exposição** em que todos os 12 (100%) enfermeiros afirmaram que as informações contidas no formulário de alta apresentavam-se fáceis, permitindo agilidade para encontra-las. (b) **compreensão e completude das informações** que todos os 12 (100%) enfermeiros apontaram que encontraram facilidade na interpretação dos dados contidos no formulário e julgaram que os dados estavam completos, ou seja, o “formulário de alta hospitalar/contrarreferência” continha todas as informações indispensáveis ao atendimento puerperal, permitindo que o profissional da APS tenha ciência do que ocorreu no trajeto da mulher durante o seu período de internação hospitalar e, (c) **pertinência das informações** em que também todos (100%) os enfermeiros apontaram que as informações trazidas eram pertinentes, proporcionando uma contrarreferência adequada e permitindo o maior acesso às informações que são fundamentais para um acompanhamento puerperal completo e individualizado.

O MS aponta que as ações e orientações realizadas pelo enfermeiro às puérperas, precisam contemplar as particularidades psicossociais do período, além dos devidos cuidados com alimentação, aleitamento materno, planejamento reprodutivo, complicações no pós-parto e retornos às consultas de rotina a partir da situação de risco da mulher, ou seja, das informações trazidas na referência e contrarreferência, colaborando no direcionamento e efetividade deste atendimento (BRASIL, 2013).

Antes do desenvolvimento dessa intervenção, no Hospital Regional Inácio de Sá, as informações da mulher relativas ao período de hospitalização ficavam armazenadas em seu prontuário e os profissionais das USF não tinham acesso a tais informações. Entretanto, com a implantação do “formulário de alta hospitalar/contrarreferência” isso facilitou o acesso às informações pelo. Um ponto importante para adesão dos profissionais da unidade hospitalar ao preenchimento do formulário foi que o mesmo ficou fácil de preencher porque as informações são objetivas e de fácil preenchimento.

Quanto a avaliação do período de recepção do “formulário de alta hospitalar e contrarreferência” pelos enfermeiros das USF (Figura 1), observou-se que 7 (60%) receberam o “formulário de alta hospitalar/contrarreferência” em momento oportuno, ou seja, entre o 7º e 10º dia pós-parto, enquanto que os demais 5 (40%) apontam não ter recebido oportunamente (após o 10º dia pós-parto). Tal fato, pode comprometer a assistência devido ausência de informações adequadas.

*Figura 1- Período de recepção após o parto (DPP) do “formulário de alta hospitalar e contrarreferência” pelos enfermeiros das USF. Salgueiro-PE, 2021.*



Fonte: Autoria das pesquisadoras, 2021.

No cenário brasileiro, as ações de cuidado à mulher no puerpério ainda são consideradas insatisfatórias, entre outras razões, devido a problemas na educação e promoção da saúde, ao vínculo frágil entre mulheres e a ESF, ao fato das práticas e protocolos de cuidado estarem mais voltadas às necessidades do RN e a problemas na organização da rede de serviços, onde o enfermeiro fica sobrecarregado com assistência e gerência da unidade em funções burocráticas, prejudicando o tempo assistencial oferecido (CASTIGLIONI, 2020).

A implementação do cuidado puerperal é importante para que ocorra o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, detecção precoce de situações de risco puerperal, estabelecimento de vínculo entre o hospital e a ESF e direcionamento do acesso da puérpera e RN a serviços de saúde qualificados conforme as necessidades individuais (BRASIL, 2016; CASTIGLIONI, 2020).

Ao responder sobre a importância da implantação do formulário de alta hospitalar/contrarreferência, todos os 12 (100%) participantes destacaram que seu uso pode fortalecer a contrarreferência da assistência hospitalar para a APS. Tal fato, significa que ao ter acesso às informações do período do atendimento hospitalar, os profissionais da APS podem ter um direcionamento mais adequado do cuidado, contribuindo com a melhoria da qualidade da atenção e, conseqüentemente, com a redução da morbimortalidade materna. Alertar os profissionais da APS sobre o internamento e suas intercorrências como infecções puerperais e quadros hipertensivos pode aumentar a vigilância sobre a situação da puérpera ao voltar para casa. O manejo desses problemas através de simples ações de saúde como orientações e prescrições medicamentosas podem implicar na evitabilidade das mortes maternas.

Todos os enfermeiros pesquisados afirmaram que o formulário utilizado na intervenção fez diferença na forma de atendimento, colaborando com a atenção integral à saúde da puérpera. Dentre os profissionais que assistem a mulher no puerpério, destaca-se o enfermeiro como profissional habilitado para compreender as modificações puerperais. Diante dos benefícios relativos à consulta de enfermagem no puerpério, acredita-se que reconhecer as principais necessidades da mulher nesse período e oferecer assistência direcionada pode contribuir com a redução dos índices de morbimortalidade materna, que poderá ocorrer a partir identificação e do tratamento precoce das patologias específicas do ciclo (SILVA *et al*, 2020).

A mortalidade materna é um evento com conseqüências socioeconômicas de grande magnitude que prejudica as famílias, os governos e as sociedades. É uma iniquidade social, considerada evitável em 92% dos casos e acomete em quase sua totalidade, mulheres da classe econômica menos favorecida. A compreensão adequada da problemática da mortalidade materna pode ajudar a prevenir a ocorrência desse óbito. Fatores importantes para sua prevenção são o conhecimento de circunstâncias que podem levar as mulheres à morte, a trajetória e avaliação da assistência prestada e o elo entre os serviços de saúde (SILVA, 2019).

Nenhum dos enfermeiros participantes do estudo, referiu que acrescentaria informações ao formulário de alta hospitalar. Os mesmos profissionais acharam válida a continuidade do uso deste formulário após o final do projeto de intervenção, tanto no município de Salgueiro quanto a ampliação para os demais municípios da VII Região de Saúde, que é constituída por mais 6 municípios.

## Conclusão

Os resultados apresentados nesse estudo demonstraram que, apesar dos avanços com a implementação de políticas na saúde da mulher, a rede de atenção materna e infantil ainda precisa ser fortalecida.

A implantação do “formulário de alta hospitalar/contrarreferência” no HRIS constituiu-se uma ação simples e viável de melhorar a comunicação entre os profissionais do hospital e da APS. O acesso da informação da assistência hospitalar com a gestante/puérpera para a equipe da APS é essencial para a tomada de providências em relação às mulheres de risco no que se refere à identificação de sinais de alerta, a intensificação do acompanhamento puerperal e, por conseguinte, a redução da morbimortalidade materna.

A contrarreferência é um processo facilitador da comunicação multiprofissional que consegue conectar todas as complexidades de atendimento em saúde, beneficiando pacientes e profissionais, evitando que após o parto, as informações não fiquem restritas apenas ao prontuário hospitalar. Entende-se que o recebimento por parte dos profissionais da USF das informações encaminhadas no “formulário de alta hospitalar/contrarreferência” teve uma boa aceitação. Contudo, reavaliações periódicas do formulário deverão ser feitas por parte da equipe do HRIS e da APS para implementação de novas informações, fato necessário diante da dinamicidade das evidências científicas.

A valorização e utilização desse instrumento “formulário de alta hospitalar/contrarreferência”, melhora o direcionamento do cuidado, através da interação entre os profissionais que fazem parte da rede de cuidado de cada mulher. Na obstetrícia a contrarreferência se faz essencial, visto que a atenção à mulher vai além do momento do parto, necessário para o cuidado longitudinal a essas mulheres. É importante a realização de estudos que possam avaliar o impacto da utilização do “formulário de alta hospitalar/contrarreferência”.

## Referências

ANDRADE, Magna Santos et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2020; v.36, n. 7,2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000705006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000705006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 jan. 2021.

ASSIS, Thaís Rocha; et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Revista Eletrônica Comunicação Informação e Inovação em Saúde**. 2019 out.-dez.;13(4):843-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1595>. Acesso em: 01 jul. 2021 .

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.11, 2019. Disponível em: <https://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-do-programa-de-puerperio-na-atencao-primaria-uma-revisao-integrativa/16743?id=16743&id=16743>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BELO HORIZONTE. **Protocolo Pré-Natal e Puerpério**. 2ª Edição. Revisada e Atualizada. SUS/ Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf) Acesso em: 6 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 14 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada.** Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaoasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidade de Salgueiro**, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/salgueiro.html>. Acesso em: 7 mar. 2021.

CASTIGLIONI, Críslen Malavolta et al. Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem - UFSM**, Santa Maria, v 10, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37087>. Acesso em: 23 jan. 2021.

FERRO, Any Karoline Bezerra de Alencar. **Ações e estratégias voltadas para o acompanhamento no período puerperal.** Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais. 2017. Acesso em: 20 jan. 2021.

OLIVEIRA, Cecília Maria Carvalho Soares; OLIVEIRA, Maria Aparecida. **Projeto de intervenção.** Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2015. Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **O Brasil reduziu 8,4% a razão da mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher.** Agência Saúde, 28/08/2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=O%20Brasil%20conseguiu%20reduzir%20em,anterior%20era%20de%2064%2C5>. Acesso em: 9 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 09 jun. 2021.

Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pós-natal da mãe e do recém-nascido.** Genebra: Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca da OMS, 2013. Acesso em: 27 nov. 2020.

OPAS/OMS. Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde. **Recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva.** World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 jun. 2021.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa – mortalidade materna.** Agosto, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 9 jun. 2021.

REDE UNIDA. Escopo de Práticas do Hospital Regional Inácio de Sá para o projeto “**Construção de Capacidade Gestora Local para Qualificação das Maternidades do Estado de Pernambuco: formação-intervenção em metodologia de análise dos serviços, processos de trabalho, planejamento e dimensionamento da força de trabalho**”. 2020. Acesso em: 6 mar. 2021.

REIS, Zilma Silveira Nogueira. **Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência. Uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal.** *Revista de Medicina de Minas Gerais*, v. 25, n.4, 2015. Acesso em: 22 dez. 2020.

SILVA, Lilian Puglas. SILVEIRA, Laura Menezes; MENDES, Tatiane de Jesus Martins; STABILE, Angelita Maria. Assistência puerperal e a construção de um fluxograma para consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [online], v.20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jjsBnwHPs4K5FT4WMn8zH7d/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SILVA, Renan Schulz da. **Aprimorando os formulários de registro de sistemas de informação na rede de Atenção Psicossocial.** UFRGS, 2019. 57 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201886/001105175.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 mar. 2021.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira; SOARES, Vânia Muniz Nequer; NASR, Acácia Maria Lourenço Francisco. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**; v.33, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pQdQ9SSLyJdMLSt4t3jDDTM/abstract/?lang=pt#:~:text=Forum%20comparados%20134%20%C3%B3bitos%20do,%20C1%25%20na%20do%20Paran%C3%A1>. Acesso em: 21 nov. 2020.

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib Obstetrícia.** Organização Marcelo Zugaib. 4ª ed. Barueri (SP): Manole, 2020.

## Apêndices

### Apêndice 1 – Formulário de Alta Hospitalar

<b>DADOS DO PARTO</b>	
NOME: _____	REGISTRO: _____
PARTO NORMAL ( ) CESARIANA ( ) INDICAÇÃO: _____	
PARTO ÀS ____:____ DE ____/____/____	
LESÕES VULVOPERINEAIS: ( ) SIM ( ) NÃO; LOCAL: _____ ; GRAU: _____	
EPSIOTOMIA: ( ) SIM ( ) NÃO	
INTERCORRÊNCIAS/ CONDUTA :	
<b>DADOS DO PUERPÉRIO</b>	
ALEITAMENTO PRECOCE: ( ) SIM ( ) NÃO	
MAMILO :	PROTUSO ( ) DIREITO ( ) ESQUERDO
	PLANO ( ) DIREITO ( ) ESQUERDO
	INVERTIDO ( ) DIREITO ( ) ESQUERDO
PA: ____ X ____ MMHG /	PULSO: ____ BPM / TEMPERATURA: ____ °C
MUCOSAS: ( ) CORADAS ( ) DESCORADAS: ____/4+	
SANGRAMENTO GENITAL: ( ) FISIOLÓGICO ( ) AUMENTADO	
PC (ASPECTO DA FO): FO LIMPA/ SEM SINAIS FLOGÍSTICOS ( ) SIM ( ) NÃO	
BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR: ( ) SIM ( ) NÃO	
ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: PRESENTES/ASPECTO NORMAL ( ) SIM ( ) NÃO	
SVD: ( ) SIM ( ) NÃO ; TEMPO DE USO: ____ h; EDEMA: ( ) NÃO ( ) SIM ____/4+	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS:	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:	
ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH: ( ) SIM ( ) NÃO	
INTERCORRÊNCIAS/ CONDUTA :	

## Formulário eletrônico de Avaliação da utilização do Instrumento de Alta Hospitalar

### Parte I – Dados objetivos do instrumento

#### 1 - Dados do instrumento referente ao parto:

Os dados do instrumento de alta estão com facilidade na sua exposição?	Sim	Não	Sugestões
Os dados do instrumento de alta estão com compreensíveis na sua opinião?	Sim	Não	Sugestões
Os dados do instrumento de alta estão completos na sua opinião?	Sim	Não	Sugestões
Há pertinência em todas as informações inseridas no instrumento de alta?	Sim	Não	Sugestões

#### 2 - Dados do instrumento referente ao puerpério:

Os dados do instrumento de alta estão com facilidade na sua exposição?	Sim	Não	Sugestões
Os dados do instrumento de alta estão com compreensíveis na sua opinião?	Sim	Não	Sugestões
Os dados do instrumento de alta estão completos na sua opinião?	Sim	Não	Sugestões
Há pertinência em todas as informações inseridas no instrumento de alta?	Sim	Não	Sugestões

### Parte II – Dados subjetivos do instrumento

Perguntas	SIM	NÃO
Você recebeu o instrumento em tempo oportuno (entre o 7º e 10º DPP)?		
Você acredita que a contrarreferência da assistência hospitalar para a atenção primária pode fortalecer a qualidade do atendimento e colaborar com a redução da morbimortalidade materna?		
A contrarreferência entre HOSPITAIS/ USF é um instrumento necessário para o direcionamento adequado do cuidado?		
O instrumento utilizado no projeto fez diferença na forma de atendimento, colaborando com a atenção integral à saúde da puérpera?		
AAPS necessita de fortalecimento, uma vez que é a ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde, através da ESF para garantir a resolutividade, longitudinalidade, integralidade e humanização da assistência da saúde materna e infantil?		
Acrescentaria alguma informação ao instrumento? Qual?		
Você acha válida a continuidade do uso deste instrumento após o final do projeto, em Salgueiro e nos demais municípios da VII Região de Saúde?		
Houve facilidade, compreensão, completude e pertinência das informações contidas no instrumento?		



# ACOLHIMENTO DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA TEÓRICO-REFLEXIVA

*Ana Beatriz Oliveira Costa*

*Gleidilene Freitas da Silva*

*Paulo Sérgio da Silva*

## Introdução

O presente ensaio emerge a partir de uma aposta científica que se propõe a produzir reflexões teorizadas sobre as práticas assistenciais de acolhimento produzidas pelos profissionais da saúde com mulheres migrantes venezuelanas na atenção primária à saúde (APS).

Nesse âmbito, cabe destacar que a APS é organizada como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo constituída por uma equipe multidisciplinar que assiste as necessidades em saúde de uma dada comunidade (BRASIL, 2010). Fala-se de uma assistência contextualizada, que reconhece a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constroem a potência das vidas (MERHY; et al, 2021).

Em linhas gerais, seu funcionamento com qualidade essencialmente é decorrente da focalização na família, orientação comunitária, primeiro contato com a pessoa, assistência longitudinal, coordenada e integral (BRASIL, 2015). Dessa forma, é possível afirmar que o contato mais próximo do indivíduo, família e comunidade em geral com a saúde é por meio das unidades básicas de saúde (UBS).

Uma UBS é definida pelas políticas de saúde em um plano formal, que estabelece sua finalidade, seu desenho básico, os papéis de gestores, trabalhadores e usuários. Entretanto, não é só esse plano formal da política que define o que se passa em uma UBS, pois no processo de produção da política, em diferentes momentos, prosseguem enfrentamentos entre forças, que marcam mais ou menos definições e práticas (MERHY; et al, 2021). Além disso, a UBS é um espaço capaz de proporcionar o suporte assistencial as mulheres migrantes venezuelanas, considerando a diferença linguística e cultural que permeiam a produção do cuidado no cotidiano do saber-fazer dos trabalhadores de saúde (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Aqui, o termo 'migrante' é entendido como a mulher que se desloca de seu local cotidiano, sua moradia ou região de nascimento para outra região, ou até mesmo outro país. O êxodo migratório é apontado como evento que transforma as particularidades fundamentais no mundo contemporâneo, sendo capaz de plantar harmonia ou discriminação (IDMH, 2014; MARQUES; LEAL, 2017).

Não há um conceito universal que seja aceito para caracterizar o migrante. No entanto, este termo abrange, em geral, todas as situações em que se escolher migrar é decidida de maneira livre pelo indivíduo, por motivos de conveniência pessoal (OIM, 2009; IMDH, 2014).

Essas observações sinalizam que o fluxo migratório tende a aumentar de forma proporcional ao crescimento populacional. Isso porque as crises, seja financeira, governamental ou cultural, são ocasiões de grande impulso para migração (MARQUES; LEAL, 2017). Os atuais movimentos migratórios estão inseridos como um evento intrínseco nas grandes mudanças mundiais, levando com que países reconhecidos pela migração se modifiquem rapidamente, em países que praticam a exportação de mão-de-obra ou vice-versa (CAVALCANTI, 2015).

Neste cenário, a migração pode ser vista por meio dos determinantes sociais de saúde, representada por seus fatores de riscos, que são: xenofobia e racismo, direitos restritos e exclusão social, condições de trabalhos insalubres, baixa remuneração e dificuldade de entrada nos serviços de saúde. Baseado nisso, é preciso examinar as condições de saúde dos migrantes e compreender a função da medicina das migrações (MARTINO; RANGEL, 2019).

Análises desafiadoras no âmbito da saúde coletiva, pois se sabe (im)precisamente que os eventos migratórios impactam a dinâmica dos serviços de saúde do país que acolhe o migrante (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Exemplo destes impactos dizem respeito a superlotação dos serviços primários à saúde, sobrecarga dos profissionais de saúde devido a crescente busca por cuidados pela população migrante venezuelana e a incompreensão por eles das políticas de saúde do Brasil (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020).

Nos últimos seis anos, o extremo-norte do Brasil recebe cotidianamente migrantes de origem venezuelana, o que se pode chamar de mais um êxodo de povos que buscam melhores condições de vida em outro território. (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). O movimento de indivíduos de origem venezuelana para o estado Roraima inclui-se na grande saída de pessoas do país localizado no sul da América devido à crise instalada nos últimos tempos naquele território (SILVA; SOUSA, 2018).

O município de Boa Vista é um dos destinos do processo migratório, vivido pelos povos de origem venezuelana, que passam por uma crise política e econômica. Um dos piores conflitos humanitários, econômicos, governamental e social venezuelano, o país não é mais um lugar que possa se viver em paz, afetando a vida de quem vive nesse território, despertando a busca pela melhoria de vida de parte de sua população em outro país (MARQUES; LEAL, 2017).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância abordam que entre 2015 e maio de 2019, o Brasil contabilizou mais de 178 mil requerimentos de refúgio e moradia provisória. A maioria dos migrantes adentrou no Brasil pela fronteira localizada ao norte do País, em Roraima, concentrando-se nos municípios de Boa Vista e Pacaraima (UNICEF, 2019).

Nesse panorama, cabe sinalizar que Roraima é o estado do Brasil com o menor quantitativo populacional e com menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional, e em 2017 evidenciou-se a ausência de estrutura local para receber, amparar e proporcionar o ingresso no mercado de trabalho a esse grande quantitativo de indivíduos venezuelanos; caracterizando um cenário desafiador, principalmente pela situação de vulnerabilidade de muitos migrantes e a competência das autoridades locais em conceder respostas apropriadas a esse intenso fluxo (MILESI; COURY; ROVERY, 2018).

Nesse contexto foi percebido que há inúmeros fatores envolvidos na migração que podem afetar a saúde do migrante, aumentando a vulnerabilidade desta população. Dessa forma, a necessidade de

atenção à saúde dos povos migrantes venezuelanos torna-se um fator primordial para sua inserção na sociedade local. Isso exige do Estado medidas que permitam o acesso e uso dos serviços (primários) de saúde, assumindo como responsabilidade a adoção de estratégias que atendam às necessidades desses povos (VENTURA, 2018).

Dentre os grupos de maior vulnerabilidade social no contexto das migrações venezuelanas destacam-se as mulheres no interior de suas famílias, que tendem a serem mais afetadas pelas dificuldades de adaptação, por serem consideradas frágeis quando expostas à discriminação e eventos adversos enfrentados no processo migratório (TOPA; NEVES; NOGUEIRA et al., 2013).

É indispensável destacar que as dificuldades socioeconômicas pelas quais as famílias migrantes venezuelanas passam se constituem como uma barreira determinante das condições de saúde; especialmente, quando essas famílias geram filhos no país estrangeiro, comprometendo assim a saúde da mãe e da criança, por interferir na alimentação, cuidados com a saúde da mulher após o parto e com a criança recém-nascida e acesso à saúde. (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

Nessa corrente, a UBS configura-se como a porta de entrada para a assistência à saúde das mulheres migrantes de origem venezuelana. Lugar onde primeiramente é realizado o acolhimento à mulher, a criança e a família que necessitam de atendimento. Esse primeiro momento, baseia-se em receber, triar as demandas em saúde e criar vínculos para que haja a continuidade dos atendimentos (CORRÊA et al., 2017; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Assim, o acolhimento da mulher migrante venezuelana na UBS é compreendido como uma orientação ética que abrange a relação entre o cuidador e o que recebe o cuidado; tendo como objetivo a elaboração de um espaço comum chamado de produção do cuidado compartilhado, ou seja, o ato de ser corresponsável. Acolher não se baseia apenas em exercer algo segundo aquilo que o indivíduo traz, mas a partir da produção de novos caminhos, reposicionamentos e atitudes (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, este ensaio será orientado pelo seguinte objetivo: refletir sobre o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS. Toda proposta reflexiva está organizada em um núcleo teórico-reflexivo, intitulado: “fundamentos para pensar o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS”.

### **Núcleo teórico-reflexivo: fundamentos para pensar o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS**

Em sua natureza, o fenômeno da migração está relacionado ao território e ao ato de existir, ou seja, lugar e ser. Isso porque não existe um lugar sem o homem, e tão pouco o homem sem o lugar, podendo ser compreendido assim a espacialidade desde que exista a indissociabilidade ser-lugar, homem-espaço (MARANDOLLA JUNIOR; DAL GALLO, 2010).

Nesse sentido, o ato de migrar é capaz de expressar a procura por novos caminhos, buscando soluções tanto para problemas internos, quanto para os que envolvem a família. Nem sempre são escolhas que se percebem de modo espontâneo, mas que com o passar do tempo pode resultar em mudanças radicais na vida das pessoas que se deslocam de um território para outro (OLIVEIRA; COSTA, 2020).

Durante os anos de sessenta e setenta o processo de migração internacional era predominantemente representado pelo sexo masculino, mas esse fato foi mudando com o passar dos anos, sofrendo influências com as alterações produzidas pela globalização, a acentuada procura pela mão de obra feminina, a intensa busca pelo trabalho feminino e a progressiva aceitação social de sua autonomia financeira e mobilidade (MIRANDA, 2011; MOREIRA, 2018).

Com o passar dos anos o padrão de migração sofreu algumas mudanças significativas, as mulheres passaram a migrar mais sozinhas, se comparado aos dados de outros anos. As mesmas compõem atualmente cerca da metade da população que migra internacionalmente (ROIG, 2018).

Dessa forma, a mulher migrante é considerada um corpo político que gera transformação participando de modo ativo no movimento que desconstrói as fronteiras nacionais, e reestrutura o processo de reprodução do capital. A migração realizada pela mulher compreende a vontade e a execução do direito a uma qualidade de vida, com autonomia e não oprimida a uma sociedade patriarcal (MOREIA, 2018).

Todo o processo migratório é mais nocivo para as mulheres. Elas são mais suscetíveis a serem acometidas por doenças mentais, principalmente, esquizofrenia e estresse pós-traumático, devido aos eventos que sofrem durante todo o procedimento de migração (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2013; ROCHA; et al., 2012).

Esses eventos refletem durante a gravidez podendo ser estendidos ao estado puerperal, provocando fragilidades. Dentre elas têm-se a depressão pós-parto, psicose e depressão - intensificada com estressores migratórios. Logo, a saúde materna e infantil deve receber uma atenção especial, mediante ao acesso aos serviços primários de saúde e produção de um cuidado que acolhe as necessidades da mulher migrante venezuelana (LOSCO; GEMMA, 2019; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

A busca por fundamentos que possibilite pensar a palavra de ordem “acolhimento” a mulher migrante venezuelana, convida a uma entrada nos aspectos teóricos da Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS elaborada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, com base nas concretas e inovadoras vivências que constituem um “SUS que dá certo”. Ela procura colocar em execução os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, gerando novas condutas para cuidar e gerir (MARTINS; LUZIO, 2017; BRASIL, 2013).

A definição de humanização foi reelaborada com a PNH, descrita em uma proposta ético-estético-política: ética, pois se relaciona as ações dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde que atuam com comprometimento e co-responsabilidade; estética pois promove um processo sensível e criativo da produção da saúde com tendências protagonistas e autônomas; política pois se relaciona a organização social e institucional das ações de gestão e atenção na rede do SUS (BRASIL, 2008).

Os cuidados primários em saúde tiveram um eixo marcante a partir do ano de 1978, através da Declaração de Alma-Ata, onde esses cuidados humanizados passaram a ser apontados como um plano fundamental de um país que possui sistema de saúde. A atenção primária apresenta uma perspectiva que compõe o apoio e designa as funções dos outros níveis da atenção à saúde sendo as práticas acolhedoras e humanísticas fundamentais na produção do cuidado em saúde (WHO, 2008; COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a PNH apresenta abordagens teóricas e organizativas que comprovam que essa política foi criada objetivando estimular a execução de um SUS que seja acolhedor, inclusivo, democrático e resolutivo. Dessa forma, a entrada dos usuários e a maneira como são cuidados caracterizam-se como momentos relevantes para possibilitar a aplicação dos princípios do SUS, logo, necessita-se que sejam otimizados e reavaliados na prática assistencial e no gerenciamento dos serviços de saúde (LOPES, et al., 2015).

O ato ou o efeito de realizar o acolhimento apresenta, em seus variados conceitos, um meio de aproximar, um “estar com” e um “estar perto de”, isso significa, um comportamento de incluir. Acolher permite que se reflita a respeito dos processos de trabalho em saúde, porque institui um vínculo concreto e com credibilidade entre o profissional ou a equipe, com o usuário, atuando de forma direta e orientada através dos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Na PNH, o acolhimento não se restringe somente a atitudes realizadas de modo isolado ou pontual, tendo como exemplo uma confortável recepção, um espaço bem dimensionado, serviço de referência a serviços especializados. A sua realização deve ser com responsabilidade, criando um vínculo por meio da escuta das queixas, da troca de informações, recíproco conhecimento dos direitos e deveres, e a tomada de decisões que permitem interferências que sejam propícias e eficazes para o que o usuário necessita dos serviços de saúde (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

No seu significado verdadeiro, o acolhimento objetiva humanizar a convivência entre a equipe de saúde e os serviços ofertados, e com os usuários, por meio da escuta qualificada, criação de uma relação e respeito, sempre de maneira positiva e com comprometimento para apresentar a resposta do seu problema de saúde (LOPES, et al., 2015).

Diante disso, teorizar o acolhimento no campo da APS pede passagem para abordagens de três conceitos elementares, sobretudo quando se pensa o saber-fazer dos profissionais de saúde com a mulher migrante venezuelana, sendo eles: escuta qualificada, vínculo e a clínica ampliada do sujeito. Essa tríade parece ser fundamental para identificação de demandas de saúde, condições de trabalho, xenofobia e exclusão social que eventualmente as mulheres migrantes venezuelanas possam estar vivenciando.

Fala-se da escuta como uma atitude empática, que tem como objetivo ouvir de modo atento aquilo que o outro observa, de forma compassiva, e desprovida de opiniões ou sugestões (TOBASE; et al. 2021). O profissional de saúde mediante a prática da escuta e do diálogo com o usuário do sistema, representa com essa atitude, o cuidado. O ato do profissional da APS em escutar o usuário de modo qualificado, permite a descoberta de conflitos e sofrimentos pelo diálogo, podendo viabilizar a gestão de angústias vivenciadas no cotidiano que acarretam queixas somáticas e apresentações clínicas (VELLOSO; VARANDA, 2017; SANTOS, 2019).

A escuta qualificada permite que se encontre a subjetividade do usuário, conceituada como o modo de apresentar sensibilidade ao que se é falado e expressado por meio de gestos, falas, atitudes e sentimentos. Ela caracteriza-se por ser a fundamental ferramenta para que se produza o cuidado entre os níveis de atenção à saúde por meio da PNH, pois com ela é possível que se construa uma relação de acolhimento e a criação de vínculos (SANTOS, 2019; MAYNART et al., 2014).

A criação de vínculos no contexto na APS pode ser considerada uma tecnologia leve, pois os profissionais de saúde dentro de suas especificidades se relacionam de diferentes formas com os usuários. Isso resulta numa interação que propõe a criação de “laços” entre os usuários do sistema

de saúde, com os profissionais atuantes, o qual se faz necessário para o mecanismo tecnológico que se desempenhe o trabalho, conforme as diretrizes norteadoras da estratégia e saúde da família (ESF) (COELHO; JORGE, 2009).

O vínculo caracteriza-se por ser um dos componentes operacionais que constituem aos usuários as suas necessidades de saúde. Historicamente ele foi mencionado nos documentos ministeriais relacionados à Atenção Básica, no fim dos anos 90, nomeado como “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, conceituado como o que se resulta de um convívio contínuo, com potencial para a solução dos problemas e preservação do estado de saúde da população (SEIXAS et al., 2019).

No campo das tecnologias leves tem-se o vínculo e o acolhimento como dois termos que completam a criação de uma assistência humanizada a saúde. O vínculo incluso na ESF, com a formação de laços entre os profissionais da equipe e os usuários, possibilita uma aproximação maior entre a unidade de serviço e a comunidade. O acolhimento é considerado uma fase do processo de trabalho, como durante a recepção no primeiro contato com a unidade, e também um dispositivo fundamental em qualquer local em que se tenha o encontro entre o profissional e o paciente, contribuindo para que o atendimento clínico seja realizado de modo ampliado (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A clínica ampliada compreendida como uma proposta para criação de ferramentas assistenciais que se articulam e inclui os diferentes enfoques e disciplinas. Ela vai além da prescrição médica ou solicitação de exames laboratoriais para fins diagnósticos. Procura agregar inúmeras condutas para permitir um manejo das necessidades de saúde de forma eficiente através da equipe multiprofissional em saúde (BRASIL, 2009).

Para além do tratamento da doença a clínica ampliada encarrega-se de estender esse manejo, inserindo também as situações que potencializam o risco e tornam as pessoas mais vulneráveis, ou seja, os problemas de saúde. (CAMPOS; AMARAL, 2007). Nesse ponto, cabe destacar que a clínica ampliada possui cinco eixos fundamentais, que são, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do “objeto de trabalho”, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A inclusão e adoção da clínica ampliada e compartilhada envolve a escuta, que é primeiro contato do usuário, onde o profissional de saúde deve acolher todo relato ou queixa, mesmo que não seja importante para o tratamento; o vínculo e o afeto também é uma sugestão, que deve ser criado entre o profissional e o paciente, para que através da compreensão entre ambos haja a autonomia para enfrentar os desafios que permeiam os desvios de saúde (BRASIL, 2009).

Diante disso, as reflexões postas apontam para necessidade de um contínuo movimento de análise das práticas em saúde acontecidas no interior das UBS, envolvendo o encontro dos profissionais com as mulheres migrantes venezuelanas. Para isso, acredita-se que percorrer com as mulheres venezuelanas a rede básica do SUS, bem como rastrear as linhas de cuidados por elas percorridas, sejam capazes de superar as limitações primeiras deste ensaio teórico.

Como contribuição destas reflexões para a saúde coletiva destaca-se o apanhado teórico presente na PNH contextualizado com o atual fenômeno das migrações, considerando a saúde da mulher. Acredita-se que essa complexa zona de inseparabilidade conceitual é pauta prioritária para gestores e

profissionais de saúde implicados nos modelos de atenção em saúde. Espera-se que esta análise crítica sobre acolhimento da mulher migrante venezuelana no contexto da APS seja capaz de ampliar a forma de pensar e produzir saúde, sobretudo no contexto do extremo norte do Brasil.

### **Um ponto de parada: (in)conclusões para intensificar investigações**

A produção de uma proposta teórica-reflexiva que considere elementos em saúde da mulher migrante venezuelana no contexto da APS faz emergir a necessidade de rastrear e pousar nas multivariadas UBS localizadas na cidade de Boa Vista, para ali localizar as práticas assistenciais que tenham um tom acolhedor ancorados na PNH.

De forma inacabada, realiza-se aqui uma pausa nas construções reflexivas com a certeza de que o fortalecimento do SUS perpassa por leituras do cotidiano no trabalho em saúde. Parar é observar minimamente três rotas científicas que fundamentalmente são necessárias para cuidar da mulher migrante venezuelana de forma acolhedora na APS. Invariavelmente isso envolve a escuta qualificada, vínculo e clínica ampliada do sujeito como forma de promover uma assistência humanizada e de qualidade.

Com esse tripé posto, acredita-se que estas formulações reflexivas possam beneficiar posturas acolhedoras pelos profissionais de saúde da rede básica, no exercício de sua profissão, junto as mulheres migrantes venezuelanas do hoje e do amanhã. Haja vista que o fluxo migratório Venezuela-Brasil ainda é uma realidade concreta no estado de Roraima.

Assim, chega-se no ponto de parada com a certeza de que é fundamental intensificar as investigações e reconhecer *in loco* as práticas de saúde que são produzidas cotidianamente no encontro estabelecido entre os profissionais de saúde e as mulheres migrantes venezuelanas. Para isso, nossa atenção científica foi redirecionada para o acolhimento de puérperas migrantes venezuelanas a partir do projeto investigativo, intitulado: “rastreamento das práticas assistenciais de acolhimento a puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde”.

Assim, acredita-se que este ensaio teórico funcione como uma boa orientação para entrada no campo investigativo, auxilie na produção instrumentos de pesquisa, oriente a produção de dados qualitativos e quantitativos capazes de fornecer (im)precisão sobre os objetos de estudo “acolhimento”, “migração venezuelana”, “saúde da mulher” e “atenção primária à saúde”.

### **Referências**

ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?. **Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**. Porto. vol. 1, nº 1, Enero-Junio, 2012. 18p.

ANDRADE, R.D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, p. 181-186, 2015.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Secretaria de Atenção à Saúde. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. p.849-859. 2007.

CAVALCANTI, L. NOVOS FLUXOS MIGRATÓRIOS PARA O MERCADO DE TRABALHO BRASILEIRO. DESAFIOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**. p.21-35, V.11, n.16, jul-dez.2015.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1). p. 1523-1531, 2009.

CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Caderno de Saúde Pública**. 2017.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015

IMDH. **Glossário**. Brasil: Instituto Migrações e Direitos Humano. 31 de janeiro de 2014. Disponível em: <<https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/#:~:text=Movimento%20de%20pessoas%2C%20grupos%20ou%20povos%20de%20um%20lugar%20para%20outro.&text=Migrante%20%C3%A9%20pois%2C%20toda%20a,outro%20lugar%2C%20regi%C3%A3o%20ou%20pa%C3%ADs.>>. Acesso em: 03 maio 2021.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface**. Botucatu, 2019.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.

MARTINO, A.; RANGEL, G. C. C. Migração e Saúde em uma perspectiva epistemológica: reflexões para os trabalhadores da área da saúde. **Saúde em Redes**. p. 251269, 2019.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface**. Botucatu, p. 13-22, 2017.

MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2014.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez. 2019.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J. Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. **Aedos**. Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018.

MIRANDA, J. F. M. **Mães imigrantes e saúde – Estudo sobre as brasileiras em Portugal**. Porto, 2011. Dissertação (Mestrado em Estudos de Minorias). Universidade Fernando Pessoa.

MOREIRA, V. S. Migrações Femininas e a Nova Lei de Migrações: uma análise sobre a ausência da perspectiva de gênero na nova lei. **Caderno de Gênero e Diversidade**. Bahia: Universidade Federal da Bahia. v. 04, n. 04, p. 50-67, 2018.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da SBPH**. v. 17, n 1, p. 121-139, 2014.

OLIVEIRA, V. L. de A.; COSTA, E. S. MIGRAÇÃO VENEZUELANA NA PERSPECTIVA DAS MULHERES. In: OLIVEIRA, M. M.; LUTTNER, C. M. A.; SANTOS, R. D. M. (Org.). **Coletânea Migração & Wash reflexões sobre o contexto de Roraima**. Boa Vista Editora da UFRR, 2020. p. 131-148.

OIM. **Glossário sobre Migrações**. Genebra: OIM, n. 22, 2009.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface**. v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011

ROCHA, C.M.F. et al. Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutividade em Portugal. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Hygeia, p. 190 - 200, Dez 2012.

ROIG, J. N. MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E A GARANTIA DE DIREITOS – UM DESAFIO NO SÉCULO XXI. In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **MIGRAÇÕES VENEZUELANAS**. 1ª edição. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. p. 27-30.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Revista da Rede APS**. vol. 1, n. 2, p. 170-179, Maio/Julho-2019.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**. Botucatu, 2019.

SILVA, F. C. A.; SOUSA, E. M. A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. **Tensões Mundiais**. Fortaleza, v. 14, n. 27, p. 105-119, 2018.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B. de; BOSI, M. L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014.

SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. IMIGRAÇÃO DE VENEZUELANOS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Enfermagem em Foco**. p. 37-43. 2020.

STEFFENS, I.; MARTINS, J. “FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP). **Lua Nova**. São Paulo, p. 275-299, 2016.

TOBASE, L. et al. Escuta empática: estratégia de acolhimento aos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia por coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2021.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.2. p. 328-341, 2013.

VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 73-82, 2017.

VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever**. Geneva: WHO, 2008.



# DEMANDAS DE SAÚDE E PRIORIDADES PARA O TRABALHO EDUCATIVO COM MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral*

*Juliana Freitas Campos*

*Kelle Caroline Filgueira da Silva*

## Introdução

A educação em saúde tem ganhado visibilidade como estratégia de cuidado, no entanto sua consolidação como instrumento para alcançar a integralidade ainda constitui um desafio, principalmente pela cultura biomédica ainda predominante nas práticas de saúde e sua limitada capacidade para responder as necessidades mais abrangentes das pessoas (ASSIS *et al.*, 2015)

Nesse modelo de atenção centrado na queixa, as práticas são construídas de forma fragmentada, em que cuidado e gestão são desarticulados, o que não possibilita ações mais horizontais e participativas. No contexto do cuidado às mulheres na Estratégia Saúde da Família (ESF), defende-se que tais ações integrem o cotidiano de trabalho das equipes, de forma a potencializar a autonomia e o exercício de cidadania da mulher, privilegiando o diálogo e o atendimento humanizado e contextualizado às suas demandas específicas (SOBRAL, 2016). Na perspectiva do cuidado às mulheres, a produção de um modelo que atenda suas demandas de saúde de maneira integral, deve ser pensada de acordo com suas especificidades e contexto em que suas necessidades são geradas.

Na atualidade, busca-se garantir que a rede de saúde atue na direção de práticas humanizadas, que se distanciem da perspectiva biomédica e ofereça ações de cuidado integradas e mais alinhadas com os princípios já defendidos nos programas e políticas voltados às mulheres, como a integralidade, a equidade e a humanização. Nesse sentido, podemos compreender a educação em saúde como transversal às práticas assistenciais nos distintos níveis do sistema, mas especialmente na ESF, onde a prevenção e a promoção à saúde são os eixos prioritários de atuação.

No entanto, a integralidade ainda não é um princípio garantido nas práticas de cuidado à mulher, que não tem suas experiências, suas especificidades e nem a amplitude de suas demandas valorizadas. Nesse contexto, vislumbra-se que a efetivação da integralidade, potencializada pela educação em saúde, possa impulsionar a resolutividade dos problemas que as mulheres materializam como demandas, e também ampliar o acesso a serviços de qualidade e em tempo oportuno (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011). Estabelecer o acesso adequado requer uma comunicação eficiente entre profissional e usuário/a, destacando a sua importância para garantir a qualidade da assistência, sendo necessário, além dos aspectos orgânicos, acolher os aspectos subjetivos e não orgânicos, no intuito de efetivar a integralidade (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

Com base nas questões apontadas e diante das limitações do modelo tradicional para atender a amplitude das demandas que as mulheres levam ao serviço, esse estudo se propôs a conhecer as

demandas de saúde que as mulheres usuárias da ESF consideram prioritárias para serem trabalhadas por meio de práticas educativas. Tendo em vista as contribuições da educação em saúde para a atenção às mulheres, acredita-se que a partir da identificação dessas demandas seja possível orientar o cuidado na perspectiva de qualificar as ações sob o eixo da integralidade, garantindo acesso, cuidado ético, contextualizado e humanizado com maior potencial resolutivo.

## Método

Esse é um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, um recorte do trabalho matriz “Contribuições e potencialidades das metodologias ativas para a integralidade do cuidado à saúde das mulheres”. Foi desenvolvido com 11 mulheres usuárias da ESF de uma cidade no Semiárido Nordeste, no período de abril de 2018 a abril de 2019. As participantes foram selecionadas por conveniência, com base nos critérios: ser usuária do serviço, ter disponibilidade para constituir grupo educativo e ser maior de 18 anos.

Utilizou-se a oficina de reflexão como técnica para produção do material empírico, pois permite problematizar e refletir sobre o cotidiano das mulheres, sendo adequada para trabalhar as questões ligadas às práticas educativas em saúde desenvolvidas com usuárias da ESF (FONSECA; AMARAL, 2012). O desenvolvimento das oficinas ocorreu mediante as etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; descontração/ relaxamento (COELHO et al., 2009). Assim, foram realizados três encontros, que aconteceram em espaços comunitários, articulados com a ajuda da enfermeira e de agentes comunitárias de saúde da equipe.

Durante as oficinas, as falas foram gravadas e transcritas na íntegra e, para garantir o sigilo e ter os direitos preservados, as mulheres foram identificadas com a inicial M seguida de um número, exemplo: M1, M2, M3. O material foi analisado com base na Análise de Discurso (FIORIN, 2003), da seguinte forma: após localizados os elementos concretos e abstratos nos discursos, procedeu-se ao levantamento de temas segundo as semelhanças de significados a partir dos quais se pode deprender temas centrais, e formular subcategorias, que levaram a três categorias empíricas centrais, analisadas e discutidas com base no eixo teórico da integralidade, em articulação com a literatura pertinente.

A primeira oficina, foi intitulada Sinalizando Demandas e teve como objetivo levantar as necessidades de educação em saúde priorizadas por usuárias da UBS, a fim de extrair os temas centrais para encontros subsequentes, que compuseram projeto educativo como estratégia de cuidado para as mulheres da ESF. Para o manuscrito em tela, utilizou-se o material produzido nesta oficina, que vislumbra o objetivo desta pesquisa.

A ação utilizou as cores do sinal de trânsito para identificar e eleger situações que as participantes precisaram de orientações educativas. A cor vermelha remetia a questões que não tiveram resolução por meio de ações educativas; a amarela para situações em que precisaram e tiveram informação educativa, com resolução parcial do problema de saúde; e a verde, situações que trouxeram ao serviço de saúde e foram atendidas por meio da educação em saúde. A partir desta ação, foi possível eleger os temas mais relevantes para o trabalho educativo com as mulheres, de acordo com a prioridade definida por elas. Dessa forma, identificou-se as temáticas humanização e acolhimento no cuidado a usuárias da ESF; saúde reprodutiva; e saúde mental das mulheres como questões prioritárias para serem trabalhadas no campo de cuidados com esse público.

A coleta teve início após autorização da Secretaria de Saúde do município e anuência voluntária das participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da Universidade de Pernambuco, sob o parecer nº 2.311.817, e obedeceu a todos os requisitos éticos exigidos pela Portaria 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

As análises foram realizadas tomando a integralidade como eixo teórico, defendendo-a como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres. Essa perspectiva considera a integralidade dimensão indispensável às práticas de cuidado com mulheres na ESF, de modo que se mostra como princípio útil para as análises realizadas (COELHO et al., 2009).

A análise do material produzido permitiu a apreensão de conteúdos manifestos e latentes que foram organizados a partir de temas centrais, resultando em três categorias temáticas: Descontinuidade no acesso a saúde interferindo na Integralidade; Limites do modelo biomédico para a resolutividade de demandas da mulher; Potencialidades da educação em saúde no cuidado às mulheres.

### Acolhimento, humanização e descontinuidades na atenção à mulher

Entre as prioridades eleitas para o trabalho educativo, sobressaíram-se o acolhimento e a humanização no atendimento às mulheres, inscritos nos discursos femininos a partir de experiências com o serviço no que tange ao acesso a exames e outros serviços oferecidos pela rede de saúde. Quando em tempo oportuno, esse acesso é requisito necessário à qualidade e à continuidade do cuidado, uma vez que direciona as situações de saúde para a resolução ou não da demanda que se apresenta.

Como se observa nas falas a seguir, quando questionadas sobre situações que precisaram de orientações educativas e não tiveram, as participantes relatam experiências anteriores na ESF, como a demora para receber marcação ou resultados de exames bem como a descontinuidade do cuidado pela falta de medicações na Unidade Básica de Saúde (UBS):

◇ Faz exames e demora receber (M1)

◇ [...] não consegui um encaminhamento para um neurologista, não conseguia marcar [...] eu tinha um tumor e precisava ser retirado. Encontrei muita dificuldade, mas nunca desisti, lutei e consegui realizar. (M2)

◇ Falta de remédio no posto e demora para receber ultrassonografia. (M3)

◇ [...] outro momento que eu precisei [DO SERVIÇO] foi para ganhar o aparelho [GLICOSÍMETRO], mas eu já tinha plano [DE SAÚDE] e o médico foi logo barrando, achando que eu não tinha necessidade de ganhar [...] (M10)

Essa descontinuidade, portanto, é fator que nega às mulheres acesso ao cuidado integral. Garantir-lhes a satisfação de suas demandas com base no princípio da integralidade requer que serviços e profissionais se comprometam e promovam as articulações necessárias para garantir a continuidade no acesso em todos os níveis de atenção.

Depreende-se das falas que o acesso a bens e serviços de saúde como medicações, consultas com especialistas, exames e equipamentos, em tempo oportuno, é entendido como requisito para o cuidado integral às mulheres. De fato, a Lei Orgânica da Saúde prevê o direito de acesso a todos os níveis de atenção à saúde disponíveis no sistema, como também a possibilidade de integrar ações preventivas e curativas, nos serviços de saúde (CARNUT, 2017).

No presente estudo, embora a ênfase tenha sido a educação em saúde como instrumento de cuidado, os discursos não remetem às orientações ou práticas educativas como ações presentes no cotidiano do serviço nem tampouco reconhecem a sua importância. Couto et al. (2016) demonstram que existem dificuldades em incorporar a educação em saúde como estratégia de atenção às ações da ESF. Para que isso aconteça é necessário que profissionais envolvidos no cuidado acreditem e divulguem a importância dessa prática, a fim de que as pessoas acreditem na eficácia de seus resultados.

O relato das mulheres evidencia que essa descontinuidade também permeia o acesso a informações que consideram importantes para o cuidado de si. Há a valorização dos aspectos clínicos, mas também a comunicação ineficaz e falta de informação adequada contribui para a não resolubilidade dos problemas de saúde:

Os resultados dos preventivos demoram, tem mulher que fez e nunca recebeu [...] dizem que não chegou, é uma resposta vaga que ninguém explica porque, ninguém justifica. Não chegou e pronto [...] (M9)

Eu sou diabética e quando eu descobri não tinha plano de saúde. O médico nunca disse: vou lhe encaminhar pro endocrinologista, o médico do posto nunca faz isso comigo de encaminhar [...] (M10)

Os resultados obtidos nessa pesquisa, corroboram com um estudo realizado no município de Ribeirão Preto- SP, onde as mulheres relatam demora na marcação e recebimento de exames, consultas e medicamentos, isso contribui para a insatisfação no atendimento, negando a elas o direito ao acesso integral a saúde. Além disso, o acesso a informações coerentes é fator que direciona as mulheres a partilharem das ações oferecidas na rede e que contribui para ordenar as demandas da ESF (CARNUT, 2017).

O acesso a serviços de saúde em tempo oportuno interfere na qualidade da atenção prestada as mulheres, sendo indispensável no processo de busca e efetivação da atenção à saúde. A literatura cita que o tempo de espera para a marcação de consulta e para o atendimento, a facilidade na realização de exames e na aquisição de medicamentos são considerados atributos essenciais para a garantia da qualidade na atenção básica (MENDES et al., 2012).

### **Fragmentação no cuidado à mulher: experiências de distanciamento**

Os profissionais integrantes da ESF têm papel fundamental na promoção da saúde e são corresponsáveis pela qualidade das relações estabelecidas com a comunidade. A postura ética frente a situações de

saúde e de doença é expressa no exercício do diálogo e no olhar sensível, o que deveria direcionar a atuação profissional para a escuta qualificada e para a humanização na assistência. Para as mulheres participantes, a experiência na busca por cuidados na ESF se distancia desse ideal, e evidencia a violação de princípios éticos e humanísticos que deveriam ser garantidos por profissionais e serviços de saúde:

◇ Não fui bem atendida no posto de saúde. Chega ali que procuro alguma coisa [...] já saio dali com fogo na cabeça. Fui perguntar sobre consulta na recepção. (M4)

◇ [...] perguntas indiscretas do profissional de saúde. Eu cheguei tinha tido hipoglicemia, uma enfermeira perguntou pra mim se eu não tinha medo de morrer, dormir e não acordar. Uma profissional de saúde falar isso pra mim [...] (M10)

A qualidade da relação profissional-usuária é indispensável para que se efetive o cuidado integral. A empatia profissional é um elemento que promove a construção do vínculo e favorece a busca pelo serviço (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). No entanto, para as mulheres desse estudo, suas experiências no atendimento revelam fragilidades que se traduzem em comunicação inadequada, cuja falta de princípios éticos e de humanização não tem colaborado para as aproximações que se fazem necessárias e reforçam o distanciamento das usuárias dos serviços de saúde.

Essa atuação pode ser consequência à prática tecnicista, que não estabelece empatia com as usuárias (CARNIEL; MENDES; SÁ, 2018) e, diante dos problemas éticos que se colocam para as participantes, profissionais do serviço em questão não tem construído bases para estabelecer relações de respeito, vínculo, confiança e humanização no cuidado, numa demonstração de que a integralidade nas práticas está longe de se concretizar.

A literatura indica que o vínculo construído com base no acolhimento humanizado é um potente facilitador das relações das mulheres com a equipe, contribuindo substancialmente para o cuidado integral da saúde (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Para que a atenção às mulheres seja humanizada, é necessário que a postura do profissional seja baseada na ética a fim de ofertar cuidado ampliado e igualitário, valorizando e respeitando as fragilidades e as especificidades das mulheres (LEAL; RAUBER, 2012).

Outra questão apontada pelas participantes como fator de distanciamento e fragmentação da atenção foi o desencontro de informações que interfere no fluxo de ações e também contribui para o distanciamento:

◇ Às vezes a gente encontra no SUS informações desencontradas, muito empurra-empurra, e não resolve [...] não existe aquele falar a mesma língua. (M9)

◇ A gente sente dificuldade com acolhimento, chega, pergunta na recepção determinada coisa e muitas vezes a resposta é não sei. As recepcionistas têm que ter capacitação para poder responder e acolher, saber as informações certas. (M11)

Nas falas citadas anteriormente, evidencia-se que as informações no serviço são desencontradas e que a equipe não dispõe de um fluxo de informações bem definido. Ratificando esses resultados, Broca e Ferreira (2015) afirmam que o déficit na comunicação é uma barreira que leva a atritos e dificuldades que prejudicam a assistência, comprometendo sua qualidade.

Entende-se, portanto, que a comunicação é uma ferramenta importante para aproximar profissionais e usuárias, bem como para a garantia do acolhimento humanizado. Por meio deste, é possível atender

as demandas de saúde das mulheres com base na proposta da integralidade, tendo a escuta qualificada como fonte primordial na construção de uma relação baseada na confiança e no respeito (CARNUT, 2017).

### Limites do modelo biomédico para a resolutividade de demandas da mulher

Nos próximos discursos, é possível notar a inexistência de investimentos em práticas educativas e o anseio das mulheres por orientações direcionadas à resolução de seus problemas que também se situam no campo da prevenção da gravidez precoce, planejamento reprodutivo e saúde mental, que emergiram nos relatos como campo em que é necessária intervenção educativa como parte do cuidado:

As orientações passadas sobre a saúde da mulher são vagas. Quando procurei o posto para tirar dúvidas, não teve resolução [...] eu passei 6 meses sem menstruar aí ela [MÉDICA] disse que era normal, só que quando eu fui olhar eu já estava grávida [...] aí eu tive foi um aborto. (M5)

Eu engravidei na minha adolescência [...] quando vim descobrir, eu estava com 6 meses [...] porque toda vida eu tinha problema nos ovários, fazia consulta com os médicos, até então não sabia que eu estava grávida. (M6)

Para as participantes do estudo, o déficit de orientações educativas sobre saúde reprodutiva foi preponderante para o desfecho das suas situações de saúde. Mesmo afirmando ter acompanhamento médico, as falas permitem questionar a qualidade e a eficácia das ações clínicas que, não priorizando a educação em saúde, contribuíram para resultados como a gravidez precoce, não planejada, culminando em resultados mais preocupantes, como o aborto.

Esses resultados reafirmam as constatações da literatura, em que o modelo biomédico negligencia o cuidado integral das mulheres, já que a atenção é centrada na doença enquanto as práticas de promoção e prevenção, como a educação em saúde, são desvalorizadas (BROCA; FERREIRA, 2015). Nessa perspectiva, a implementação de ações educativas na ESF é entendida como alternativa ao modelo dominante de assistência à saúde (GOMIDE et al., 2018).

Porém, há que se destacar os desafios para a implementação dessas práticas, que estão presentes na organização do serviço, no agir profissional e no comportamento das usuárias de saúde. No que tange aos profissionais, a não adesão das mulheres a essas ações é utilizada como justificativa para que a equipe não as desenvolva. Entretanto, há pesquisas que confirmam que as mulheres desconhecem essas práticas na ESF e a sua importância (BOSQUE et al., 2017). Então um importante fator para que a educação em saúde aconteça é justamente a comunicação e o acesso às informações, planejar a educação em saúde, socializar, divulgar e dar visibilidade a estas ações para que as pessoas reconheçam sua existência e sua potência como prática de cuidado integral.

Outro fator limitante é a crença do/a usuário/a que a procura pelo serviço deve ser motivada por doença ou sintoma, já que inexistente interesse e envolvimento de usuária/os com a equipe, dificultando o desenvolvimento efetivo de atividades propostas para a promoção da saúde (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013).

A análise do material revela que as participantes anseiam por orientações que ultrapassam o campo reprodutivo, como as necessidades de saúde mental, apontadas como uma prioridade que também requer intervenções não convergentes com o modelo tradicional. Ganham visibilidade os transtornos depressivos, a automutilação e problemas de saúde decorrentes de processos discriminatórios, como o bullying por questões raciais, como se observa nos seguintes relatos:

◇ Eu queria saber mais sobre problema que o povo tem de se cortar. Eu só ouvi falar aqui no CRAS uma palestra [...] pra eu ajudar as pessoas que eu vejo fazer esse tipo de coisa [...] (M6)

◇ Eu queria saber mais informação sobre automutilação e sobre depressão [...] fui vítima de preconceito por causa do cabelo, da cor, do jeito [...] eu falo com a psicóloga do CRAS. (M7)

Estudos voltados ao adoecimento mental das mulheres têm evidenciado que esse campo da saúde tem se mostrado como uma consequência da construção da identidade, decorrente da relação com uma trajetória de vida difícil, em que diferentes perdas, de pessoas ou valores significativos, têm contribuído na construção da percepção das mulheres sobre si (NASCIMENTO; BRÊDA; ALBUQUERQUE, 2015).

Há que se destacar a dificuldade em diagnosticar e tratar transtornos mentais na ESF, sobretudo a depressão, sendo umas das causas para que esse assunto não seja ainda algo tão discutido na atenção primária (KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Diante dessa lacuna, mulheres buscam outros serviços que lhes deem respostas às necessidades, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que é apresentado como uma alternativa às demandas de saúde mental das mulheres não absorvidas pela ESF.

Por outro lado, a análise permite abstrair que as mulheres reivindicam informações não apenas o cuidar de si, mas sentem necessidade de ampliar os seus conhecimentos com o intuito de cuidar do outro. No cotidiano da população feminina, a atenção a saúde de seus familiares, vizinhos e amigos, é historicamente atribuída a elas. Assim, ao buscarem orientações, as mulheres promovem sua saúde e compartilham as informações com a comunidade, agindo como multiplicadoras de saúde (GUEDES; DAROS, 2009).

Nesse sentido, pensar o cuidado das mulheres na ótica da integralidade perpassa o fortalecimento o cuidado por meio da educação, entendendo a mulher como ser integral, sem que as ações priorizem apenas a área reprodutiva. A ênfase do cuidado deve ser voltada às demandas individuais e coletivas, que devem ser mediadas através do diálogo e da comunicação efetiva entre profissionais e usuárias.

### **Potencialidades da educação em saúde no cuidado às mulheres**

Na ótica das mulheres, observa-se que a educação em saúde se apresenta como uma ferramenta útil de cuidado pois, ao promover aproximações entre usuárias e equipe, contribui para o esclarecimento de dúvidas e direciona a resolubilidade das demandas. Ao analisar as falas, percebe-se que o compartilhar de conhecimentos durante as consultas podem minimizar desfechos insatisfatórios e favorecer a adesão às medidas de rastreamento para o câncer, e questões que se circunscrevem ao universo da sexualidade e reprodução:

Sobre o preventivo, antes eu tinha vergonha de falar esses assuntos e minha agente de saúde me ajudou. Tirei várias dúvidas, ela me orientou [...] passei muito tempo sem o exame e depois passei a fazer. (M8)

Eu me sinto muito bem quando estou com a minha médica [...] ela me explica, tira todas as minhas dúvidas [...] Sobre problema relacionado a coisas das mulheres, preventivo, relações sexuais [...] eu gosto de tá procurado para se prevenir”. (M4)

Eu gosto muito de conversar com a enfermeira [...] tiro minhas dúvidas, converso sobre câncer de mama, sobre ter relações sexuais que dói, e ela me explica tudo direitinho[...] (M6)

Quando são bem esclarecidas pela equipe de saúde, sentem maior segurança e fortalecem o vínculo com profissionais, o que as estimula a buscar melhorias na qualidade de vida, por meio de ações preventivas e educativas. Esse reconhecimento mostra que as práticas educativas têm eficácia na resolubilidade de questões de saúde. Ser integral no cuidado também requer encorajar a autonomia das mulheres para o autocuidado e isso só é possível mediante o diálogo horizontal que favoreça as mulheres partilharem e opinarem na produção de sua saúde (BOSQUE et al., 2017). Para uma parte das participantes na realidade estudada, o diálogo permeia a relação entre profissionais e usuárias, influenciando comportamentos de saúde.

Na fala que segue, depreende-se que, independente do desfecho, a orientação educativa é compreendida como um importante elemento do cuidado, entretanto, o acesso a informações em tempo oportuno delimita consequências para as mulheres. Assim, o relato mostra que orientações sobre o uso adequado do contraceptivo seria um fator determinante para a prevenção da gravidez:

A ACS sempre esclarece minhas dúvidas, sempre ajuda. Quando eu parei de tomar os remédios [CICLO 21], ela me ajudou, só que quando eu fui pedir ajuda já era tarde, eu já estava gestante[...] (M5)

A orientação em saúde é entendida como uma estratégia de aproximação entre equipe de saúde e usuáries/as, e configura um processo de troca de conhecimentos essenciais para estabelecer atenção integral. Entretanto, garantir o alcance das ações em tempo ideal é um desafio na assistência, pois envolve a participação e interesse das usuáries e a utilização das habilidades e conceitos culturais dos profissionais frente a essa prática (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013).

Embora no presente estudo as mulheres relatem ter orientações que as ajudaram, ressalta-se que há situações que fogem do domínio profissional, pois mesmo tendo acesso às orientações, os comportamentos individuais das mulheres interferem no desfecho. O alcance das orientações educativas com a finalidade de promover saúde requer planejamento horizontal, onde as demandas direcionem as ações necessárias, atendendo o que para as usuáries é prioritário (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013).

A formação de grupo de mulheres constitui um desafio aos profissionais que trabalham com estratégias educativas. Como limitações do estudo, destacam-se as dificuldades das mulheres para aderir à formação do grupo para as oficinas e as limitações de espaço para realização das atividades. Também interferiu na adesão o modo como está organizado o processo de trabalho na UBS, orientado para o modelo biomédico, em que o interesse é evidentemente maior pelas ações clínicas.

## Considerações finais

Esse estudo permitiu identificar e compreender demandas de saúde de mulheres, a partir das quais foi possível eleger temas de maior relevância para o trabalho educativo na ESF. Dessa forma, identificou-se as temáticas humanização e acolhimento no cuidado a usuárias da ESF; saúde reprodutiva; e saúde mental das mulheres como questões prioritárias para serem trabalhadas no campo de cuidados com esse público, por meio das oficinas de reflexão.

As análises evidenciaram a reprodução do modelo biomédico nas práticas de cuidado, permeado por fragilidades éticas no acolhimento às demandas de mulheres, além do déficit na comunicação usuárias e profissionais do serviço. Ao mesmo tempo, mostram que tais questões podem resultar em desfechos de saúde que podem variar em relação à satisfação, a depender do acesso a informações coerentes e tempo oportuno como também da qualidade do vínculo que se estabelece com o serviço e de como são acolhidas.

As experiências das mulheres na UBS inscrevem-se em uma realidade de negação às suas queixas, o que as afasta do serviço e gera anseio por ações que fogem ao tradicional, reivindicando atendimento mais acolhedor, humanizado e baseado na comunicação eficaz como importante instrumento do cuidar. Isso indica que o modelo tradicional não atende as necessidades e nega a elas o envolvimento no seu cuidado, dificultando o acolhimento das demandas mais subjetivas, sem prioridade para as particularidades e desconsiderando o contexto em que os problemas são gerados. Com isso, distancia-se a atenção às mulheres da integralidade ao mesmo tempo em que se aponta a necessidade de reorientar a atenção a partir de ações mais horizontais e inclusivas, sendo a educação em saúde um instrumento fundamental para essas mudanças.

Dessa forma, sugere-se o envolvimento mútuo entre mulheres, profissionais e gestores da rede no sentido de revisitar a proposta da integralidade e ressignificar as práticas de cuidado, com consciência de que o modelo que está posto não tem conseguido dar conta da pluralidade e da complexidade das demandas. É necessário qualificar e humanizar o acolhimento às mulheres, investir na comunicação eficiente, priorizar a escuta ativa, melhorar a dimensão ética do cuidado e reestruturar o processo de trabalho a fim de aproximar as mulheres e desfragmentar as ações, aproximando-as e garantindo sua autonomia na produção da saúde.

## Referências

- ASSIS, M.M.A; NASCIMENTO, M.A.A; PEREIRA, M.J.B; CERQUEIRA, E.M. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221>
- BEZERRA, S.T.T; MORAIS, G.S.N.; CARNEIRO, A.D.; FRANÇA, J.R.E.S.; ZACCARA, A.A.L.; DUARTE, M.C.S. Educação em saúde como comprometimento para humanizar a atenção básica: compreensão de profissionais de enfermagem. **Rev. de enferm UFPE online.** Recife, v. 9, n. 5, p.7835-42, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201513>
- BOSQUE, R.M.; OLIVEIRA, M.A.F; SILVA, N.N.; CLARO, H.G.; FERNANDES, I.F.L. Satisfação dos Trabalhadores, Usuários e Familiares dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. **Rev. Enferm. UFPE online.** Recife. v.11, n. 11, p. 4598-606, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231199p4598-4606-2017>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas** Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, p.48, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 82, 2011. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)
- BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**. v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
- CARNIEL, F.; MENDES, G.B.; SÁ, N.R. Humanização no atendimento na percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista interdisciplinar**. Teresina. v. 11, n. 1, p. 51-63, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17648%2F2317-5079.v11n1.1278>
- CARNUT L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
- COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**. v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>
- COUTO, T.A.; SANTOS, F.P.A.; RODRIGUES, V.P.; VILELA, A.B.A.; MACHADO, J.C.; JESUS, A.S. Educação em saúde sob a ótica de usuários das equipes de saúde da família. **Rev. Enferm UFPE online**. Recife, v. 10, n. 5 P.1606-14, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201606>
- FIORIN, J.L. **Linguagem e ideologia**. 6ª ed. São Paulo: Ática. 2003. 87 p.
- FONSECA, R.M.G.S.; AMARAL, M.A. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. **Ver. Bras.Enferm**. v. 65, n. 5, p. 780-787, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500010>
- GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; BULGARELLI, A.F.; SANTOS, A.L.P.; GALLARDO, M.P.S. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
- GUEDES, O.S.; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**. v. 12, p. 122-134, 2009. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2009V12N1P122>
- JUNQUEIRA, M.A.B.; SANTOS, F.C.S. Educação Em Saúde Na Estratégia Saúde Da Família Sob a Perspectiva Do Enfermeiro: Uma Revisão De Literatura. **Rev. Educ. Pop. Ed. Popular**. Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 66-80, 2013.
- KANNO, N.P.; BELLODI, P.L.; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400008>
- LEAL, D.F.; RAUBER, J.J. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. **REME rev Min de Enferm**. v. 16, n. 4, p. 554-563, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/561>
- MENDES, A.C.G.; MIRANDA, G.M.D.; FIGUEIREDO, K.E.G.; DUARTE, P.O. FURTADO, B.M.A.S.M. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007>
- NASCIMENTO, Y.C.M.L.; BRÊDA, MZ, ALBUQUERQUE, M.C.S. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 19, n. 54, p. 479-490, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=180141076006>
- OLIVEIRA, Y.C.A.; CELINO, S.D.M.; COSTA, G.M.C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, pp. 307-320, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>
- SANTOS, R.O.M.; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 02 e280206, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
- SOBRAL, P.H.A.F. **Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica**. Dissertação (mestrado) - Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, p. 167, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20216>



# PERFIL DOS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO INTERIOR DE PERNAMBUCO

*Juliana Maria Otaviano Maia  
Célia Maria Borges da Silva Santana  
Hérika Dantas Modesto Pinheiro  
Lílian Silva Sampaio de Barros*

## Introdução

O modelo de assistência obstétrica fundamentado no excesso de intervenções obstétricas está diretamente relacionado a indicadores maternos e neonatais desfavoráveis, o que pode ser elucidado pelas altas taxas de cesarianas realizadas no Brasil e pelos casos de violência obstétrica (BOCCHI et al., 2016). Bocchi (2016) revela que para cada quatro mulheres assistidas, uma sofre violência obstétrica, o que se configura como uma situação preocupante. Nesse contexto, a assistência deve-se basear em atender as necessidades singulares de cada indivíduo. Orientar quanto ao poder de decisão, respeitar suas escolhas e tornar a mulher protagonista do processo parturitivo, contribuem para satisfação interpessoal, entre paciente e profissional, que consequentemente fortalecerá a humanização do acolhimento e terá resultados eficazes na saúde da paciente (REIS, 2017).

O propósito de modificação tocante ao paradigma da assistência à saúde materna e neonatal brasileira no decorrer das últimas décadas estimulou que o Ministério da Saúde (MS), seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), viesse a divulgar políticas públicas em saúde a fim de assegurar um modelo de assistência baseada em práticas obstétricas menos intervencionistas, propondo respeito a autonomia feminina e garantindo um pré-natal, parto e nascimento saudáveis (REIS et al., 2015). Entre os recursos utilizados pelo MS destaca-se o estímulo a formação profissional em enfermagem obstétrica com a criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PROAENF) no ano de 2012 (SILVA et al., 2020).

Os programas de residência em enfermagem obstétrica se propõem a contribuir para a modificação da prática assistencial ao parto por intermédio da qualificação em ensino e trabalho em serviço, e se caracterizam por promover trocas efetivas de experiências e de evidências científicas, tendo como propósito, especializar segundo a compreensão da parturição como fenômeno fisiológico, objetivando a diminuição de práticas intervencionistas e iatrogênicas, valorizar a autonomia e o protagonismo da figura materna, conferindo habilidades técnicas específicas, poder de tomada de decisões e autonomia profissional (CASSIANO et al., 2020).

Partindo desse pressuposto, a atuação desse profissional na assistência ao ciclo gravídico puerperal

e principalmente, ao parto natural, possui importância devido a sua capacidade de contribuição na redução dos índices de mortalidade materna e neonatal, além de descentralizar o momento do parto na figura do médico, proporcionando uma nova perspectiva de cuidado (CASSIANO et al., 2020).

Em face dessa realidade, acredita-se que estudos acerca do perfil dos egressos de uma residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco são relevantes para avaliar o impacto dessa modalidade de formação perante a sociedade e para que, a partir da análise dos pontos positivos e negativos, melhorias sejam alcançadas no processo formativo, e consequentemente influencie no estímulo da implementação e formulação de novas políticas públicas voltadas a qualificação da formação profissional e melhoria da assistência em saúde (CARVALHO et al., 2019).

Este estudo buscou descrever quantitativamente, seguindo uma linha de observação retrospectiva de dados, o perfil dos egressos de uma residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco. Essa modalidade de especialização *latu sensu* é uma estratégia promovida pelo MS em parceria com o governo do estado de Pernambuco, desde 2016.

Esse estudo foi concebido a partir da demanda do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) para integralização do programa portanto, o resultado do estudo foi apresentado a banca instituída pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco e avaliada após apresentação arguição, tendo como resultado final a aprovação.

O corpus dessa pesquisa foi constituído por um questionário semiestruturado, no qual foram abordados tópicos sociodemográficos, perfil acadêmico e perfil profissional do egresso. Como questão de pesquisa: Como o programa de residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco contribuiu para a qualificação e inserção do enfermeiro obstetra no mercado de trabalho? Diante disso, objetivo foi Analisar o perfil dos egressos de uma residência em enfermagem obstétrica do interior do estado de Pernambuco.

Por fim, com este estudo, almejou-se retratar a caracterização do perfil de egressos do programa e obter retorno sobre a estratégia formativa utilizada, contribuindo para aprimoramentos no processo de ensino aprendizagem.

## **Método**

Estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado com os profissionais egressos de uma residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco, no período de janeiro e fevereiro de 2021.

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco foi implantado em 2016 nos hospitais Jesus Nazareno (Caruaru), no Regional Dom Moura (Garanhuns), no Regional Ruy de Barros Correia (Arcoverde) e após ampliação

de vagas em 2017, no Regional Inácio de Sá (Salgueiro). Possui entrada anual com um total de 10 vagas anuais distribuídas nos quatro polos.

Incluiu-se nesta pesquisa todos os profissionais egressos do primeiro triênio de uma residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco. A amostra foi composta por dezoito dos dezenove enfermeiros egressos do programa de residência, que participaram do estudo respondendo o questionário aplicado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi excluído desta pesquisa o egresso que não aceitou participar do estudo, não respondendo o questionário enviado.

Para o estudo elaborou-se, através do programa online Google Forms, um questionário semiestruturado que se subdivide em três tópicos: perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos egressos, com 29 questões que abordaram o processo formativo durante o período de residência, os pontos positivos e negativos do programa durante a residência, e a inserção do egresso no mercado de trabalho. O convite para a participação se deu através das redes sociais, estabelecido o contato, foi enviado através de um link online o convite para a participação no estudo, juntamente com o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após o preenchimento do questionário pelos participantes da pesquisa, os dados foram dispostos em uma planilha no programa Microsoft Excel e, posteriormente, exportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva (frequência relativa) e o teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para análise de significância entre as variáveis categóricas.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da faculdade Estácio do Recife com o número Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 41913520.1.0000.5640. Foram observados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, onde respeita o preconizado na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## Resultados

Segundo a distribuição dos dados observou-se que a maioria dos enfermeiros obstetras era do sexo feminino (88,9%; n=16), com faixa etária entre 25 e 30 anos (66,7%; n=12), solteiras (55,6%; n=10), sem filhos (83,3%; n=15), residindo em Pernambuco (61,1%; n=11) e trabalhando apenas na cidade em que reside (44,4%; n=8) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas de enfermeiros obstetras. Salgueiro, PE, Brasil, 2021. (N=18)

Variáveis	N (%)	p-valor*
<b>Sexo</b>		
Feminino	16 (88,9)	0,001
Masculino	2 (11,1)	
<b>Faixa etária</b>		
Entre 25 e 30 anos	12 (66,7)	0,157
Entre 30 e 35 anos	6 (33,3)	
<b>Estado civil</b>		
Solteiro (a)	10 (55,6)	0,637
Casado (a)/união estável	8 (44,4)	
<b>Possui filhos</b>		
Sim	3 (16,7)	0,005
Não	15 (83,3)	
<b>Estado de moradia</b>		
Alagoas	2 (11,1)	0,001
Bahia	1 (5,6)	
Ceará	2 (11,1)	
Paraíba	2 (11,1)	
Pernambuco	11 (61,1)	
<b>Trabalha em mais de um lugar</b>		
Sim, trabalha em uma cidade diferente da qual reside	7 (38,9)	0,311
Sim, trabalha em mais de duas cidades da qual reside	3 (16,7)	
Não, trabalha apenas na cidade em que reside	8 (44,4)	
<b>Estado onde trabalha</b>		
Alagoas	2 (11,1)	0,000
Bahia	1 (5,6)	
Ceará	2 (11,1)	
Paraíba	1 (5,6)	
Pernambuco	12 (66,7)	

Fonte: Elaboração dos autores.\* Qui-quadrado de Pearson

No tocante ao perfil curricular dos enfermeiros, verificou-se que 72,2% (n=13) obteve graduação em instituição pública, 66,7% (n=12) se formou há 5 anos, 50,0% (n=9) concluiu a residência em 2020, 55,55% (n=10) fez ou faz a 1ª especialização lato sensu e 77,8% (n=14) não fez/faz alguma pós-graduação na modalidade Stricto sensu (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil curricular de enfermeiros obstetras. Salgueiro, PE, Brasil, 2021. (N=18)

Variáveis	n (%)	p-valor*
<b>Instituição de graduação</b>		
Pública	13 (72,2)	0,059
Privada	5 (27,8)	
<b>Tempo de graduado</b>		
Menos de 5 anos	3 (16,7)	0,011
5 anos	12 (66,7)	
Entre 5 e 10 anos	3 (16,7)	
<b>Ano de conclusão da residência</b>		
2018	5 (27,8)	0,311
2019	4 (22,2)	
2020	9 (50,0)	
<b>Fez ou faz outra residência ou especialização</b>		
Fez ou faz a 1ª especialização lato sensu	10 (55,6)	0,115
Fez ou faz a 2ª especialização lato sensu	3 (16,7)	
Não fez ou faz outra residência ou especialização	5 (27,8)	
<b>Fez ou faz outra pós Stricto sensu</b>		
Não fez ou faz pós Stricto sensu	14 (77,8)	< 0,001
Fez ou faz mestrado	3 (16,7)	
Fez ou faz doutorado	1 (5,6)	

Fonte: Elaboração dos autores.\* Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 3 descreve as características relativas ao programa de residência em enfermagem obstétrica da ESPPE, dentre as quais destaca-se Caruaru com maior prevalência como sede de residência (44,8%; n=8). Com relação às aulas teóricas, a maioria avaliou como relevante (61,1%; n=11), ao passo que as práticas foram consideradas muito relevantes (83,3%; n=15). Ademais, constatou-se que os egressos participaram de atividades de educação continuada, principalmente cursos e treinamentos (100,0%; n=18); 83,3% (n=15) afirmaram que o programa desenvolve competências para o parto normal/humanizado, assim como o local de prática e o preceptor (61,1%; n=11 e 77,8; n=14), contudo, apontaram a falta de atualização dos profissionais como principal dificuldade encontrada na aplicabilidade das boas práticas do parto normal/ humanizado (72,2%; n=13).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas às características da residência em enfermagem obstétrica da ESPPE. Salgueiro, PE, Brasil, 2021. (N=18)

Variáveis	n (%)	p-valor*
<b>Município da residência</b>		
Arcoverde	5 (27,8)	0,198
Caruaru	8 (44,4)	
Garanhuns	3 (16,7)	
Salgueiro	2 (11,1)	
<b>Avaliação das aulas teóricas da residência</b>		
Pouco relevante	2 (11,1)	0,030
Relevante	11 (61,1)	
Muito relevante	5 (27,8)	
<b>Avaliação das práticas durante a residência</b>		
Pouco relevante	0 (0,00)	0,005
Relevante	3 (16,7)	
Muito relevante	15 (83,3)	
<b>Participou de atividades de educação continuada (múltipla escolha)</b>		
Congressos	16 (23,2)	0,201
Cursos	18 (26,1)	
Oficinas	17 (24,6)	
Treinamentos	18 (26,1)	
<b>Acredita que programa desenvolve competências para o parto normal/ humanizado</b>		
Sim	15 (83,3)	0,005
Não	0 (0,00)	
Às vezes	3 (16,7)	
<b>O local da prática contribuiu para o desenvolvimento da competência para o parto normal/ humanizado</b>		
Sim	11 (61,1)	0,346
Não	0 (0,00)	
Às vezes	7 (38,9)	
<b>O (a) preceptor (a) contribuiu para o desenvolvimento da competência para o parto normal / humanizado</b>		
Sim	14 (77,8)	0,018
Não	0 (0,00)	
Às vezes	4 (22,2)	
<b>Teve dificuldades em aplicar as boas práticas obstétricas durante as práticas da residência</b>		
Sim	2 (11,1)	< 0,001
Não	1 (5,6)	
Às vezes	15 (83,3)	
<b>Se sim, quais</b>		
Falta de atualização dos profissionais sobre as boas práticas	13 (72,2)	0,002
Campo de assistência de baixo risco	1 (5,6)	
Infraestrutura física	4 (22,2)	

Fonte: Elaboração dos autores.\* Qui-quadrado de Pearson

No que diz respeito ao perfil profissional dos enfermeiros avaliados, identificou-se que estes trabalham atualmente na área de especialização (94,4%; n=17), nos setores de sala de parto e triagem obstétrica (38,1%; n=16 e 23,8%; n=10), e não tiveram dificuldades em aplicar as boas práticas obstétricas no local de trabalho (50,0%; n=9). Além disso, a maioria não voltou a trabalhar no local de prática da residência (61,1%; n=11), possui dois vínculos empregatícios (55,6%; n=10), teve oportunidade de ser preceptor (a) em algum programa de residência (33,3%; n=6) e não teve dificuldades em inserir-se no mercado de trabalho (88,9%; n=16) (Tabela 4).

*Tabela 4. Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil profissional de enfermeiros obstetras. Salgueiro, PE, Brasil, 2021.*

Variáveis	n (%)	p-valor*
<b>Trabalha atualmente como enfermeiro (a) obstetra</b>		
Sim	17 (94,4)	< 0,001
Não	1 (5,6)	
<b>Áreas de trabalho (múltipla escolha)</b>		
Triagem obstétrica	10 (23,8)	0,396
Alojamento conjunto	7 (16,7)	
CPN	1 (2,4)	
Sala de parto/PPP	16 (38,1)	
Consultoria materno-infantil	1 (2,4)	
Consulta de pré-natal e puerpério	1 (2,4)	
Docência	1 (2,4)	
Coordenação de enfermagem	3 (7,1)	
Coordenação de saúde da mulher	1 (2,4)	
Oncologia/terapia medicamentosa e cirúrgica	1 (2,4)	
<b>Se teve dificuldade em aplicar as boas práticas obstétricas no local de trabalho</b>		
Sim	2 (11,1)	0,115
Não	9 (50,0)	
Às vezes	5 (38,9)	
<b>Se voltou a trabalhar no local de prática da residência</b>		
Sim	7 (38,9)	0,346
Não	11 (61,1)	
<b>Oportunidade de preceptoria em programas de residência</b>		
Não teve oportunidade de ser preceptor	6 (33,3)	0,286
Foi preceptor de residentes do mesmo programa que se formou	1 (5,6)	
Foi preceptor de residentes de outros programas de residência em enfermagem obstétrica	6 (33,3)	
Foi preceptor de residentes do mesmo programa que se formou e de outros programas	5 (27,8)	
<b>Se teve dificuldades na inserção no mercado de trabalho</b>		
Sim	1 (5,6)	< 0,001
Não	16 (88,9)	
Às vezes	1 (5,6)	

### Quantidade de vínculos empregatícios como enfermeiro (a) obstetra

Nenhum vínculo	1 (5,6)	
Um vínculo	7 (38,9)	0,030
Dois vínculos	10 (55,6)	

Fonte: Elaboração dos autores.\* Qui-quadrado de Pearson

## Discussão

O perfil dos egressos da residência em enfermagem obstétrica revela um público majoritariamente feminino, jovem e recém-formado, consoante a um estudo realizado com enfermeiras obstetras egressas de um programa de residência no município de Minas Gerais (GIANTAGLIA et al., 2017). Ademais, a participação da mulher no campo da enfermagem traduz um contexto histórico associado ao cuidado efetuado por esse gênero, especialmente no ambiente domiciliar e, no que tange a enfermagem obstétrica, a socialização profissional das mulheres foi marcada pelo movimento social de Humanização do Parto e Nascimento (NICÁCIO et al., 2016).

Sobre o processo de formação desses profissionais, verificou-se que a maioria obteve graduação em instituição pública, no entanto, quando analisadas as qualificações profissionais, observou-se que a residência correspondeu à principal pós-graduação efetuada, justificada pela conclusão recente da metade dos participantes. A residência configura-se como a principal e pós-graduação para a qualificação prática de recursos humanos em saúde, citada como padrão ouro, a vivência dentro do SUS desenvolve habilidades para integrar o ensino-serviço-comunidade e possibilita a inserção no mercado de trabalho de profissionais com vivência prática no serviço de saúde (SILVA et al., 2020).

À vista disso, muitos dos egressos almejam se inserir nos serviços de suas respectivas áreas após a residência, e às vezes não possuem interesse e/ou tempo necessário para ingressar em outros programas de pós-graduação. Dos egressos entrevistados, 77,8% não buscaram dar continuidade nos estudos a nível de *Stricto sensu* que, poderia ampliar a perspectiva sobre o mercado de trabalho desses profissionais, não restringido apenas à docência, mas também à articulação dos conhecimentos de pesquisa, extensão e aprimoramento da formação de novos profissionais (CARVALHO et al., 2019).

Um outro caminho de qualificação simultânea com a residência, consiste na participação de residentes em eventos como cursos, congressos e *workshops*, que possibilitam a ampliação do desenvolvimento de habilidades que os mesmos julgam pouco aprofundadas durante seus estágios práticos, além de trocas de informações e experiências, atualização de evidências científicas com outros profissionais da mesma área, intrínsecas à educação continuada, haja vista que a escassez de atualização e capacitação, eventualmente, pode ocasionar insegurança nas práticas profissionais. É válido mencionar que participação de eventos possibilitam a ampliação de conhecimentos, e conseqüentemente logram em práticas obstétricas seguras, predispondo a atenuação da violência obstétrica (TORRES, 2020). (TORRES, 2020). Ressalta-se que a inserção em atividades como essas são transversais a quaisquer níveis de formação e essenciais para aprimorar o campo de prática e os resultados em saúde (MUÑOZ-CASTRO; VALVERDE-GAMBERO; HERRERA-USAGRE; 2020).

O Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica de Pernambuco foi criado em 2016, com sedes iniciais nos polos de Caruaru, Arcoverde e Garanhuns. Consoante aos resultados, Caruaru foi o município com maior número de egressos. O programa compreende atividades práticas nos hospitais regionais, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, nas Gerências Regionais de Saúde, no Programa Mãe Coruja Pernambucana, nas Regiões de Saúde do interior do estado (PERNAMBUCO, 2019).

Considerando que a residência integra módulos teóricos e práticos, a avaliação destes aspectos possibilita o aperfeiçoamento de competências e o remodelamento da assistência (REIS; QUADROS, 2017). Ao observar os resultados satisfatórios de avaliação do programa, ressalta-se que a disposição pedagógica abrange construção de seminários, discussões de casos, clubes de revista e outras atividades que permitem aplicar os conhecimentos teóricos a uma realidade convergente ao público atendido por esses enfermeiros (CONRADA et al., 2019).

Outrossim, o processo formativo do residente é composto pela integração com tutores, responsáveis pelas atividades teóricas e de orientação; e preceptores, profissionais lotados nos serviços de assistência, os quais desempenham o papel de facilitadores e supervisores no decorrer das atividades de aprendizagem práticas; e de docentes que ministram o componente teórico dos programas (BRASIL, 2012).

Considerando que a formação a nível de residência integra os saberes e práticas que promove a articulação de atividade práticas, acompanhada por preceptores, atividade teórico-práticas, onde os tutores estão à frente e atividades teóricas, as quais os docentes são os responsáveis, a deficiência de um dos desses atores pode dificultar o pleno aprendizado proposto no programa. Em pesquisa realizada por Torres (2020) com os residentes do PREO, onde foi abordada a estrutura do programa em 2019, identificou na turma em formação nesse anos a ausência do representante tutor. A mesma autora chama atenção sobre a importância desse ator para a formação, destacando que o tutor é fundamental para orientar o aporte teórico e endossar a prática com evidências científicas e a realidade local, integrando-as em um projeto pedagógico para educação continuada do residente (TORRES, 2020).

No tocante a oportunidade do egresso exercer função de preceptoria, apenas 7 (38,9%) dos EO retornaram para trabalhar no local onde fez a residência, o que pode vir a justificar o porquê de 6 egressos afirmarem não exercer essa atividade após sua inserção no serviço. Entretanto, 12 profissionais, agora como enfermeiros obstetras, obtiveram a experiência de desempenhar a preceptoria tanto com os residentes do mesmo programa no qual concluíram a especialização, como também de outros programas de residência do estado de Pernambuco. Sobre exercer a preceptoria em outras áreas de atuação, Silva et al. (2020) aponta-se que, a multiplicidade de perfil assistencial pode aglutinar o saber do estudantes acerca das boas práticas em saúde, sob diferentes olhares e experiências, especialmente se o profissional de referência for da mesma área de formação (SILVA et al., 2020).

Embora os entrevistados tenham registrado que os locais de prática e a condução dos preceptores foram adequados para o desenvolvimento de competências sobre as boas práticas para o parto normal, foram identificadas dificuldades na aplicabilidade dessas competências. A falta de atualização dos profissionais – incluindo preceptores e médicos da equipe – condiz diretamente com a assistência baseada em práticas obsoletas, congruentes ao perfil biomédico e intervencionista que persiste no cotidiano dos centros obstétricos, impedindo a atuação desses residentes (CARLOS et al., 2019).

Em estudo realizado com residentes do PREO, Torres (2020) apontou que houve mudanças nas condutas dos profissionais mediante a sensibilização pelos residentes com discussões de casos, a apresentação de seminários, ratificando que a inserção dos residentes nos hospitais contribuiu para melhoria da perspectiva assistencial, inclusive com a redução de práticas de violência obstétrica.

Além disso, a precariedade da infraestrutura vista nos resultados de pesquisas (MORAES, MARCELINO, FARIA, 2021) e também presente no campo de prática da residência, posiciona-se como mais um desafio enfrentado pelos profissionais para desenvolver práticas humanizadas em um ambiente mais confortável e favorável, segundo o princípio da ambiência da Política Nacional de Humanização (GIANTAGLIA et al., 2017).

Com relação a situação atual do trabalho, exercido pelos egressos, foi constatada continuidade de atuação na assistência obstétrica, principalmente nos setores de sala de parto e triagem. Uma vez reconhecidos como enfermeiros obstetras, permite-se inferir que a autonomia e prática assistencial desenvolvida na rotina de trabalho desses participantes esteja em conformidade com as boas práticas recomendadas pela OMS: uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, alimentação durante o trabalho de parto, monitoramento da evolução do parto com o partograma, dentre outras (SANTANA et al., 2019).

Apesar da valorização de enfermeiros obstétricos ser amplamente discutida na literatura, a inclusão desses especialistas no ambiente laboral revela uma precarização salarial e nas condições de trabalho, reivindicando a contratação em mais de um vínculo empregatício (PROGIANTI *et al.*, 2018). Em concordância com estudo nacional, é oportuno acentuar que o acúmulo de vínculos empregatícios costuma ser comum na enfermagem, inclusive assumindo atividades de preceptoria para promoção da educação permanente e melhoria das condições salariais. Porém, isto pode ocasionar situações de estresse pela sobrecarga de trabalho, sobretudo para as mulheres que ainda precisam conciliar a profissão com as atividades domésticas (CARLOS et al., 2019).

Foi demonstrado nesta pesquisa que a maioria dos egressos não retornou ao local de prática da residência para adentrar no mercado de trabalho. Isto pode estar relacionado a três fatores, como à dificuldade de ofertas nos hospitais locais, haja vista que estão vinculados ao SUS e, conseqüentemente, são mantidos por regimes estatutários (PROGIANTI et al., 2018); a necessidade de migração e fixação na capital com a idealização de maiores oportunidades de trabalho, e ao fato de egressos residirem, anteriormente, fora do estado de Pernambuco (CARVALHO et al., 2019).

Sendo assim, esta análise pode contribuir para o processo de reflexão a respeito da iminência em efetuar modificações significativas no processo de ensino e formação em saúde nas instituições. O estado de Pernambuco destaca-se por ser um dos principais estados a ofertar bolsas de residência, em especial, para enfermagem obstétrica. A interiorização da formação desses profissionais harmoniza com a descentralização proposta pelo SUS, todavia, é necessário que haja investimentos para ampliação de recursos humanos nos municípios do interior, reestruturação da rede de atenção às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e sensibilização dos profissionais sobre as práticas desfavoráveis a esse público.

## Conclusão

O estudo corrobora que o programa de residência utiliza estratégias formativas nos moldes das boas práticas obstétricas, que os egressos conseguem se inserir no mercado de trabalho sem dificuldades, aplicando os conhecimentos adquiridos na pós-graduação, com a capacidade de modificar a perspectiva de cuidado loco-regional e perpetuando a educação para a saúde em consonância com o objetivo proposto pelo Ministério da Saúde e da Educação.

Entretanto, a resistência em relação a atuação dos residentes por parte de membros da equipe das unidades como médicos e preceptores, corrobora para a permanência de práticas obsoletas ainda utilizadas na obstetrícia, o que configura um modelo intervencionista e pouco humanizado por parte dos mesmos. Vale destacar que a infraestrutura precária encontrada em algumas maternidades públicas contribuem com a caracterização ainda mais tecnicista da assistência ao parto e indica um dos desafios enfrentados pelos profissionais pós-graduandos na aplicação das boas práticas obstétricas nesses ambientes.

À vista disso, almeja-se que a práxis seja fortalecida nas maternidades vinculadas ao programa de residência em enfermagem obstétrica do interior de Pernambuco, incluindo a formulação de atividades em educação continuada e permanente com os membros da equipe em saúde, além do redirecionamento de recursos para investimento na infraestrutura da rede de atenção às mulheres. O estudo então recomenda que sejam realizadas análises aprofundadas e contínuas acerca da avaliação desse módulo de especialização, devido a sua relevância no processo de ensino e formação em saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012, Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192). Acesso em: 07 out. 2021.

BOCCHI, Aline Fernandes de Azevedo. **A militância feminista na web: o funcionamento da argumentação em discursos sobre a violência no parto**. *Linguagem em (Dis)curso* [online] v.16, n.2, p. 309-328, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4017-160207-4515>. Acesso em: 03 ago. 2021.

CARLOS, Grazielly Alós Valim; MATOZINHOS, Fernanda Penido; CARMO, Juliana Maria Almeida do; MANZO, Bruna Figueiredo; DUARTE, Elysângela Dittz; SOUZA, Kleyde Ventura de. Perfil dos participantes de um curso de aprimoramento em Enfermagem obstétrica. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1153, 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190006>. Acesso em: 24 fev. 2021.

CARVALHO, Danuza Jesus Mello de; SILVA, Rosana Maria Oliveira; FERNANDES, Josicelia Dumêt; CORDEIRO, Ana Lúcia Archanjo Oliveira; SANTOS, Olga Maria Brito dos; SILVA, Lazaro Souza da, et al. Egressos de residência em enfermagem e o mercado de trabalho. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 13, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238381>. Acesso em: 03 ago. 2021.

CASSIANO, Alexandra do Nascimento *et al.* Atuação do enfermeiro obstétrico na perspectiva das epistemologias do Sul. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, e20200057, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0057>. Acesso em: 03 ago. 2021.

CONRADA, Deise; FREIRES, Larissa Rakel Sousa; MORAIS, Evelyn Nascimento de; PINTO, Cássio Baptista; SILVA, Vania Moraes da; AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa. Residência no processo de construção do conhecimento do enfermeiro: motivações e percepções dos residentes. **Investigación en enfermería: imagen y desarrollo**, v. 21, n. 1., 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.rpcc>. Acesso em: 25 fev. 2021.

GIANTAGLIA, Fernanda Nogueira; GARCIA, Fernanda Nogueira; Estefânia Santos Gonçalves Felix; ROCHA, Lorrane Cristina Tavares da; GODINHO, Mônica La Salette da Costa; LEITE, Eliana Peres Rocha Carvalho; CALHEIRO, Christianne Alves Pereira. O cuidado de enfermeiras de um programa de residência obstétrica sob o olhar da humanização. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. 5, p. 1882-1890, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201718>. Acesso em: 22 fev. 2021.

MUÑOZ-CASTRO, Francisco Javier; VALVERDE-GAMBERO, Eloisa; HERRERA-USAGRE, Manuel. Predictors of health professionals' satisfaction with continuing education: A cross-sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3315, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3637.3315>. Acesso em: 07 mar. 2021.

NICÁCIO, Marina Caldas; HERINGER, Andressa Lohan dos Santos; SCHROETER, Mariana Santana; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Percepção das enfermeiras obstétricas acerca de sua identidade profissional: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 205-214, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165203>. Acesso em: 23 fev. 2021.

PERNAMBUCO. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica**. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2019. 24 p. Disponível em: [https://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/15863/mod\\_resource/content/4/Cartilha%20da%20Resid%C3%Aancia%20Uniprofissional%20em%20Enfermagem%20Obst%C3%A9trica.pdf](https://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/15863/mod_resource/content/4/Cartilha%20da%20Resid%C3%Aancia%20Uniprofissional%20em%20Enfermagem%20Obst%C3%A9trica.pdf). Acesso em: 03 ago. 2021.

PROGIANTI, Jane Márcia; MOREIRA, Noelle Juliana Melo de Paula; PRATA, Juliana Amaral; VIEIRA, Manoel Luís Cardoso; ALMEIDA, Terezinha Andrade; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 26, e33846, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33846>. Acesso em: 25 fev. 2021

REIS, Thamiza da Rosa dos *et al.* Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 94-101, 2015 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>. Acesso em 01 out. 2020.

REIS, Thamiza da Rosa dos; QUADROS, Jacqueline Silveira de. Programa de residência em enfermagem obstétrica: reflexões a partir da vivência das residentes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 3, p. 527-538, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769221259>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SANTANA, Ariane Teixeira de; Felzemburgh, Ridalva Dias Martins; COUTO, Telmara Menezes; PEREIRA, Livia Pinheiro. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 145-155, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SILVA, Giuliana Fernandes e; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; MARTINEZ, Pilar Almansa; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, e20190387, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0387>. Acesso em: 04 ago. 2021.

MORAES, Juliano Teixeira; MARCELINO, Oliveira Mateus; FARIA, Rafaela das Graças Santiago. Avaliação de maternidades: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**. Barueri, 2011, 11(66), 6543-6554. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i66p6543-6554>. Acesso em: 04 ago. 2021.

TORRES, Danielle Belmira Ferraz Figueiredo. **Programa de residência em Enfermagem Obstétrica: a perspectiva dos residentes**. 2020. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/572333> Acesso em: 04 ago. 2021.



# INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO EM HOSPITAL NO SERTÃO DE PERNAMBUCO

*Hirley Camello da Silva  
Rafaella Miranda Machado  
Andresa Lira Silva  
Laiane Cristina de Marins Barbosa  
João Antônio Bezerra Magalhães Antunes*

## Introdução

O nascimento é um dos eventos mais importantes de uma sociedade. Desde os primórdios, no momento do nascimento humano, a gestante sempre contou com acompanhamento durante o parto e, independente do local onde acontece, a assistência ao parto e ao nascimento se reveste de uma importância particular. Entretanto, o crescente número de óbitos maternos e posteriormente, com os altos índices de mortalidade materno-infantil, surgiu a necessidade da institucionalização e medicalização do parto. Havendo assim, conseqüentemente, a transferência do protagonismo da mulher para equipe médica e auxiliares (LIMA, 2018).

Desde a década de 1990 a atenção à assistência obstétrica tem adquirido cada vez mais relevância perante as entidades internacionais. A melhoria da saúde materna tornou-se um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), com a meta a ser contemplada de redução, até 2030, da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. No ano de 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram por complicações na gravidez e no parto, e 99% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda (SANTOS *et al.*, 2018).

No Brasil e em Pernambuco, apesar dos avanços em vários indicadores de saúde, persistem altas taxas de mortalidade materna, o que configura um grave problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cesariana triplica o risco de morte da mãe. Em Pernambuco, a proporção de cesáreas passou de 34,2% em 2004 para 53,7% em 2013, um aumento proporcional de 57,0%, ao passo que no Brasil o aumento foi de 35,4% (OLIVEIRA, 2016).

A Rede Cegonha, implantada em 2011 por meio da Portaria GM/MS nº 1.459, consiste numa rede de cuidados onde assegura 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, através da implantação de um novo modelo de atenção ao parto (RÊGO, 2018).

Desde 2015, a qualificação da Rede Cegonha tem sido uma prioridade na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. A política de atenção à saúde da mulher no estado é composta por programas e estratégias de ação, tais como: planejamento reprodutivo; Rede Cegonha; Programa de combate à mortalidade materna; assistência ao climatério; Programa de controle de câncer de colo do útero e da mama, Programa Estadual de Partejas Tradicionais (PEPT), Programa de Atenção à Mulher em situação de violência (SANTOS *et al.*, 2018).

Pernambuco foi um dos primeiros estados a implantar a Rede Cegonha, obtendo a aprovação no mesmo ano da remodelagem da Rede Materna e Infantil do Estado e instituindo o Grupo Condutor Estadual (Resolução CIB/PE Nº 1.723/2011). Como desafios da rede obstétrica em Pernambuco, destaca-se a garantia do parto de risco habitual; vinculação das gestantes às maternidades de referência para o parto; efetivação das boas práticas nas maternidades; utilização de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto e nascimento (Amanda, 2019).

O Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), localizado no município de Serra Talhada, no Sertão do Pajeú pernambucano, é a unidade de referência para o parto de risco habitual na XI Regional de Saúde. Esta, apresenta dez municípios. Oferta assistência à mulher, no ciclo gravídico e puerperal, assim como ao recém-nascido e não apresenta indicadores tão distintos dos encontrados no estado, mencionados anteriormente.

Para tanto, a SES, através da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), tem investido fortemente na enfermagem obstétrica como estratégia potente de mudança do modelo vigente de atenção ao parto. Podendo-se destacar a nomeação de concursados, ampliando o quadro desses profissionais nos Hospitais, assim como aconteceu no HOSPAM, que hoje conta com um quadro de quatorze enfermeiras obstetras na equipe.

Apesar da redução apresentada nas últimas décadas, a mortalidade materna continua sendo um indicador extremamente relevante da assistência à saúde das mulheres e, ainda se configura como uma debilidade das ações em saúde e políticas públicas, visto que retrata as condições socioeconômicas do país, expõe as desigualdades e dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Dessa maneira o presente artigo tem como objetivo relatar as modificações provocadas pela inserção de profissionais obstetras em hospital de referência para partos de risco habitual no sertão pernambucano.

## **Metodologia**

O presente estudo utiliza os preceitos da abordagem qualitativa para a produção de um relato de experiência referente às mudanças provocadas pela inserção de profissionais enfermeiros obstetras na linha de cuidado da assistência ao nascimento, em um hospital localizado no município de Serra Talhada, no sertão pernambucano. Os eventos responsáveis pela experiência abordada neste trabalho tiveram seu início no ano de 2015, por meio da admissão, inicial, de quatro enfermeiras obstetras, embora as modificações estruturais e de processo de trabalho ainda se apresentem em andamento e a contratação, por meio de convocação de profissionais concursados, complete o quadro com quatorze enfermeiros obstetras.

O Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM) apresenta-se como o cenário do presente relato. De acordo com as pactuações estabelecidas por meio da Rede Cegonha, o HOSPAM é o estabelecimento de referência em parto de risco habitual para dez municípios do estado - Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. Sua estrutura física dispõe de ambulatório de pré-natal de alto risco, serviço de urgência e emergência; centro obstétrico e cirúrgico; alojamento conjunto; e programa de planejamento familiar.

Ainda, usufrui de equipe de saúde multiprofissional, serviços de apoio diagnóstico, por imagem e laboratorial, ambos os serviços em sua maioria compartilhados com as demais linhas de cuidado do Hospital e localizados na mesma instalação física. Sua estrutura está em funcionamento 24 horas por dia, atendendo sobretudo gestantes de risco habitual, segundo demanda programada, agendada e espontânea. No ano de 2018 alcançou a média de 10,68 por dia, sendo 65,92% deles parto cesáreo.

A experiência fruto da inserção de enfermeiros obstetras encontra-se sistematizada em três capítulos, segundo as temáticas referentes ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães e fluxos assistenciais; as mudanças implementadas no ambiente de trabalho; e os desafios encontrados e seu impacto na assistência à saúde.

Sendo assim, considerando que este estudo resulta de um relato de experiência, e, portanto, dispensa a participação primária de seres humanos para obtenção de dados, não se faz necessária a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme as recomendações contidas na Resolução no 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 no artigo 1º parágrafo III (BRASIL, 2016).

### **O Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães e os fluxos assistenciais**

A maternidade atende demanda programada, agendada e espontânea, com disponibilidade de quatorze leitos em ambulatório, uma sala de parto natural e duas salas de cirurgia. São atendidas principalmente gestantes de risco habitual; alto risco, pelo ambulatório e através do Programa Acolher.

As entradas para a atenção materno-infantil na maternidade são a urgência e emergência, encaminhamento pela atenção básica e ambulatório do pré-natal de alto risco. Essas mulheres chegam a unidade por ambulância dos municípios, quando encaminhadas; por transporte próprio, corpo de bombeiros ou a pé, quando demanda espontânea; encaminhadas pelo ambulatório de alto risco do HOSPAM; por ambulância dos hospitais, quando reguladas pela central de leitos.

Ao dar entrada na unidade as mesmas passam pela triagem a classificação de risco obstétrico, caso seja necessário atendimento ou internamento, são encaminhadas ao consultório médico e posteriormente aos leitos da enfermaria obstétrica, onde ocorrem as medicações, pré-parto, em algumas situações o parto e o pós-parto, sendo essa uma enfermaria conjunta.

As usuárias têm origem nos dez municípios da XI região de saúde e comunidades quilombolas e indígenas da regional; através de demanda espontânea ou encaminhadas; também existem as que vêm de estados circunvizinhos, como Paraíba, Ceará, Bahia, por demanda espontânea e municípios de outras regiões de Pernambuco a partir da regulação de leitos.

As redes urbanas são classificadas em níveis hierárquicos e cada cidade ocupa uma posição da metrópole global ao centro regional e local, dependendo da abrangência de sua área de influência. Essa posição hierárquica tem efeitos no processo saúde-doença das populações de cada cidade e de sua área de influência (Oliveira, 2004).

Tal concepção de rede também é usada para organizar o fluxo de pacientes na busca por cuidado, especialmente no SUS, que trouxe para sua organização a lógica de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção. Em geral, os pacientes se deslocam de centros com menor oferta e complexidade de atenção para cidades polos com maior capacidade e complexidade dos serviços (Oliveira, 2004).

Na XI regional as gestantes que não se enquadram ao perfil atendido pela unidade são referenciadas para Caruaru, Recife, Salgueiro e Petrolina, seguindo o fluxo determinado pela Rede Cegonha (OLIVEIRA, 2016), ocasionando em algumas situações o acolhimento das mesmas, por chegada em etapa avançada do período expulsivo ou demora na regulação. Cabendo ao enfermeiro obstetra a assistência primeira e o acolhimento dessa mulher.

## Mudanças Implementadas no Ambiente de Trabalho

A enfermagem obstétrica se caracteriza especialmente na denominação mais atualizada da formação acadêmica em enfermagem juntamente à especialidade no campo da obstetrícia. Esta nomenclatura reflete as necessidades de transformações tecnológicas no cuidado à saúde, consequentes mudanças legislativas, e sobretudo um redirecionamento de concepções acerca da assistência ao nascimento na formação acadêmica, assim como na prática profissional (RIESCO, 1998; SANDALL *et al.*, 2016). A enfermagem obstétrica, ao longo do tempo, passou a ser um caminho possível para profissionais de saúde, que não são médicos, conseguirem a habilitação acadêmica/profissional para atuarem na assistência ao nascimento.

Em meados de 1985 a Organização Mundial da Saúde dá início à inserção de boas práticas na assistência ao parto, com vias à sua humanização e a diminuição do risco de morte para a mãe e o bebê. Recentemente esse mesmo organismo internacional começa a incentivar que os (as) enfermeiros (as) obstetras prestem assistência nos casos de parto normal de baixo risco, garantindo além de uma abordagem humanizada, a diminuição significativa nas intervenções e na utilização de medicamentos (WHO, 2018). Essas medidas representam as contribuições que a profissão tem empregado nesta linha de cuidado, e a sua relevância frente às taxas crescentes e estáveis de partos cesáreos nos estabelecimentos de saúde.

O fato de seu exercício profissional concentrar-se especificamente sobre um momento do ciclo de vida das mulheres permite, de certa forma, o emprego de uma tecnologia de cuidado que centraliza suas técnicas, saberes e práxis em torno do respeito físico e mental às mulheres. Significa dizer que sua atuação profissional se preocupa em não ser geradora de sofrimento e risco para a parturiente e recém-nascido. Sendo assim, torna-se espontâneo que sua inserção nos estabelecimentos de saúde geram uma gama de mudanças, de maior ou menor grau, na assistência ao parto, intencionando a manutenção do cuidado às pessoas. Neste relato de experiência foram identificadas duas classes de modificações no ambiente de trabalho, decorrentes da inserção de profissionais da enfermagem obstétricas no serviço de saúde - mudanças na infraestrutura e no processo de trabalho.

As modificações de infraestrutura concentram-se nas dimensões de qualificação do atendimento propriamente dito às mulheres, e a outra, na garantia de uma organização que colabore com um bom exercício profissional. Na primeira dimensão a troca da mesa de parto por leitos de pré-parto, parto, pós-parto (PPP) permite que a mulher não necessite de deslocamento de ambiente de acordo com as diferentes fases do parto, proporcionando maior comodidade e autonomia para decidir a postura de sua escolha. Além disso, este tipo de leito facilita a utilização de técnicas de abrandamento da dor, tal como o cavalinho, reduzindo consideravelmente a necessidade de intervenções farmacológicas/medicamentosas, nas situações de parto normal.

A garantia da privacidade da parturiente surge como outro aspecto relevante que impulsionou mudanças no hospital que é cenário deste relato de experiência. Foram promovidos a reorganização da disposição dos móveis nos ambientes físicos, consultórios e enfermarias, adequando o tamanho da maca onde são realizadas os exames de triagem no momento de acolhimento da gestante, assim como a compra de lençóis para a utilização por parte das mulheres durante os exames. Essas são mudanças consideravelmente simples, mas que representam um esforço de manutenção do respeito aos corpos biológicos e socioculturais, e mesmo da preservação da individualidade de cada paciente.

Ainda sobre a infraestrutura, mas relacionada a uma melhor experiência de trabalho por parte da equipe, foi organizado um depósito de material necessário ao momento de parir, reduzindo o deslocamento dos profissionais ao centro cirúrgico para este tipo de coleta que instrumentaliza sua práxis. E, se esta reorganização trouxe praticidade e tornou mais hábil o trabalho da equipe, a aquisição de labstix colaborou com a celeridade na identificação de alterações nos níveis de proteína, auxiliando no tratamento precoce e oportuno de problemas de saúde como pré eclâmpsia, diabetes, mau funcionamento renal, infecção urinária, entre outros, oferecendo mais segurança e diminuição de riscos para a mulher e o bebê.

Em relação ao processo de trabalho as principais modificações se referiam à criação de um fluxo assistencial para a assistência das mulheres gestantes vivendo com o vírus da imunodeficiência humana, moradoras da região de adscrição do hospital. Este fluxo foi produzido em cooperação com o centro de testagem e aconselhamento do município de Serra Talhada com vistas à identificação, acompanhamento da sua situação de saúde, período provável de parto, e sobretudo preparação para recepcioná-las e realizar a assistência. Esse acompanhamento oportunizou a compra de medicamentos necessários a essas mães e seus filhos, aquisição de inibidores de lactação e leite materno. Estes elementos são fundamentais para a redução do número de transferências das parturientes a outros estabelecimentos de saúde, representando, por vezes, o aumento da distância física de suas residências, em decorrência da estrutura insuficiente deste serviço de saúde para prestação de determinados cuidados.

### **Os desafios encontrados e seu impacto na assistência**

Entretanto, a integração entre as equipes de saúde na unidade é condição essencial para que as mesmas exerçam sua responsabilidade ética mediante a população assistida. Mesmo com as modificações de fluxos e processos de trabalho, ainda são apresentados desafios e nós críticos no fluxo assistencial. Sendo a equipe técnica um deles, com profissionais que ainda enxergam o parto como uma atribuição técnica, retirando da mulher seu protagonismo e empoderamento do momento de parir, reafirmando uma cultura de cesáreas sem indicação adequada e manobras não recomendadas.

Quando os fluxos assistenciais não funcionam, o usuário fica sem o apoio e orientação necessários, o que agrava seu problema. A falha dos fluxos assistenciais pode ser percebida no próprio setor, que não funciona de acordo com o previsto, posto que é fundamentado pelas Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Que visa, entre outros, visa boas práticas para mudanças paradigmáticas com um parto humanizado e seguro que devolva o protagonismo da mulher no parto (PEREIRA, 2018).

Bezerra et al. (2018) revelaram que ainda existe defasagem na formação profissional, assim como um estranhamento da comunidade em geral e das equipes de saúde com a presença das novas lógicas de cuidado trazidas pelo profissional de enfermagem no contexto em questão. Acrescentam que, para uma mudança desse entendimento, se faz necessário investir na educação permanente e em saúde para que, no ato das consultas de pré-natal, fique clara a relevância da atuação do enfermeiro nessa equipe e que se aproxime essa ideia da sociedade, por meio de educação em saúde.

A escolha da posição do parto, perpassa por uma relação livre de qualquer ato de coerção ou autoritarismo e imposições, com escolhas conforme necessidades mais convenientes e confortáveis. A presença de esforços de puxo prolongados e dirigidos, apontados em alguns discursos da pesquisa, representa práticas prejudiciais, pois violam a autonomia e desrespeitam o parto como um processo fisiológico, o que prejudica a tomada de decisões mais próximas dos desejos e anseios da mulher (REIS, 2016).

Outro nó encontrado no fluxo de cuidado são as escalas incompletas por ausência de médico neonatologista/pediatra na sala de parto, para avaliação inicial, levando a necessidade de um afinamento entre as centrais de regulação para referenciar os bebês que precisam de um cuidado mais intensivo, tendo em vista que a unidade não possui UCI e UTI neonatal.

É importante que o recém-nascido seja bem acolhido no nascimento com vistas a suavizar o impacto da transição iniciada. Todos os profissionais da equipe, em especial os da enfermagem, podem minimizar esse estresse a partir de determinados cuidados na sala de parto e fora dela, os quais irão auxiliar o recém-nascido na transição e no vínculo com a mãe (LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Por meio deste relato verifica-se que um exercício profissional consciente que faz uso de diferentes tecnologias de cuidado em benefício da manutenção da saúde da população encontra-se passível a reflexões de diversos cunhos e ao reconhecimento de situações, comportamentos e técnicas que acabam por corresponder a nós críticos que dificultam o bom funcionamento dos serviços de saúde. Sendo assim, identificou-se nesta experiência a maneira como as formações acadêmicas concentradas nos procedimentos e intervenções dificultam o reposicionamento dos usuários dos serviços como sujeitos de direitos, autônomos e indivíduos centrais na assistência à saúde, seja na linha de cuidado materno-infantil, ou não.

Ademais, mesmo que as limitações históricas das graduações em saúde sejam fatores mais resistentes às mudanças, a prática baseada em evidência pode significar uma maneira de driblar o mecanicismo perpetrado nas práticas profissionais. Organismos nacionais e internacionais acumulam e disponibilizam uma quantidade considerável de material técnico regido por práticas responsáveis e eficazes para serem replicadas. Além do mais, também se encontra à disposição diversas experiências exitosas realizadas em cenários similares facilitando sua replicação para buscar as ferramentas necessárias para uma assistência adequada à gestante, ao parto e recém-nascido segundo suas particularidades.

## Considerações Finais

Por meio do presente estudo discute-se as mudanças na infraestrutura e no processo de trabalho provocadas pela inserção de profissionais da enfermagem obstétrica em um hospital de referência para risco habitual no sertão pernambucano. Viu-se que essa inserção também convoca à reflexão sobre os desafios e nós críticos encontrados nos serviços de saúde, como as práticas intervencionistas frutos da formação curricular dos profissionais e as debilidades no atendimento, produzidas por questões de infraestrutura que podem ser encontradas em diversos estabelecimentos de saúde do país, e que fazem parte da realidade assistencial. Contudo, também demonstra que a reorganização dos ambientes de trabalho e práticas profissionais visando a aplicação de boas práticas na assistência ao parto podem assegurar um atendimento qualificado, integral e centrado nas reais necessidades dos indivíduos.

## Referências

- BARBOSA, S. P. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 71, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901313](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313)>. Acessado em: 11 de jul de 2021.
- BEZERRA, A. *et al.* Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 9, n. 4, p. 28-33, 2018. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1068>>. Acessado em: 04 de jul de 2021.
- LARA, S.H.O.; GOULART, M.J.P.; CARMO, T.M.D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciência et Praxis**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, 2010. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2158/1150>. Acesso em: 04 fev. 2021.
- LIMA, W. de S. *et al.* Assistência ao Parto E Suas Mudanças ao Longo do Tempo no Brasil. **Multidebates**, Palmas, v. 2, n. 2, p. 41-55, 2018. Disponível em: <<http://itopedu.com.br/revista/index.php/revista/article/view/117>>. Acessado em: 03 de jul de 2021.
- OLIVEIRA, E.; CARVALHO, M.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004. Disponível em: < [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v20n2/06.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n2/06.pdf)>. Acessado em: 03 de jul de 2021.
- OLIVEIRA, J. D. G. *et al.* Percepção de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3868-3875, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11454/13277>>. Acessado em: 03 de jul de 2021.
- RÊGO, M. G. S. *et al.* Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100414&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100414&lng=pt)>. Acessado em: 04 de jul de 2021.
- REIS, C. C. *et al.* Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: Implicações para o cuidado de Enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 23, n. 2, p. 45-56, 2017. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532017000200045&lng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000200045&lng=e)>. Acessado em 12 de jul de 2021.
- RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 5-13, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/zBXsnjLp86J8qHWjmrZQ9Ny/?lang=pt&format=html>>. Acessado em: 11 de jul de 2021.
- SANTOS, J. S. *et al.* Formação de Enfermeiros Obstetras em Pernambuco: diretrizes para o desenvolvimento dos Programas de Residência. *In*: Congresso Internacional da Rede Unida, 13., 2018, Manaus. Anais eletrônicos do Congresso Internacional da Rede Unida. Porto Alegre: **Saúde em Redes**, 2018.



# ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NA HUMANIZAÇÃO E CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO: EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE PARTO NORMAL GABRIELLY RAMOS, NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO, PERNAMBUCO

*Midiã Gomes da Silva Rêgo*

*Henry Johnson Passos de Oliveira*

*Priscila de Andrade Cavalcanti*

*Juliana Gonçalves Chaves de Barros Rocha*

*Maria Lúcia Matias Ferreira*

*Cristine Vieira do Bonfim*

## Introdução

Nas sociedades, tradicionalmente, o nascimento e a morte eram eventos sociais, que envolviam famílias, vizinhos e comunidades. Com o deslocamento do local de nascimento para os ambientes hospitalares, houve a remoção da responsabilidade da família e do conhecimento gestacional para o domínio e controle do profissional médico (Lindheim, 1981).

De acordo Gonçalves et al., (2011) a mudança do local de nascimento para as instituições de saúde teve como consequências, além da incorporação do parto à prática médica, a perda do protagonismo da mulher no ato de parir. No ambiente hospitalar, considerado mais seguro, os profissionais de saúde assumiram a condução do processo.

A segurança das gestantes e neonatos era a principal razão para o deslocamento dos nascimentos para os hospitais. De fato, ocorreu redução significativa na morbidade e na mortalidade materna e perinatal ao longo do Século XX (Caughey, Cheyney, 2019). Nesse sentido, a medicalização do parto foi promovida pela maior parte dos profissionais de saúde. Contudo, na década de 1930 ocorre uma crítica na transformação do parto em procedimento controlado por um médico e a defesa do parto natural. No final das décadas de 1960 e 1970 houve a aceleração da instigação para reduzir a intervenção médica no parto. A abertura das primeiras casas de partos fez parte desta tendência geral (Löwy, 2018).

Durante as décadas de 1970 e 1980 observou-se o ressurgimento dos cuidados de obstetrícia no parto domiciliar, que coincidiu com o desejo das mulheres ter mais controle sobre a suas experiências (Arms, 1975)

Na década de 1990, quando a comunidade global passou a dar maior atenção à maternidade segura, o modelo dominante assumiu que a maioria dos nascimentos ocorreria em casa sem a assistência de um profissional devidamente qualificado. No entanto, com a série *Lancet Maternal Survival 2006* que teve o objetivo de assegurar uma cobertura tão elevada quanto possível de “assistência qualificada à maternidade”, o modelo de centros de partos foi fortalecido (Koblinsky et al., 2006, *Birthing Centers Staffed by Skilled Birth Attendants: Can They Be Effective ... at Scale?*, 2016).

Recentemente, o modelo de centro de partos tem recebido bastante atenção e faz parte das agendas estratégicas internacionais que visam melhorar a saúde materna e infantil. Os centros de parto prestam cuidados maternos para gestantes de baixo risco fora do ambiente hospitalar (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, 2015). Os serviços ofertados pelo CPN incluem cuidados pré-natais e intra-parto com relações bem estabelecidas com serviços de referência para transferências em caso de intercorrências. Esse modelo fundamenta-se no cuidado centrado na mulher e no compromisso com a normalidade do nascimento em um ambiente acolhedor (Law, Tarcy Sullivan, 2010).

Alliman e Phillippi (2016) revisando a literatura sobre os resultados maternos nos centros de parto, mostraram que as taxas de nascimento vaginal espontâneo e integridade perineal pós-parto são mais elevadas, quando comparados com coortes hospitalares. Acrescente-se que o parto e o intra-parto apresentaram taxas mais baixas de intervenções e procedimentos, as mulheres estavam mais satisfeitas com o cuidado. A conclusão do estudo apoia o centro de parto como um modelo de cuidados seguro para as mulheres, quando associados a um sistema de saúde capaz de fornecer cuidados de nível mais elevado (Alliman; Phillippi, 2016).

De forma similar, estudo de meta-análise sobre os locais de nascimento planejado por gestantes de baixo risco, não mostrou impacto estatisticamente significativo na mortalidade infantil. Em adição, as menores probabilidades de morbidade materna e intervenção obstétrica apoiam a expansão do centro de nascimento e opções de parto domiciliar para mulheres com gravidezes de baixo risco (Scarf et al., 2018). Os centros de parto com profissionais e infra-estrutura adequados proporcionam segurança, acessibilidade e satisfação nos cuidados para mães e neonatos de baixo risco (Brocklehurs et al., 2011).

Os centros de parto são predominantes em todo o mundo. A identificação de padrões de qualidade dos cuidados proporciona uma base para que esse modelo seja reproduzido e assegure uma qualidade consistente dos cuidados (Stevens, Alonso, 2021). Este artigo objetiva relatar a atuação da enfermeira obstetra e a experiência da implantação do Centro de Parto Normal Gabrielly Ramos, no município de Paudalho, Pernambuco.

### **Centro de parto normal no âmbito do Sistema Único de Saúde**

No Brasil, as discussões sobre as práticas obstétricas se tornaram mais difundidas e incisivas na década de 1990, por meio de movimentos de mulheres e profissionais de saúde, que passaram a questionar e repensar formas de humanizar o atendimento ao parto e nascimento (Limeira et. al., 2018). As críticas ao modelo obstétrico hospitalar, centrado na doença, ampliaram-se devido ao uso inapropriado de tecnologia, aumento no número de cesarianas e manutenção das elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal no país (Oliveira et. al., 2017). Vivenciava-se um paradoxo, pois apesar da produção e ampliação crescente de tecnologia na assistência à parturiente e neonato, não se observava, na mesma proporção, impacto positivo nos indicadores de saúde (Carneiro et, al., 2021).

Nesta perspectiva, e considerando a necessidade da criação de um equipamento de cuidado para a redução das taxas de cesáreas e que possibilitasse a diminuição das intervenções obstétricas, foi criado, por meio da Portaria N° 985 de 5 de agosto de 1999, o centro de parto normal (CPN). A assistência no CPN dispõe de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seu acompanhante permitindo um trabalho de parto ativo e participativo. Possui em sua essência a percepção natural do parto, respeitando a relação do binômio mãe-filho e resgatando a figura da família por meio da presença do acompanhante na assistência ao nascimento (Garcia; Teles; Bonilha, 2017).

Estes serviços são geridos, exclusivamente, pela enfermagem obstétrica, que também é responsável por toda assistência à mulher e ao recém-nascido. Assim, presta assistência ao parto normal de gestante de risco habitual, oferece atenção humanizada ao parto e nascimento, respeitando o evento como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, sendo fundamentada no protagonismo da mulher. Esse contexto possibilita uma reconquista da autonomia da parturiente e do espaço de atuação para a enfermagem obstétrica (Freitas, 2021).

Existem três tipos de CPN: O intra-hospitalar tipo I, deverá possuir ambientes para fins exclusivos da unidade, tais como recepção, sala de exames, quartos entre outros; O tipo II, por sua vez, deverá ter estes ambientes compartilhados; e o CPN peri-hospitalar, deverá estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar a uma distância em que o tempo de trajeto entre o CPN e a unidade de referência seja inferior a 20 minutos.

### **O processo de implantação do Centro de Parto Normal de Paudalho Gabrielly Ramos**

Desde o ano de 2017, o município de Paudalho tem se organizado, em um modelo de gestão, que visa estruturar a atenção à saúde, no planejamento das necessidades da população. Para tanto, utiliza as ferramentas de avaliação com monitoramento das ações e atividades, com vistas a avançar e qualificar o cuidado em saúde.

Nesse sentido, dentre um dos problemas encontrados, na Rede de Atenção à Saúde, verifica-se a necessidade de estruturar e implementar o desenvolvimento de ações da Rede Cegonha, levando em consideração, principalmente, os três componentes: pré-natal, parto e nascimento e puerpério, com desenho de integração de serviços e acesso às usuárias no território municipal, de forma articulada.

Após avaliação do atendimento na atenção básica bem como, a inexistência de serviços de média complexidade e parto no município, motivou o surgimento e decisão, dentro outras ações necessárias para implementação da rede e implantação do Centro de Parto Normal, nos moldes previstos nas normativas preconizadas. Trata-se de um equipamento de saúde importante e uma estratégia que possibilita ampliar a resolutividade, a criação de espaços que garantem o estabelecimento de vínculo e de qualificação da assistência à saúde, relacionado a melhoria do cuidado, tendo como finalidade prestar atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento de risco habitual.

O CPN Gabrielly Ramos foi implantado no município de Paudalho, na Zona da Mata Norte do estado de Pernambuco, no mês de agosto de 2018. Consiste no primeiro centro de parto peri-hospitalar do estado e a primeira unidade voltada ao atendimento humanizado na mesorregião da Mata Pernambucana (Figura 1). Trata-se de em um equipamento público da rede municipal, integrado ao Sistema Único de Saúde que atende as gestantes de risco habitual. Os casos de intercorrências são transferidos para o hospital de referência Ermírio Coutinho, situado no município de Nazaré da Mata, com tempo de trajeto inferior a 20 minutos.

A infraestrutura do CPN Gabrielly Ramos possui uma área de aproximadamente 502 metros quadrados, é composta por cinco quartos (pré-parto, parto e puerpério) privativos destinados às gestantes e seus acompanhantes do internamento até a alta. Até o mês de julho de 2021 realizou um total de 7.307 atendimentos e 784 partos.

Por ser um serviço, consideravelmente recente, durante os primeiros meses do CPN, a equipe de enfermeiras obstetra enfrentou muitas dificuldades, dentre elas, a falta de conhecimento da população acerca do serviço ofertado; a não existência do profissional médico causava desconforto em grande parte das usuárias e, principalmente de seus acompanhantes.

Outro desafio a ser vencido foi a aceitação do CPN e de todo o corpo que o compõe por parte da equipe da atenção básica. Por muitas vezes as gestantes eram referenciadas para as maternidades convencionais de municípios vizinhos, e por parte do serviço de apoio hospitalar, que apresentavam certa resistência no recebimento de pacientes oriundas do município.

O número de gestantes munícipes com perfil para parir no CPN era ínfimo. Sendo assim, foi necessário a realização de oficinas de atualização ofertadas pelas enfermeiras obstetras para a atenção básica, visando melhorar a assistência ao pré-natal com a prevenção e/ou detecção precoce de patologias materno e fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do feto e reduzindo os riscos à gestante. Qualificar a atenção à saúde da gestante desde a atenção básica é um fator que acarreta no desenvolvimento de gestações saudáveis e, conseqüentemente, um bom desfecho no nascimento.

Existe um processo de educação permanente que tem como objetivo de manter uma comunicação efetiva entre as unidades básicas e o CPN, adequar uma mesma linha de cuidados baseados por protocolos do Ministério da Saúde e fortalecer a referência e contrarreferência. Essas são ações articuladas e integradas incentivadas pela gestão de saúde municipal e realizadas pelas enfermeiras obstetras do CPN e pela equipe da atenção básica.

### **A experiência das enfermeiras obstetras no Centro de Parto Normal de Paudalho Gabrielly Ramos**

A implantação do CPN Gabrielly Ramos buscou resgatar a humanização do parto e nascimento por meio do trabalho das enfermeiras obstetras. Tem o propósito de devolver à mulher a autonomia do seu corpo, levando-se em consideração os aspectos emocionais e culturais de todo o processo de gravídico-puerperal, sem esquecer do caráter singular de cada parturiente.

A composição da equipe do CPN é formada por 23 profissionais de enfermagem, dos quais, 12 enfermeiras obstetras, uma enfermeira gerente e 10 técnicas em enfermagem, além da equipe de apoio, preparados e engajados para atuar de forma integrada. O CPN funciona com atendimento 24 horas de urgência e emergência obstétrica em plantões composto por duas enfermeiras e duas técnicas em enfermagem.

As gestantes dão entrada no serviço por demanda espontânea. Previamente, todas elas são referenciadas ao centro de parto pela atenção básica do município, passando por avaliação durante uma consulta de pré-natal no CPN. Porém, o CPN de Paudalho também presta assistência às gestantes em trabalho de parto de outros municípios.

Por se tratar de um CPN peri-hospitalar é comum receber gestantes em trabalho de parto que não preenchem os critérios de internamento. Essas são recepcionadas, acolhidas, triadas e encaminhadas para serviço de retaguarda quando são de risco habitual e reguladas para serviço de alto risco quando necessário.

De todas as gestantes atendidas no serviço, são admitidas aquelas em trabalho de parto ativo, ou seja, dinâmica uterina de pelo menos duas contrações que durem 35 segundos em um intervalo de 10 minutos, associado à dilatação mínima do colo uterino de 5 centímetros, e que não apresentem nenhuma das condições descritas no Quadro 1.

*Quadro 01: Condições nas quais as gestantes em trabalho de parto ativo não são admitidas no Centro de Parto Normal.*

Idade gestacional < 37 semanas e > 42 semanas (DUM e/ou USG 1º TRI)
Cesárea anterior
Líquido Amniótico meconial
Apresentação não cefálicas
Indicação de parto instrumental/ cesárea
Oligoâmnio (ILA < 5 ou bolsão < 2,5)
Bolsa rota > 18 horas
A paciente pode ser admitida com <18 horas + BISHOP favorável (possível iniciar ocitocina)
Gestações múltiplas
Hepatites virais, HIV+, toxoplasmose
Hemorragias do 3º trimestre
Exame de vitalidade fetal alterado (Cardiotocografia, USG ou DOPPLER)
Usuárias drogas ilícitas que tenham feito uso nas últimas 24 horas
Teste Rápido de sífilis ou VDRL positivo sem tratamento e sem USG recente normal
Polidrâmnio (ILA>24)
Diabetes Mellitus gestacional (DMG)
Síndromes hipertensivas
Ausência de pré-natal realizado ou de exames suficientes para comprovar baixo risco (caso a gestante confirme que fez pré-natal e perdeu ou não trouxe exames, discutir caso a caso com as enfermeiras)
Doenças sistêmicas
Exceções: -Epilepsia na infância, sem crises convulsivas na vida adulta e sem medicações; -Asma brônquica na infância, sem crises na vida adulta e sem medicações; -Prolapso de valva mitral sem repercussão hemodinâmica; -Hipotireoidismo controlado

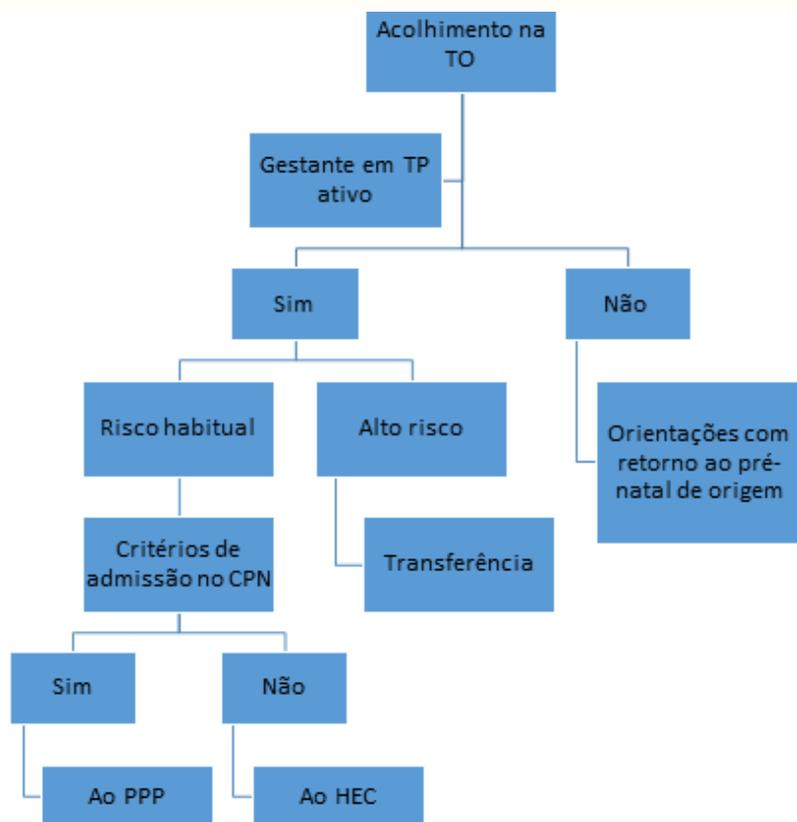
Fonte: Elaborado pelos autores

A paciente e seu acompanhante são acolhidos pela equipe de enfermagem desde a recepção. Na triagem obstétrica a gestante é avaliada e se estiver dentro dos critérios do serviço é admitida e encaminhada para um PPP e permanecerá neste ambiente até a alta. O acolhimento ocorre em uma sala específica e reservada para que possamos realizar a escuta qualificada, anamnese, aferição de sinais vitais, exames clínicos, obstétricos e laboratoriais e conseqüentemente, a tomada de condutas.

A vinculação da gestante ocorre aproximadamente com a idade gestacional de 34 semanas, quando é agendado pela Estratégia da Saúde da Família uma consulta de pré-natal no CPN. Essa vinculação acontece por meio do processo de acolhimento, realização da consulta de pré-natal, esclarecimento de dúvidas, orientação quanto aos sinais e sintomas de trabalho de parto e de alerta. Além disso, é feita

a classificação do risco gestacional e é avaliado se atende aos critérios de internamento, solicitação de exames complementares quando necessário, apresentação da estrutura física e funcionamento do CPN, agendamento da arte gestacional e orientação sobre a construção do plano quando esse ainda não foi ofertado na atenção básica.

Figura 01: Fluxograma CPN Paudalho.



Fonte: Elaborado pelos autores

O plano de parto, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, é uma carta elaborada pela gestante juntamente com sua pré-natalista, onde ela descreve suas preferências em relação a todo o processo de trabalho de parto, parto, pós-parto, procedimentos profissionais e ao recém-nascido (OMS, 1986).

Para as enfermeiras obstetras que possuem experiência em serviços tradicionais de obstetrícia, seja de risco habitual ou de alto risco, atuar no CPN traz outras perspectivas. Sob a luz da autonomia, torna-se possível aplicar todo o conhecimento clínico e obstétrico, baseado não só nos protocolos nacionais e locais, mas também em evidências científicas, dá liberdade de discutir abertamente e decidir a conduta mais adequada para o momento durante todo o processo da mulher como parturiente e puérpera. Sabendo-se que ao identificar as distócias do trabalho de parto e parto, complicações obstétricas e neonatais, possuem a autonomia de atuar com os passos iniciais para reversão ou estabilização do problema e se encaminhar com a paciente para o serviço de retaguarda hospitalar.

Compete a enfermeira obstetra a responsabilidade sobre a gestante e puérpera quanto ao internamento, transferência, permanência e alta do serviço, assim como todos os procedimentos durante internamento da mesma e de seu recém-nascido. Apenas a alta hospitalar do recém-nascido fica a cargo de um médico do município que comparece ao serviço quando solicitado.

Na perspectiva da humanização, a realidade de um CPN que possui limite de vaga, diferente de um serviço tradicional, onde não existe a “vaga zero”, é possível ofertar assistência direta à paciente de maneira individual, minuciosa e holística. Toda a atuação é pautada na assistência humanizada, pois os profissionais são dedicados para a promoção da saúde da mulher e do recém-nascido, acarretando múltiplos benefícios para o binômio e seu familiar. Têm por objetivo atender aos desejos expressos verbalmente ou por meio do plano de parto pela parturiente, lhe concedendo autonomia sobre seu corpo e tornando a mesma a protagonista do seu parto.

No PPP a parturiente tem um espaço amplo, calmo, reservado apenas para ela, acompanhante e doula, com banheiro individual, televisão com acesso à internet e wi-fi e material para realização de exercícios facilitadores do trabalho de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Durante o trabalho de parto, cada etapa marcada por eventos clínicos e mecânicos é acompanhada pela enfermeira, assim como a vigilância fetal. Dos materiais de exercícios facilitadores do trabalho de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor, são ofertadas as parturientes a deambulação, a utilização da bola suíça, o espaldário, movimentação do corpo com auxílio da musicoterapia, ambiência de penumbra, aroma-terapia com utilização de florais e óleos essenciais.

Todos os procedimentos são bem conduzidos, respaldados por protocolos e baseados em evidências científicas. É sabido que o processo fisiológico do trabalho de parto pode ser interrompido pelo que se denomina distócias onde se faz necessário a utilização de intervenções das quais as enfermeiras obstetras estão aptas a conduzi-las. O uso de ocitocina e a amniotomia (rompimento artificial da bolsa das águas), são condutas que possibilitam a correção das distocias. Toda conduta a ser realizada pela enfermeira é previamente conversada e combinada com a parturiente, deixando-a mais confiante e confortável.

Quando a parturiente não evolui para o desfecho esperado, que é o parto normal, ao ser identificado, as duas enfermeiras plantonistas discutem o caso e classificam o tipo de distocia. Em seguida é feito o encaminhamento dessa parturiente para a maternidade de retaguarda juntamente com a equipe. Nas emergências obstétricas, como as hemorragias pós-parto que são as mais comuns, inicia-se procedimentos de protocolo específico até estabilização ou transferência da mesma.

### **Considerações finais**

Os avanços decorrentes da implantação do CPN são significativos para a atenção e cuidado às gestantes, gerando maior integração entre os serviços da atenção básica e média complexidade. Possibilitou o ordenamento da assistência em rede de cuidado desde o pré natal ao parto e puerpério. Favoreceu a realização de atividades de educação permanente entre os profissionais de saúde visando a qualificação da assistência. Ampliou a oferta de atendimento às mulheres tendo como exemplo a realização do parto e a vinculação da gestante ao serviço.

O parto normal configura-se como momento singular na vida de uma mulher e da sua família. Torná-la protagonista ativa durante esse processo, garantindo segurança e conforto através do apoio e intervenções simples e não medicamentosas, é dar a oportunidade de viver uma boa experiência e realizar um parto humanizado. E é em busca dessas experiências que o Município do Paudalho tem se empenhado.

## Referências

- Alliman, J., & Phillippi, J. C. (2016). *Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature*. **Journal of Midwifery & Women's Health**, 61(1), 21–51. doi:10.1111/jmwh.12356
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 2: levels of maternal care. **Obstet Gynecol**. 2015;125(2):502-515
- Arms S. **Immaculate deception: a new look at womanhood and childbirth in America**. Boston (MA): Houghton Mifflin; 1975.
- Birthing Centers Staffed by Skilled Birth Attendants: Can They Be Effective ... at Scale? **Glob Health Sci Pract**. 2016 Mar 25;4(1):1-3. doi: 10.9745/GHSP-D-16-00063. PMID: 27016537; PMCID: PMC4807742.
- Brocklehurst, P., Puddicombe, D., Hollowell, J., Stewart, M., Linsell, L., Macfarlane, A. J. and McCourt, C. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **British Medical Journal (BMJ)**, 343, d7400.
- Carneiro, K. F. P. et al. Uso de tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal em um Hospital Universitário. Tópicos em Ciências da Saúde Volume 23, p. 22. 2021.
- Caughey, A. B., & Cheyney, M. (2019). Home and Birth Center Birth in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, 133(5), 1033–1050
- Freitas, B. K. P. S. Humanização da assistência no processo parturitivo: instruindo mulheres em uma maternidade escola do Rio Grande do Norte. 2021. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Garcia, L. V.; Teles, J. M.; Bonilha, A. L. L. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde. Campinas**. Vol. supl. 7 (2017), p. S356-S363, 2017.
- Gonçalves, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista escola enfermagem**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011
- Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, et al. . Going to scale with professional skilled care. **Lancet**. 2006;368(9544): 1377–1386. 10.1016/S0140-6736(06)69382-3
- Limeira, J. B. R. et al. A importância da humanização do parto realizada pelos enfermeiros obstetras para as parturientes: revisão integrativa. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 42, p. 308-321, 2018.
- Lindheim, Roslyn. 1981. "Birthing Centers and Hospices: Reclaiming Birth and Death." **Annual Review of Public Health** 2 (1): 1–29. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pu.02.050181.000245>
- Löwy I. The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. **Hist Cienc Saude Manguinhos**. 2018 Oct-Dec;25(4):1161-1169. doi: 10.1590/S0104-59702018000500014.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health London: **National Institute for Health and Care Excellence**; 2014.
- Oliveira, B. D. R. et al. Anais do XI Enfish-Encontro Nordestino de Fisioterapia na Saúde da Mulher e IV Enfish-Encontro Nordestino de Saúde do Homem. 2017.
- P.J. Laws, S.K. Tracy, E.A. Sullivan, Perinatal outcomes of women intending to give birth in birth centers in Australia, **Birth** 37 (1) (2010) 28–36.
- Stevens JR, Alonso C. Developing operational standards for Midwifery Centers. **Midwifery**. 2021 Feb;93:102882. doi: 10.1016/j.midw.2020.102882



# PARTO HUMANIZADO E O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NESSE PROCESSO: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DE UM ESTUDO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE ALEGRE-ES.

*Renata Esteves Palacio*

## **Introdução**

A gestação é caracterizada pela chegada de uma nova fase na vida e no corpo da mulher. As alterações físicas, emocionais, psicológicas, sociais e sexuais que ocorrem com as mulheres nesse período, podem gerar sensações de prazer, alegria, bem como medo, ansiedade, angústias e expectativas. Nesse sentido, refletir as questões relacionadas ao parto e aos sujeitos envolvidos nesse processo é indispensável quando se busca consolidar melhorias no atendimento à saúde das mulheres.

De acordo com Sandler et al. (2016), os estudos realizados nos últimos anos que tratam do tema da atenção ao parto, têm apontado um cenário bastante problemático e preocupante com relação ao bem estar das parturientes durante o parto, sendo ele com, ou sem, complicações. Segundo os autores, fundamentado em um modelo tecnocrático, em que se valoriza e prioriza cada vez mais o uso indiscriminado de ferramentas tecnológicas como sinal de sucesso do parto, a prática profissional tem promovido intervenções médicas consideradas desnecessárias, abusivas e desrespeitosas, além de um atendimento desumanizado.

É dentro desse contexto de arbitrariedade com o corpo e saúde da gestante, que surge o termo violência obstétrica. A importância do tema da violência obstétrica, e os impactos disso para vida das gestantes e dos recém-nascidos, foram reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2014, como sendo um problema de saúde pública, cuja urgência no debate público se fazia necessário não apenas para repensar o atendimento e assistência as gestantes, mas também, o papel de cada profissional da saúde envolvido nesse processo (FERNANDES ET AL., 2021).

Nesse sentido, corroborando para refletir sobre o cenário que discute os direitos reprodutivos das mulheres e o acesso da assistência ao parto humanizada, Silveira e Barbosa (2007), destacam o quão indispensável, e necessário, é adequar a assistência ao pré-natal às necessidades da gestante. Os autores apontam, que esse processo é de extrema importância para explicar para a mulher sobre os advenços da gravidez e os cuidados com seu bebê, tendo em vista, especialmente, diminuir desconfortos, sanar dúvidas, proporcionar segurança e oferecer uma assistência mais humanizada.

De acordo com Dotto (2006), respaldado pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto-94.406/87), o pré-natal de baixo risco pode ser diretamente acompanhado pelo enfermeiro obstétrico, sendo esses, “profissionais treinados e capacitados para a realização de uma assistência ao parto humanizado, sendo assim, ideais para evitar que a violência obstétrica aconteça” (FERNANDES ET AL., 2021, p.02).

Mediante ao tema da necessidade da humanização do atendimento e assistência as gestantes, e do papel dos profissionais da saúde envolvidos nesse processo, no ano de 2016, ainda como estudante do curso de bacharelado em Enfermagem na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre (FAFIA), localizada no município de Alegre/ES, busquei realizar como cumprimento para o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), uma investigação no qual propôs-se analisar, a partir de uma pesquisa de campo, como se caracterizava a assistência à gestante, ao puerpério, e os cuidados com o recém-nascido por parte dos profissionais da atenção básica de Alegre – ES, mais especificamente os profissionais de enfermagem.

Como forma de compreender a realidade na qual o nosso objeto de investigação se inseria, buscou-se tencionar algumas questões tais como: de que modo as gestantes estavam sendo orientadas ao pré-natal, parto, puerpério e cuidados com recém-nascido? Nesse processo, quais são os profissionais da equipe Estratégias Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup> envolvidos com pré-natal? quais as ESF que prestam assistência na Atenção Primária da Saúde (APS) voltadas ao pré-natal de baixo risco no município de Alegre – ES?

Metodologicamente, o trabalho está caracterizado como sendo uma pesquisa quantitativa, descritivo e transversal, com coletas de dados primários, com pesquisa de campo realizada através de questionários aplicados em gestantes de cinco Estratégias Saúde da Família (ESF) urbanas do município de Alegre - ES. Os dados coletados a partir dos questionários aplicados com as gestantes dessas ESF's foram apresentados no decorrer da pesquisa através de gráficos e foram utilizados exclusivamente para realização deste artigo.

Importa também destacar que, as ESF's selecionadas para a realização do trabalho inicial do qual decorre este artigo, foram avaliadas de acordo com a natureza das atividades desenvolvidas e número de gestantes, visando à organização da humanização de enfermagem em obstetrícia para efeito da investigação proposta. As gestantes das ESF's foram convidadas a participar da pesquisa com entrevistas individuais e questionários com perguntas de múltipla escolha na própria ESF.

Nesse sentido, após 4 anos da conclusão do curso e da escrita do trabalho, estando hoje atuando como profissional de enfermagem na unidade Estratégia Saúde da Família no município de Muqui-ES, entendendo com ainda mais propriedade a importância e necessidade de discussão do tema, tendo em vista que muitos dos desafios tencionados e apresentados a partir do referencial teórico ainda não foram superados, considero relevante retornar aos dados e considerações obtidos à época e publiciza-los através deste artigo, visto que agora os mesmos tem condições de serem reanalisados por uma ótica diferente.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo buscar compreender, a partir do estudo “Humanização de Enfermagem Obstétrica na Atenção Primária no Município de Alegre-ES”, realizado por esta autora no ano de 2016, de que maneira a assistência de enfermagem pode auxiliar na valorização do parto humanizado. A pesquisa se deu metodologicamente a partir da triangulação de dados, metodologia na qual há “combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista” (MINAYO, 2010,

---

<sup>4</sup> De acordo com a página do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e, é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Para maiores informações acesso em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>.

p. 29). Os dados triangulados foram aqueles obtidos a partir dos questionários e apresentados através de gráficos no estudo inicial, as contribuições acerca do tema trazidas pelo referencial teórico, e as concepções constituídas a partir da minha própria experiência enquanto profissional de enfermagem atuando na atenção básica da unidade Estratégia Saúde da Família em Muqui-ES.

Por fim, importa salientar, que esse artigo trata-se de um recorte da pesquisa realizada em 2016, e que não esgota as discussões nela existentes, tão pouco as que tangenciam a temática. Também vale ressaltar, que a decisão pelo retorno aos dados e considerações realizados à época, se deu por compreender-se a importância científica e social que tem a publicização de pesquisas que busquem discutir e elucidar como a assistência de enfermagem pode auxiliar no desenvolvimento da valorização da humanização do parto, contribuindo assim para a superação da violência obstétrica.

## Desenvolvimento

A gravidez, também conhecida como gestação, é uma fase na vida da mulher em que acontecem profundas transformações, que muitas vezes, exigem adaptações na sua dinâmica e nas relações com o mundo externo (CARVALHO, 2002).

Em relatório, a Coordenação de Saúde Materno-Infantil, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, afirmava que essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

Quanto a essa afirmativa, os autores Duarte e Lopes (2008) corroboram dizendo que:

◇ Quanto mais oportunidades as gestantes e familiares tiverem de esclarecer suas dúvidas, falar sobre sua experiência e sentimentos, maior a possibilidade de uma adaptação saudável a essa importante etapa de sua vida (DUARTE; LOPES, 2008, p. 108).

A assistência prestada à mulher durante a gravidez, foi, por muitos anos, realizada com enfoque na melhoria dos indicadores da saúde infantil. A chamada “assistência materno-infantil” era representada apenas por consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto. No final da década de 70 os grupos de mulheres e os de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher a partir de um movimento maior, articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de um Sistema Único de Saúde (SERRUYA, 2003).

◇ O movimento sanitário exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (SERRUYA, 2003, p. 89).

Foi neste momento de intenso debate que, em 1983, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher. O programa também apontava para questões que ainda permanecem atuais, como a descentralização, hierarquização e regionalização da assistência, compreendendo que estes são fundamentos estruturais da atenção e indispensáveis na sua organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Estes questionamentos, relativos ao modelo praticado na assistência obstétrica, refletiam um debate sobre as práticas clínicas em geral, em que, o ponto de partida, era a percepção que as “técnicas” empregadas obedeciam a uma lógica de valores sociais em que a “tecnologia” aparece como o ícone máximo na assistência. Com este pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos (SERRUYA, 2003).

◇ Deste modo, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (SERRUYA, 2003, p. 73).

É fundamental que os profissionais envolvidos no processo de atendimento das gestantes, especialmente o atendimento primário, entendam as implicações de suas práticas na gestação e no parto. Para que a gravidez permaneça com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, principalmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e pós parto. Convém destacar que o progresso da assistência à saúde da gestante depende não apenas das ações do Ministério da Saúde (MS), mas, também, da atenção que cada profissional dedica à sua paciente (CUNHA, 2006b).

Para que haja uma assistência apropriada, é essencial o envolvimento de profissionais qualificados, que possam iniciar suas atividades já durante a gestação, promovendo o autocuidado, a prevenção e a obtenção de condições saudáveis de vida para a gestante e o recém-nascido. Logo, a mulher que tem um bom acompanhamento na gestação e condições saudáveis, pode receber atenção de nível primário, e, em Estratégias Saúde da Família. Nesse sentido, cabe destacar novamente, que o acompanhamento e assistência de qualidade, oferecida a gestante no pré-natal de baixo risco, pode ser realizado pelo enfermeiro, pois, além de possuir respaldo legal, como citado anteriormente, o mesmo apresenta e possui fundamentos teóricos adequados (CUNHA, 2006b).

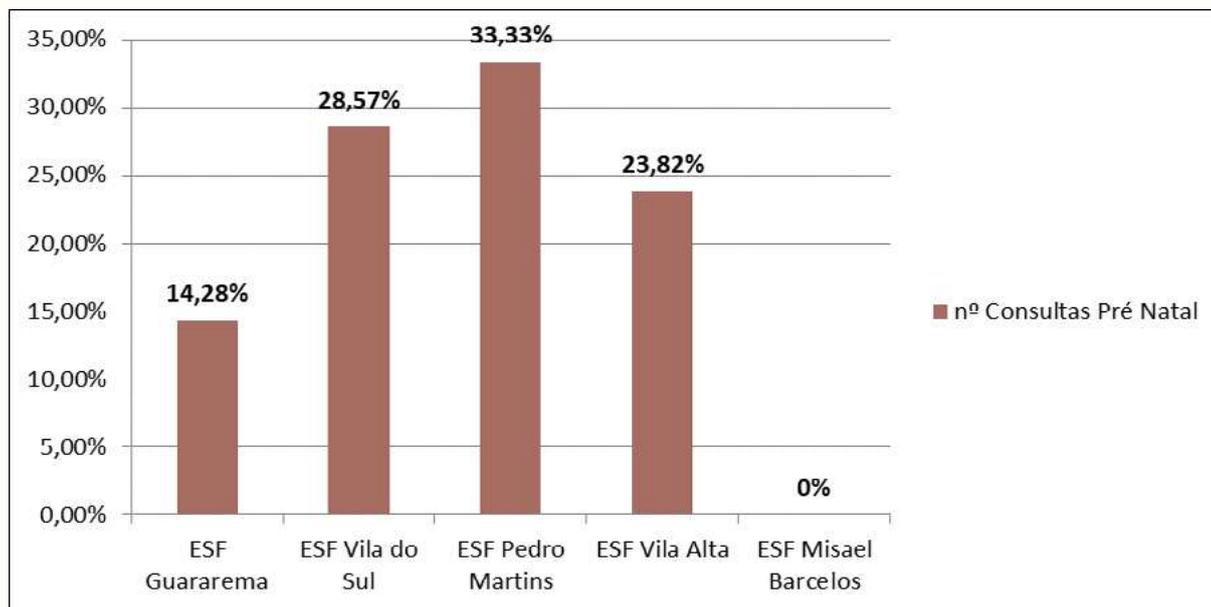
### **O papel da assistência de enfermagem na valorização do parto humanizado: uma (meta) análise dos dados coletados em 2016 em um estudo no município de Alegre-ES**

Como discutido anteriormente neste trabalho, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo gestacional das mulheres, seja no atendimento primário, ou no pós parto. Segundo Fernandes et al. (2021), “estes profissionais têm demonstrado sua importância, não apenas para a humanização do parto, mas também para sua desmedicalização” (FERNANDES ET AL., 2021, p.06).

Em vista de compreender melhor as contribuições desses profissionais para a valorização do parto humanizado, no ano de 2016, durante os meses de março e junho, foi realizado o desenvolvimento de uma pesquisa que buscou investigar o trabalho dos profissionais de enfermagem desempenhados em cinco unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF), sendo elas: ESF “Guararema”, ESF “Vila Alta”, ESF “Pedro Martins”, ESF “Misael Barcelos”, ESF “Vila do Sul”. Os dados coletados para análise, se deram por meio de questionário, aplicados com as gestantes atendidas nas cinco Estratégias Saúde da Família urbana, todas localizadas no município de Alegre – ES.

A partir dos questionários aplicados, foram desenvolvidos onze gráficos, nos quais são apresentadas informações acerca do que configura e caracteriza o atendimento prestado pelas ESF no município de Alegre - ES, com ênfase no papel desempenhado pelo profissional de enfermagem na equipe. Os dados e discussões decorrentes dessa pesquisa serão brevemente apresentados a seguir.

*GRÁFICO 01: Número de consultas realizadas de pré-natal nas Estratégias Saúde Da Família do Município de Alegre - ES*

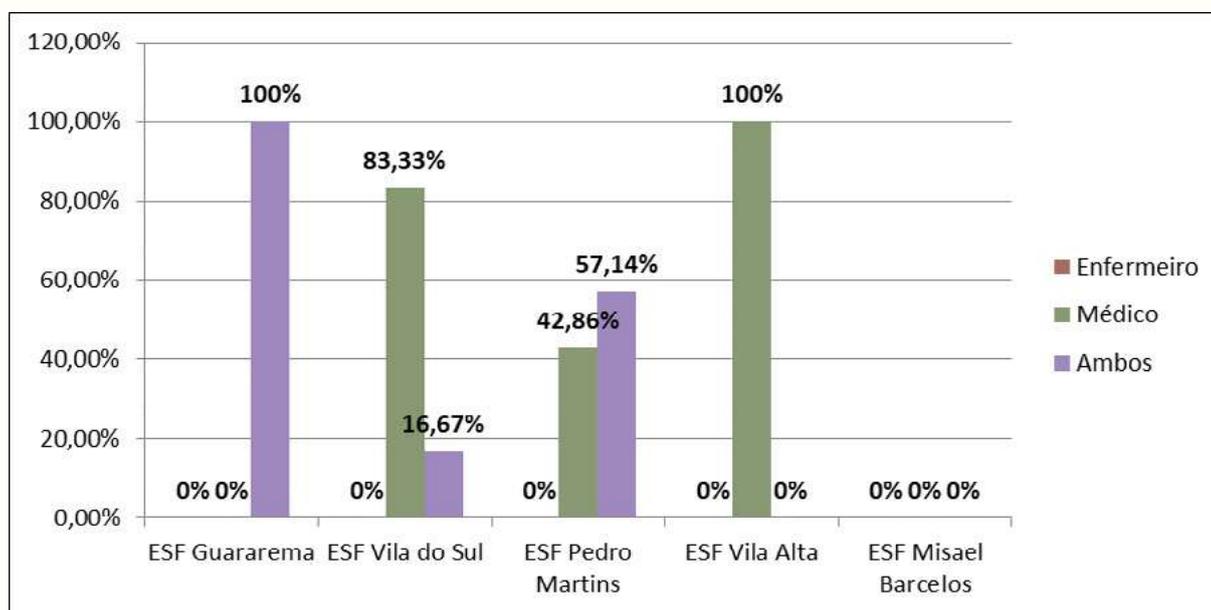


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

No gráfico 01, observa-se as porcentagens de atendimento as gestantes nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES. A ESF “Misael Barcelos”, aparece com 0,00%, pois não realiza nenhum atendimento a gestante.

A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo, nesse momento, o apoio e confiança indispensáveis para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

*GRÁFICO 02: O profissional que realiza o pré natal de baixo risco nas unidades de saúde básica do município de Alegre-ES.*



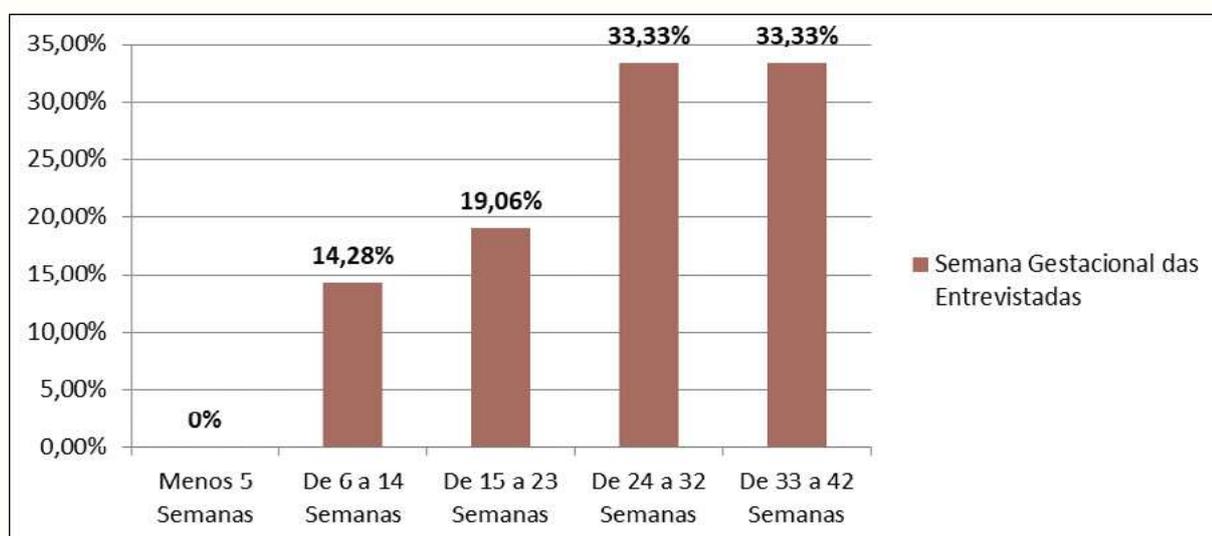
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com o gráfico 02, o profissional realiza o pré-natal de baixo risco nas gestantes dessas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES. Os dados mostram que em nenhuma das estratégias anteriormente citadas as gestantes são atendidas somente pelo enfermeiro.

A atenção pré-natal qualificada, ocorre através da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções inúteis, que contam com as ações em todos os níveis de atenção voltados desde a gestante ao recém-nascido, do mais básico ao mais complexo, com a disponibilidade de profissionais treinados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O acompanhamento e a assistência de qualidade, prestadas as gestantes no pré-natal de baixo risco pode ser realizado pelo enfermeiro, pois além de possuir respaldo legal, como citado anteriormente, apresenta embasamento teórico-científico adequado (CUNHA, 2009b)

*GRÁFICO 03: Semana gestacional das entrevistadas nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre-ES.*

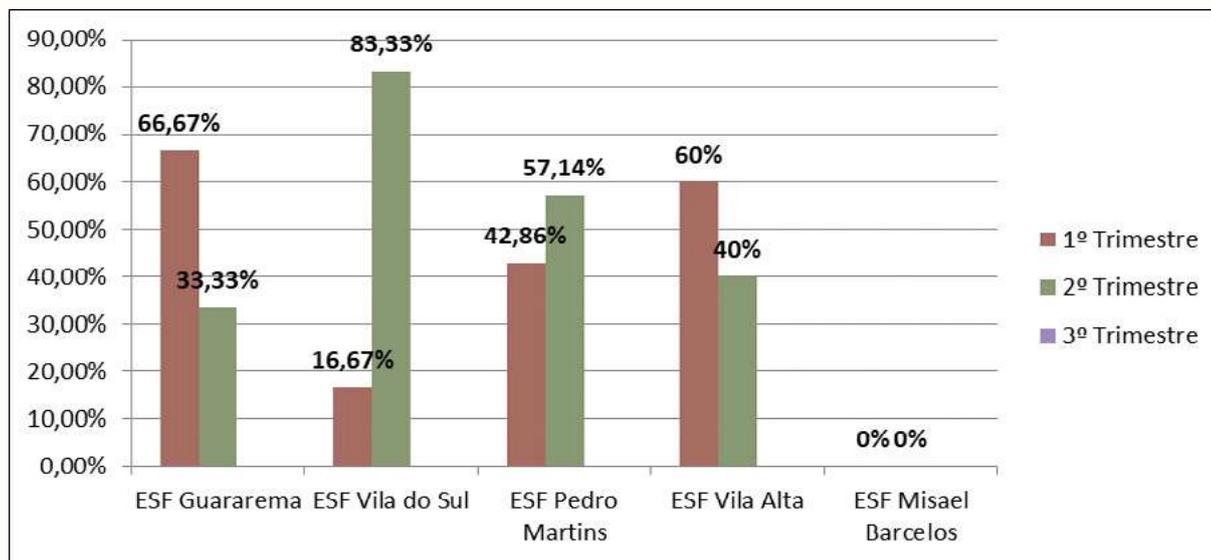


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico mostra a semana gestacional das entrevistadas nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre – ES. Nenhuma das entrevistadas estava com menos de 5 semanas. Nas semanas (de 24 a 32) e (de 33 a 42) o número de gestante são iguais.

O total de consultas deverá ser no mínimo de 06 (seis), iniciando o mais precoce possível, preferencialmente, até 12ª semana de gestação com intervalo mensal até a 36ª semana, uma consulta na 38ª semana e a partir desta, semanal, até 40ª semana e 6 dias. A partir de 41ª semana a gestante deverá ser referenciada por escrito maternidade e monitorada pela equipe ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

**GRÁFICO 04:** Exames preconizados no pré-natal por trimestre nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.

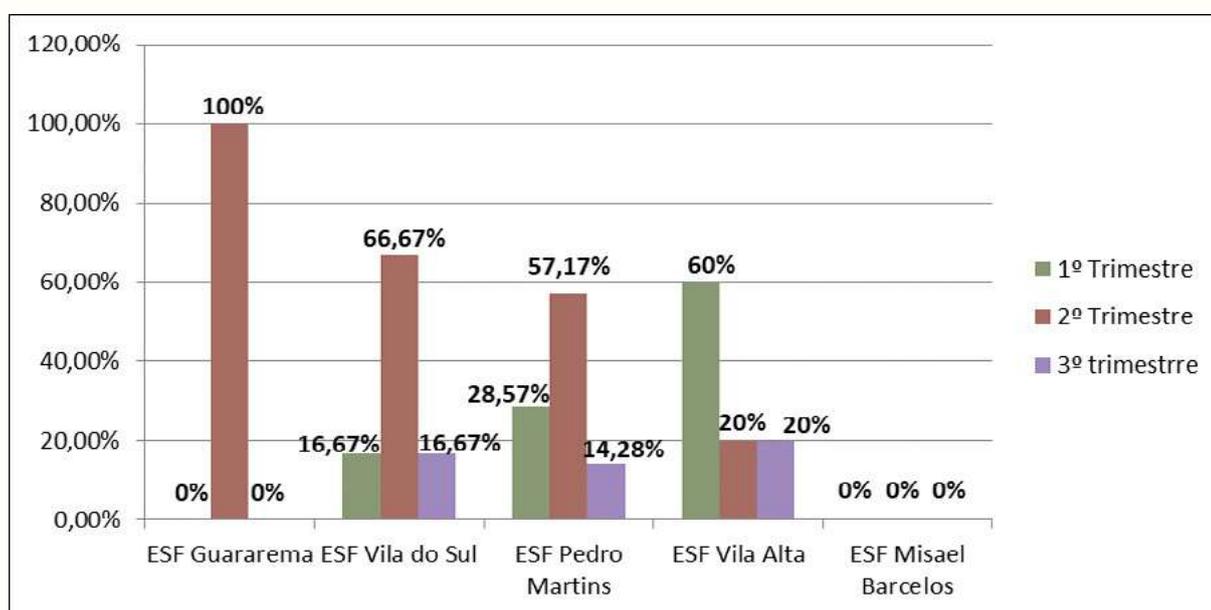


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico, retrata o número de exames preconizados no pré-natal de acordo com o trimestre nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES. Esses exames, compreendem hemograma, tipagem sanguínea e fator RH, glicemia de jejum, teste rápido para sífilis e (VDLR), teste rápido de diagnóstico de HIV, anti HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAG), exame de urina e urocultura.

Os exames avaliam se há anemia, leucometria, identifica risco de doença hemolítica isoimune, detectam anticorpos para o vírus da AIDS, triagem para sífilis, que pode causar anormalidades congênicas caso seja transmitida ao feto, infecção urinária e função renal (BRANDEN, 2000).

**GRÁFICO 05:** Quantidade de ultrassonografias realizadas por trimestre nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.

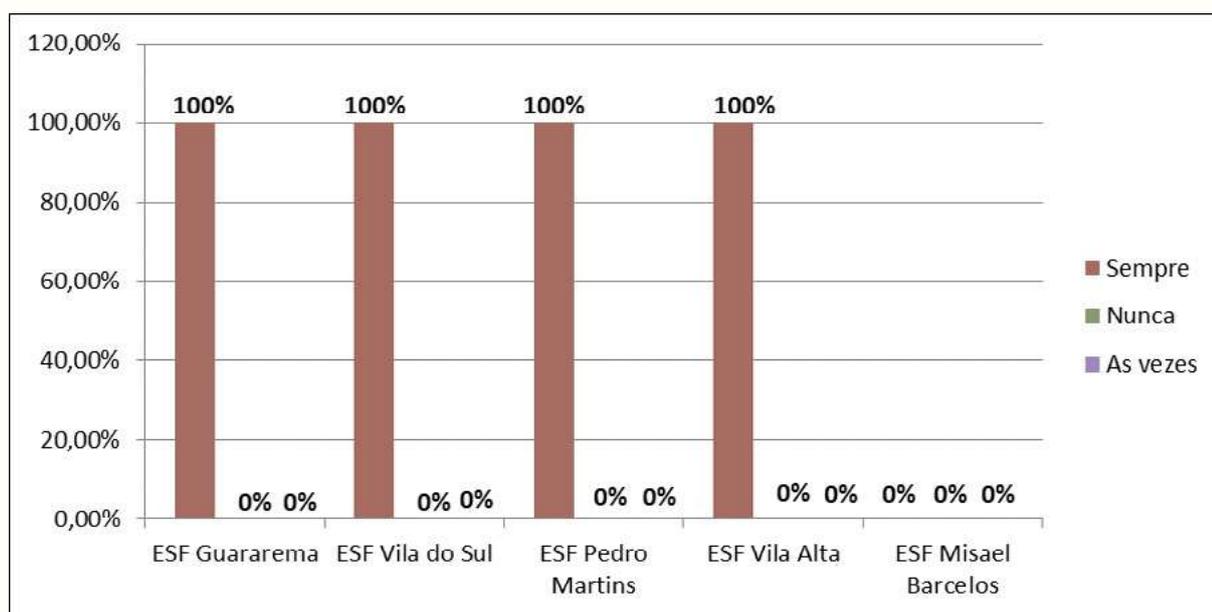


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico nº 05 revela o número de ultrassonografias realizadas por trimestre nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre ES. Na ESF Guararema, as ultrassonografias foram realizadas no 2º trimestre, mas nas demais ESF foram realizadas nos três trimestres, com exceção das ESF Misael Barcelos que não realiza nenhum atendimento a gestante.

A ultrassonografia é para confirmação da idade gestacional, bem como da integridade da placenta, volume de líquido amniótico, tamanho, atividade e a posição do feto (BRANDEN, 2000).

*GRÁFICO 06: Procedimentos realizados nas consultas de pré-natal nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.*



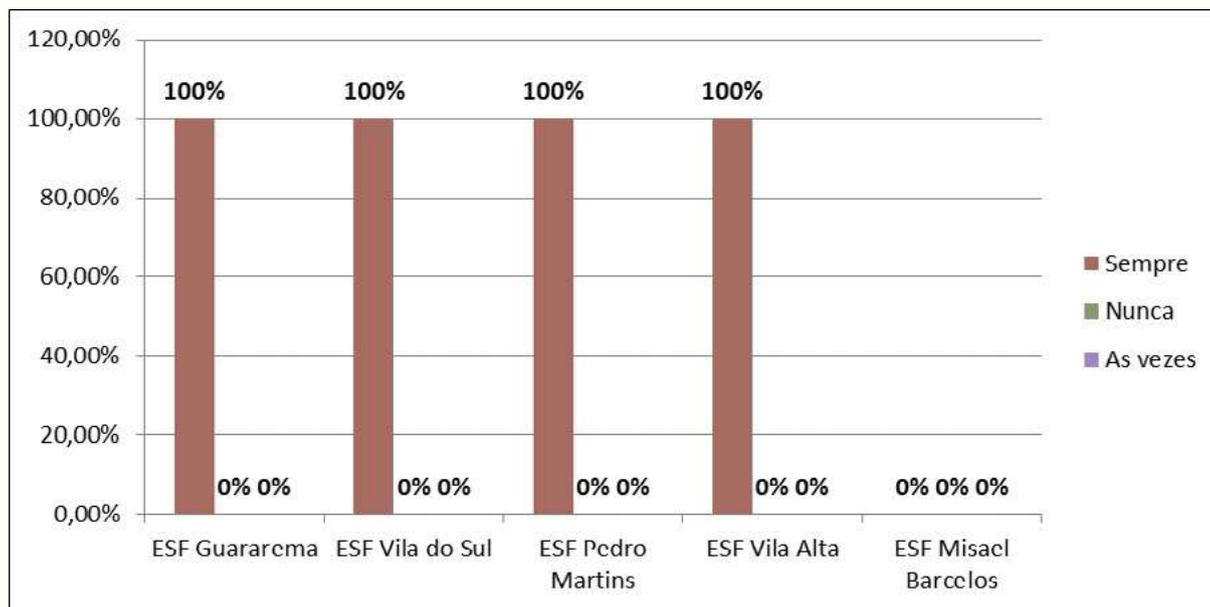
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico 06 mostra os procedimentos realizados na consulta de pré-natal nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES. Esses procedimentos compreendem Aferição sinais vitais, pesagem e orientação sobre o ganho de peso e orientação alimentar, medida da altura uterina, pesquisa de edemas, ausculta de BCF.

O enfermeiro deve realizar medida de pressão arterial, determinar peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC), realizar palpação obstetra e medida uterina e anotar no gráfico da ficha obstétrica e cartão de pré-natal, e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional, realizar pesquisa de edema, e realizar ausculta de BCF (MINAS GERAIS, 2008).

A seguir, o gráfico 07 mostra se as gestantes estão fazendo o uso da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico durante a gestação nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES. Em todas as unidades, o uso desta suplementação é de 100%, com exceção das ESF Misael Barcelos, que não realiza nenhum atendimento a gestante.

**GRÁFICO 07:** *Uso da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico durante a gestação nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.*

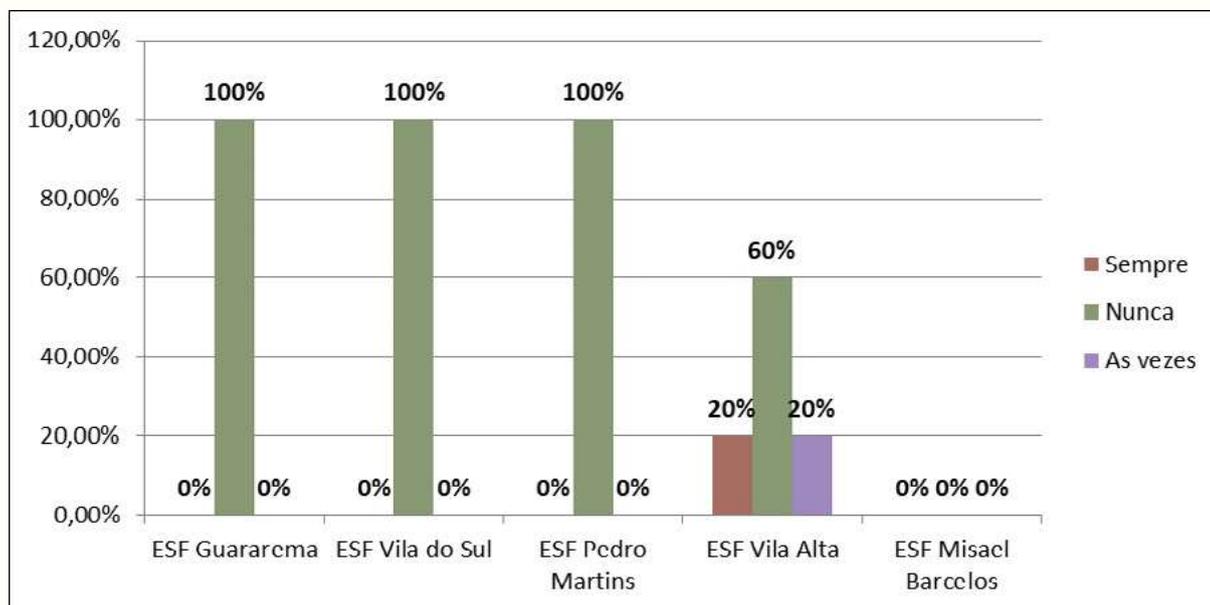


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A necessidade total de ferro a partir da segunda metade de gestação atinge 1000mg, distribuídos para o feto e seus anexos (300mg), e o restante para expansão do volume dos eritrócitos, como, normalmente não conta com a tal reserva férrica e sendo frequente, em nosso meio, a anemia ferropriva, a suplementação deve ser indicada (NEME, 2000).

A suplementação de ácido fólico é indicada para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural e especialmente para as mulheres com história de recém-nato com defeito do tubo neural em gestações anteriores; com parentes em 1º grau que apresentaram defeito do tubo neural e aquelas tratadas com ácido valpróico ou carbamazepina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

**GRÁFICO 08:** *Orientação as gestantes em relação à dor, ao recém-nascido e amamentação e ao calendário de vacinas nas consultas realizadas nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.*



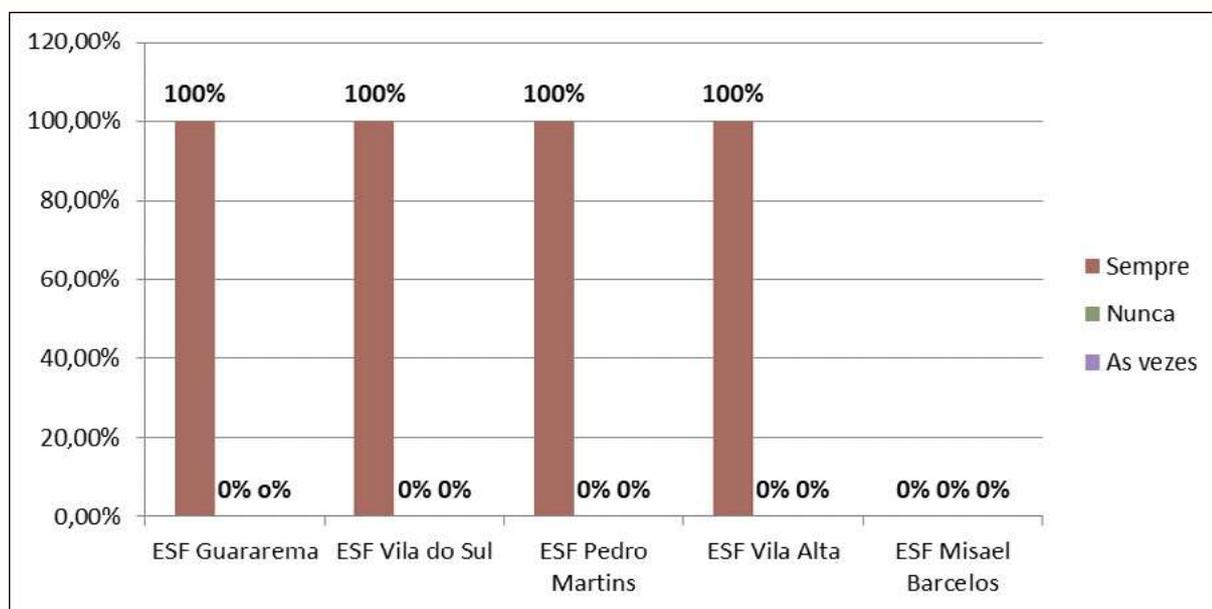
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico 08, mostra que as gestantes, durante a consulta de pré-natal, não são orientadas quanto à dor, aos cuidados com o recém-nascidos, a amamentação e a verificação do calendário de vacinas. Exceto a ESF Vila Alta, onde a orientação é realizada pela médica com mais frequência, porém, ainda apresenta prevalência de nunca. A ESF Misael Barcelos não realiza nenhum atendimento a gestante.

Segundo Falcone et al. (2005), os grupos de gestantes constituídos para orientação, devem prever momentos para que a gestante possa expor sem receio seus anseios e medos no grupo, ou numa interação individual com os profissionais

Vale lembrar que, conforme o Ministério da Saúde (2003), a vacinação é realizada para prevenção contra tétano, para a gestante e o recém-nascido, e é ainda fornecida gratuitamente pelo SUS. Portanto, torna-se de suma importância a efetivação desta prática pelas gestantes.

*GRÁFICO 09: Atualização do cartão da gestante nas consultas realizadas nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.*

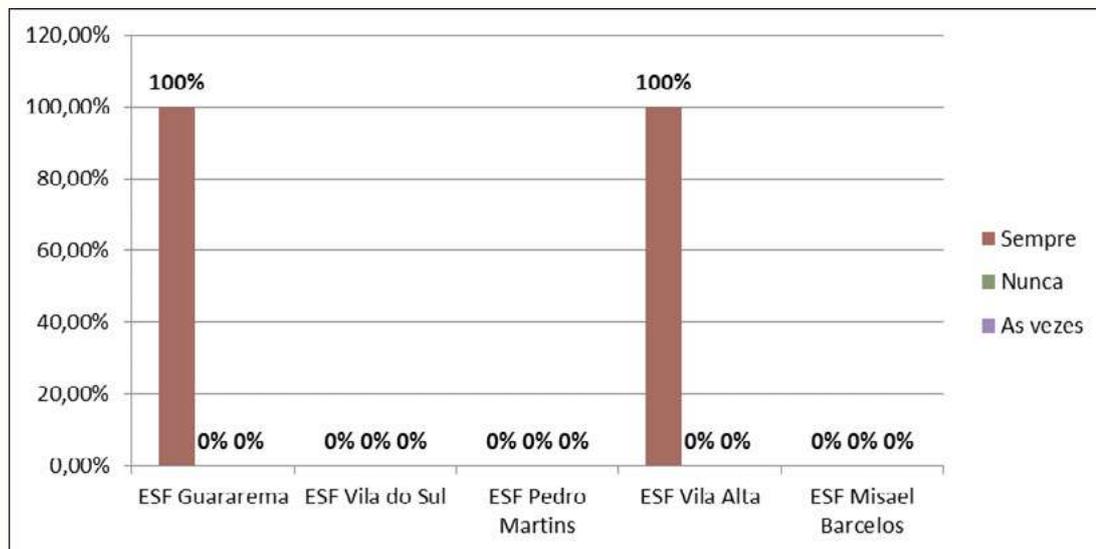


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico 09 mostra se o cartão da gestante é atualizado durante a consulta de pré-natal, nas cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre ES. Todas as estratégias atualizam os cartões em 100%, com exceção da ESF Misael Barcelos, que não realiza nenhum atendimento a gestante.

O cartão da gestante constitui-se em um documento e deve conter todas as informações sobre o estado de saúde da gestante, o desenvolvimento de sua gestação, os resultados dos exames realizados, bem como outros dados. Todos os dados relativos às consultas devem ser registrados no cartão, que deve ser preenchido pelo enfermeiro e/ou médico. O cartão é também um elemento de comunicação sobre as condições da gestante e do feto, entre diferentes trabalhadores e diferentes equipes de saúde (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

**GRÁFICO 10:** Quantidades de agendamento da próxima consulta da gestante nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.

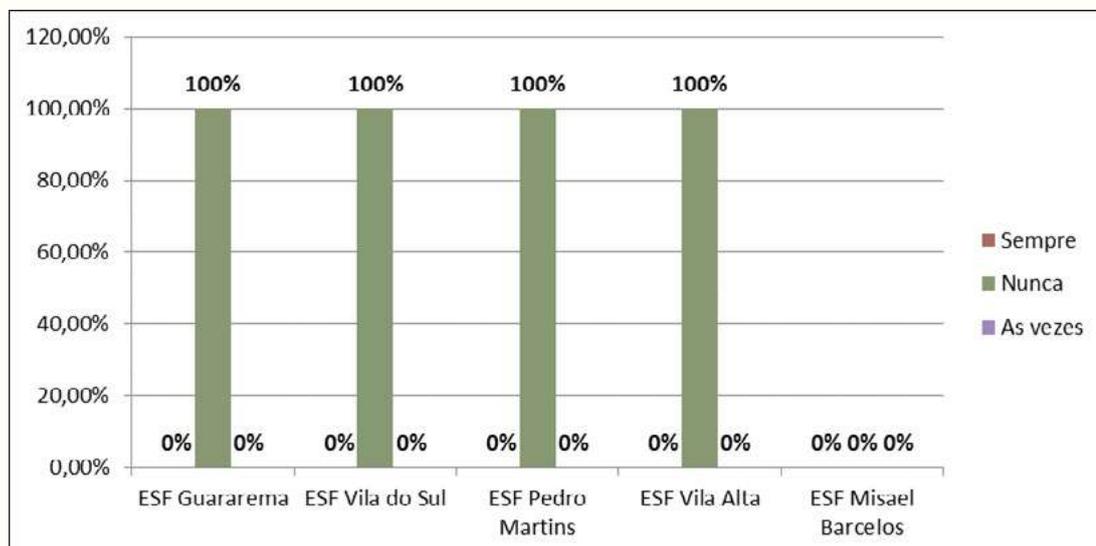


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O gráfico 10 enfatiza se as cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES agenda a próxima consulta de pré-natal para as gestantes. As ESF Guararema e ESF Vila Alta sempre remarcam as consultas subsequentes de pré-natal das gestantes, porém as ESF Vila do Sul e ESF Pedro Martins nunca remarcam as consultas de pré-natal das gestantes somente remarcam após fechamento mensal e encaminha a marcação da próxima consulta pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). A ESF Misael Barcelos não faz atendimento a gestante.

É apropriado lembrar que as consultas são importantes para a saúde da mãe e do bebê, pois, durante a prática das mesmas, é possível fazer orientações quanto ao aleitamento materno, mudanças físicas e emocionais na vida da mulher, encaminhá-la e monitorá-la para o exame de citopatologia, ultrassonografia, para vacinação antitetânica, além de prevenir possíveis complicações ou patologias que podem surgir durante a gestação, entre outros, ou mesmo interferir na saúde do futuro recém-nascido (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

**GRÁFICO 11:** Atividades educativas realizadas com o grupo de gestantes nas Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Os resultados expressos no gráfico 11 apontam se alguma das cinco Estratégias Saúde da Família do município de Alegre - ES realiza ações e práticas educativas individuais ou coletivas com as gestantes. Nenhuma Estratégia Saúde da Família realiza esta atividade, nem individual nem em grupos.

De acordo com Ministério da Saúde (2008), programação deve ser feita em conjunto com os gestantes, devendo ser flexível com as necessidades das gestantes e podendo usar como temas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê, alimentação, amamentação, ambiente adequado para o bebê, aspectos emocionais, atividade física, autocuidado e autoestima, cuidados com RN, depressão pós-parto, importância e adesão ao pré-natal, imunização, maneiras facilitadoras para realização do parto entre outras.

### **Considerações Finais**

Atualmente, vem sendo discutidos meios que garantam a melhoria da assistência nas diversas áreas do nível primário do sistema de saúde, como promoção e prevenção da saúde da mulher, do homem, do idoso, da criança, hipertensos, diabéticos, entre outros, já que este nível se encontra mais acessível à população.

Neste estudo, aprofundamos sobre as ações de saúde na assistência ao pré-natal e a humanização, sendo que esta última é de extrema importância. O atendimento humanizado reflete na obtenção de uma gestação saudável com devido esclarecimento da gestante, acompanhamento do desenvolvimento fetal, além de contribuir para a satisfação da mulher para com o atendimento que ela recebeu dos profissionais de saúde. Tudo isso reflete na eficiência do serviço e na resolutividade da assistência pré-natal, resultando em redução da mortalidade e melhor participação materna no processo gestacional.

Todavia, nos questionários aplicados ficaram claro que o profissional de enfermagem não faz o atendimento as gestantes, pois estes em maioria são realizados por médicos. Quando o enfermeiro realiza este atendimento, sempre está em companhia do médico.

A equipe de enfermagem desenvolve papel importante na assistência ao pré-natal, devendo o profissional que presta esse cuidado estabelecer medidas que devem ser tomadas para que o mesmo atenda às necessidades da gestante de maneira mais humanizada, ou seja, dedicar-se a escutá-la, oferecer-lhe apoio, manter uma relação de confiança e ajudá-la a conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia e ao mesmo tempo oferecendo conforto e segurança tanto a ela como ao bebê. Quando o profissional não está preparado ou mesmo estimulado para realização dessas práticas a assistência fica comprometida em qualidade levando a não satisfação das gestantes com o cuidado recebido.

Compreendemos a importância do pré-natal em termos de prevenção e detecção precoce de intercorrências, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, garantindo assim, um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

Entretanto, acreditamos que a equipe de saúde deve ser preparada para exercer ainda outras ações como de divulgação do pré-natal, identificação de prioridades, de busca das pacientes faltosas e, principalmente, de interação entre profissionais dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Acreditamos também, que a complementaridade, autonomia e o conhecimento de cada profissional fazem com que a qualidade da atenção à gestante tenha melhores resultados. Estes distintos aspectos devem ser articulados com cautela, pois, requerem tempo e continuidade das ações.

Percebemos que os enfermeiros devem motivar sua equipe para o trabalho, destacando os benefícios de uma assistência qualificada, que construa a humanização do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias.

Os trabalhadores da saúde devem, continuamente, ter treinamento e informação, para que se conscientizem sobre o seu papel e possa desenvolver uma promoção da assistência à gestante efetiva.

Por tudo isso, concluímos sobre a extrema importância do enfermeiro e que a humanização exerce o atendimento fundamental ao pré-natal.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, F. G.; SILVEIRA, L. M. **Análise da assistência prestada à gestante em uma unidade de saúde mista do município de Passos-MG.** 2007. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Enfermagem de Passos, Universidade do Estado de Minas Gerais, Passos, MG, 2007.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno infantil.** 2. ed. São Paulo: Reishman e Afonso Editores, 2000. 523. p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações que priorizam a saúde da mulher.** 2006a. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23981](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23981)>. Acesso em: 14 abril 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher.** Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 2, n. 1, jan/abril, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 abril 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Assistência pré-natal.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a, 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Portaria nº 569, 1º junho de 2000b. Brasília: Ministério da

Saúde, 2000b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 20 abril 2016.

CARVALHO, G. M. **Fatores de risco na gestação: Enfermagem e Obstetrícia.** São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2002, 150 p.

CARVALHO, B. R. **Humanização do atendimento à gestante.** 2007. Disponível em: <<http://www.via6.com/topico.php?tid=103321Autor>>. Acesso em: 10 abril 2016.

DOTTO, L.M.G. **Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco-AC.** Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) -Universidade de São Paulo, 2006.

DUARTE, R. C.; LOPES, C. M. B. **Apoio psicológico a gestantes e seus acompanhantes**. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. 2008. Disponível em: <<http://www.unicentro.br/proec/publicacoes/salao2008/artigos/Cl%C3%A9a20Maria%20Ball%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

FALCONE, V. M; et al. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes**.

Revista de Saúde Pública. v. 39, 2005, p. 612 - 618. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. Belo Horizonte: SES/MG, 2003.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

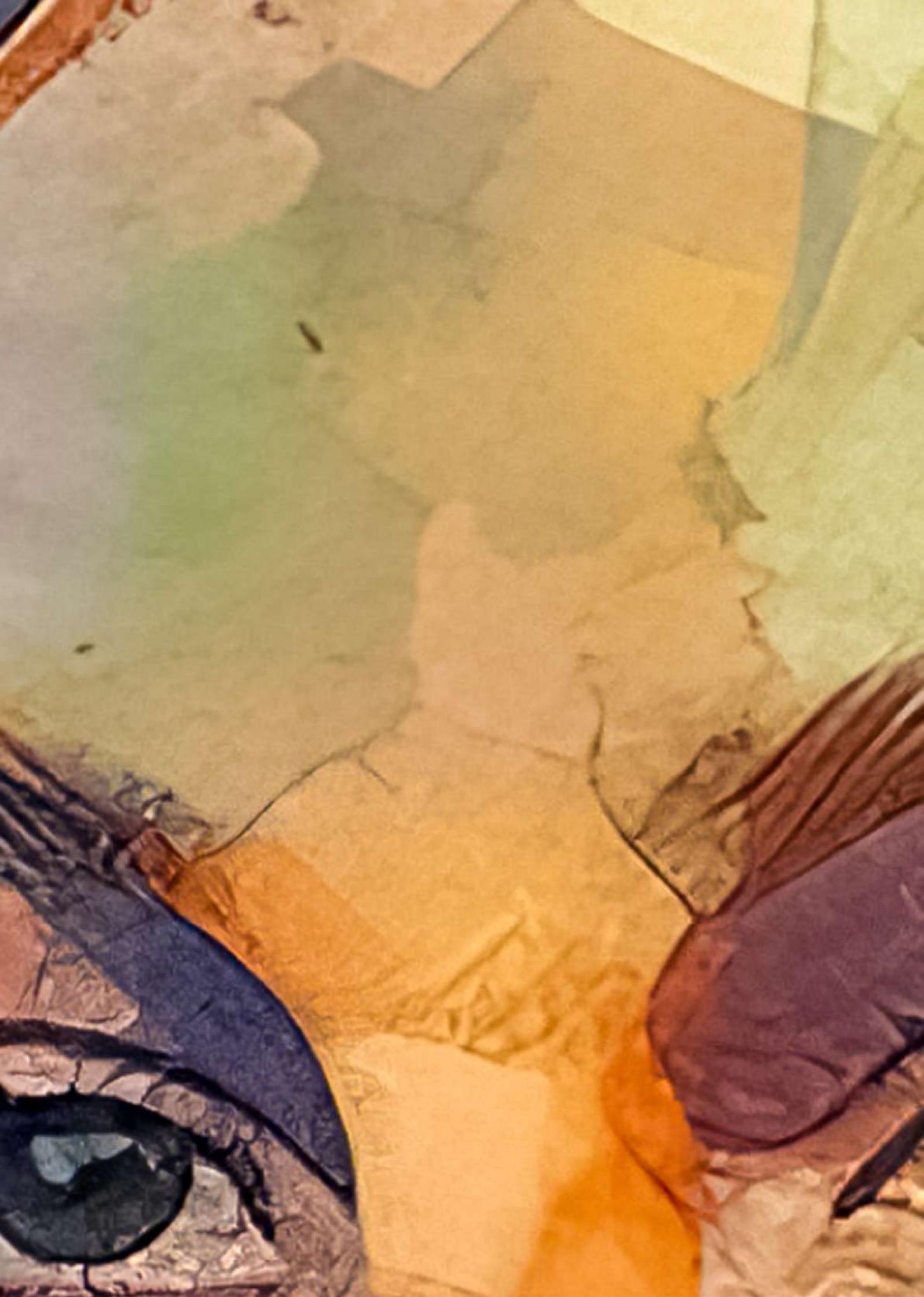
NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier. 2000.

SADLER, M.; SANTOS, M. J.; RUIZ-BERDÚ, D.; ROJAS, G. L.; SKOKO, E.; GILLEN, P.; CLAUSEN, J. A. **Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence**. Reproductive Health Matters, 2016.

SERRUYA, S. J. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, SP:[s.n.], 2003. Tese de doutorado – UNICAMP.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização no Pré-Natal do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./ out., 2004.

WATSON, S. **Gravidez: como tudo funciona**. 2005. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br/gravidez.htm>>. Acesso em: 13 abril 2016.



# BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO AGRESTE PERNAMBUCANO

*Lílian Silva Sampaio de Barros*

*Régia Maria Batista Leite*

*Roseane Leite Lopes*

*Sílvia Maria Cristovam Barbosa*

*Vanessa Alves de Souza*

## Introdução

O parto é um evento carregado de significados construídos e reconstruídos a partir da singularidade e da cultura de cada parturiente. Na perspectiva da assistência obstétrica, têm-se atualmente, uma linha de discussão no cenário da saúde que aponta para a assistência obstétrica humanizada, que é aquela centrada na mulher visando à promoção do respeito, amparada em condutas baseadas em evidências científicas (SILVA et al., 2016). A atenção humanizada incorpora conhecimentos, práticas e atitudes, tendo em vista a garantia do parto e nascimento saudáveis (OMS, 2018).

Estudos mostraram que a inserção da(o) Enfermeira(o) Obstétrica (EO) no parto acarreta a melhoria da assistência. A atuação da enfermagem na assistência ao parto foi estabelecida na Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 516, de 24 de junho de 2016, que normatiza a atuação da (o) EO nas maternidades (BARROS et al., 2018).

O Ministério da Saúde (MS) por meio da política indutora denominada Rede Cegonha, estruturou a rede de cuidado a partir de quatro componentes, sendo eles, o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). Antes da existência da Rede Cegonha e hoje ainda vigente, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabeleceu os direitos da mulher durante toda a gestação, parto e desafio para as instituições de saúde (BRASIL, 2000).

Nesta atenção humanizada, o profissional de saúde deve respeitar a fisiologia do parto, identificando os aspectos sociais e culturais, buscando promover apoio físico e emocional à mulher e sua família, devendo estar voltada para as boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Atualmente, percebe-se que o parto tem se tornado cada vez mais intervencionista e centralizado em processos patológicos, com altas taxas de cesarianas que contribuem para o acréscimo da morbimortalidade materna e infantil (BARROS et al., 2018).

O modelo predominante de assistência ao parto no Brasil ainda se caracteriza pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções desnecessárias e pela restrição dos direitos da parturiente, como a presença de acompanhante em todos os períodos clínicos do parto (CÔRTEZ et al., 2018). Este modelo de produzir saúde pode promover prejuízos emocionais e físicos a esta mulher.

A elevação nos índices de mortalidade materna deve-se, além de outros inúmeros fatores, ao modelo biomédico de assistência obstétrica vigente, com a elevação do número de cesarianas e com as mudanças nas práticas obstétricas cada vez mais intervencionistas e sem evidências científicas, elevando o risco de morbimortalidade desta mulher (VEGAS; SOARES; NASR, 2017).

Estes impactos podem ser prevenidos ou reduzidos mediante a adoção de práticas baseadas nas evidências científicas disponíveis na assistência obstétrica (CÔRTEZ et al., 2018). Uma vez que, uma assistência de qualidade no parto e nascimento irá influenciar na saúde de mãe e recém-nascido, visto que é nesse momento que os mesmos estão mais susceptíveis a complicações (OMS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de intensas pesquisas e estudos vem publicando ao longo dos anos recomendações relacionadas à assistência obstétrica. Em sua publicação no ano de 2018, a OMS desenvolveu recomendações mais atualizadas para a condução do trabalho de parto e parto, orientando os profissionais de saúde para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Essas recomendações foram baseadas em evidências científicas concluídas através de estudos realizados no mundo todo, com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materna infantil qualificada, humanizada e segura (OMS, 2018).

A diretriz da OMS destaca a importância de uma assistência focada na mulher, com objetivo de otimizar a experiência do parto e nascimento para as mulheres e seus recém-nascidos através de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. Uma experiência de parto positiva inclui dar à luz a um bebê saudável em um ambiente seguro, com apoio prático e emocional clinicamente e psicologicamente, ou seja, ser acompanhado e assistido por uma equipe qualificada e que possua competências técnicas apropriadas (OMS, 2018).

OMS por sua vez, publicou um Protocolo de recomendações no ano de 2016 elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), com base nas recomendações da OMS publicada em anos anteriores, acerca das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Essas Diretrizes é um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do MS para a qualificação do modo de nascer no Brasil (BRASIL, 2016; 2017).

Este protocolo visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2016). Desta forma, objetivamos analisar o conhecimento das (os) enfermeiras (os) obstetra referente às boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

## **Metodologia**

Estudo de corte transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. O estudo transversal é útil para descrever variáveis e seus padrões de distribuição. Além disso, todas as medições são realizadas em um único momento, sem haver período de acompanhamento (POLIT; BECK, 2011). A abordagem quantitativa significa que as opiniões e informações podem ser traduzidas em números para serem classificadas e analisadas e requer o uso de técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM) que é um serviço de referência para 21 municípios que compõem a V Região de Saúde. A maternidade do referido Hospital presta assistência ao parto de baixo e médio risco desde o Pré-Parto (PP) até o pós-parto (PERNAMBUCO, 2021a), é campo da Rede Escola do SUS de Pernambuco como campo de estágio de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, além de ser unidade com dois programas de residência. Esse manuscrito baseou-se em um trabalho de conclusão da residência em Enfermagem Obstétrica que é desenvolvida no HRDM desde o ano de 2016 (PERNAMBUCO, 2021b).

Com o objetivo de quantificar a população de enfermeiras (os) obstetras foi realizado um levantamento de informações dos servidores através do setor de recursos humanos, verificando-se que nem todas as enfermeiras (os) do Berçário e Bloco obstétrico eram enfermeiros com titulação em obstetrícia e que alguns profissionais, mesmo com a titulação, não atuavam na assistência ao parto e nascimento.

Além das responsáveis pela sala de parto, também identificamos que estavam atuando na assistência ao parto e nascimento, nos plantões noturnos através de trocas, enfermeiras (os) obstetras de outros setores como o Alojamento Conjunto. A partir desta análise, e aplicando-se o critério de inclusão e exclusão, dentre a população de 28 enfermeiras (os) atuantes na maternidade, foram selecionadas dezenove (19) enfermeiras (os) obstetras, somando-se os da sala de parto com os dos outros setores que também possuem essa titulação e são plantonistas, mesmo que esporadicamente.

Foi realizada uma pesquisa documental nos livros de registro de parto normal dos profissionais de enfermagem presente no setor, a fim de identificar e registrar os procedimentos realizados na assistência ao parto. Também foi utilizado um questionário semiestruturado, contendo pontos relacionados aos perfis dos profissionais e com questões avaliativas relacionadas ao objeto de estudo. A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2019 e se sucedeu após as seguintes etapas:

1. Levantamento da quantidade de enfermeiras (os) a partir dos Recursos Humanos (RH) da instituição, e aplicando os critérios de inclusão;
2. Realizado teste piloto com dois profissionais enfermeiros (as) escolhidos (as) aleatoriamente com o intuito de verificar a adequação do instrumento de coleta de dados no que se refere à compreensão da população alvo, da linguagem utilizada e também a estrutura do questionário. Os referidos instrumentos foram inseridos na amostra total do estudo, visto que não houve nenhuma alteração no mesmo.

O questionário foi construído pela própria pesquisadora, com base nas recomendações da OMS. O ambiente de coleta aconteceu na maternidade do HRDM. Durante o preenchimento do questionário a pesquisadora permaneceu junto ao profissional esperando para receber o instrumento com o objetivo de evitar viés (os participantes responderam individualmente e não realizaram consultas). Vale salientar que a pesquisa não interferiu na rotina do serviço, pois ocorreu em paralelo aos intervalos assistenciais.

Para a mensuração geral do conhecimento dos profissionais avaliados foi construído um escore de conhecimento a partir das variáveis do questionário. Para cada item respondido de acordo com a recomendação da OMS foi atribuído um ponto para o escore de conhecimento. Após a pontuação, foi calculado o escore percentual de conhecimento através da soma da pontuação para cada variável de conhecimento respondida corretamente, dividida pelo número total de variáveis que avaliam o conhecimento, sendo este valor multiplicado por 100.

Para a análise, foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel a qual foi exportada para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para caracterizar o perfil pessoal, acadêmico e profissional das pessoas avaliadas, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Ainda, foram calculados os percentuais relativos às práticas recomendadas e não recomendadas segundo a OMS (2018) em relação às questões relacionadas às boas práticas na assistência ao parto e nascimento. A comparação dos percentuais foi feita pelo teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Ainda, foi construído o escore percentual de conhecimento das boas práticas na assistência. A normalidade do escore foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Uma vez indicada a normalidade do escore de conhecimento foram calculadas as estatísticas: média e desvio padrão. A comparação das médias entre os perfis dos profissionais foi feita pelo teste t de Student para amostras independentes e o teste da ANOVA. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Autarquia Educacional de Belo Jardim sob o CAAE: 18866719.5.0000.5189, conforme Resolução nº 466/12 da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foram garantidos todos os direitos, incluindo o sigilo e o pacto de confidencialidade entre as participantes de acordo com a acerca das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados e discussão

Os resultados desse estudo, assim como sua discussão são apresentados a seguir considerando duas etapas: uma envolvendo o perfil dos profissionais e outra o conhecimento pelos profissionais sobre as boas práticas recomendadas pela OMS na assistência ao parto e nascimento.

Na Tabela 1, é possível observar a distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados. Verifica-se que a maioria é do sexo feminino (89,5%), possui nenhum filho (31,6%) e está casado (68,4%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor menor que 0,05), exceto para o número de filhos (p-valor = 0,957), indicando que o número de profissionais que possui nenhum filho, possui um filho, dois filhos e três filhos ou mais, é semelhante.

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados.

Fator avaliado	n	%	p-valor
<b>Sexo</b>			
Feminino	17	89,5	0,001 <sup>1</sup>
Masculino	2	10,5	
<b>Número de filhos</b>			
Nenhum	6	31,6	0,957 <sup>2</sup>
1 filho	5	26,2	
2 filhos	4	21,1	
3 ou mais filhos	4	21,1	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	3	15,8	0,005 <sup>1</sup>
Casado	13	68,4	
Divorciado	3	15,8	

Fonte: Elaborada pelos autores. <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. <sup>2</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

Quanto à distribuição do perfil acadêmico dos profissionais avaliados (Tabela 2), verifica-se que a maioria se formou há no máximo 10 anos (79,0%), possui pós-graduação (84,2%), e concluir a especialização há no máximo 5 anos (63,2%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais frequente no grupo de profissionais avaliados.

*Tabela 2. Distribuição do perfil acadêmico dos profissionais avaliados.*

Fator avaliado	n	%	p-valor
<b>Tempo de formação acadêmica</b>			
Até 10 anos	15	79,0	<0,001 <sup>1</sup>
Acima de 10 a 20 anos	2	10,5	
Acima de 20 até 30 anos	2	10,5	
<b>Modalidade de especialização</b>			
Residência	3	15,8	0,003 <sup>1</sup>
Pós-graduação	16	84,2	
<b>Tempo de conclusão da especialização</b>			
Até 5 anos	12	63,2	0,008 <sup>1</sup>
Acima de 5 a 10 anos	6	31,6	
Acima de 10 a 20 anos	1	5,2	

Fonte: Elaborada pelos atores <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

A maioria dos profissionais analisados possui até 5 anos de atuação (68,4%); 89,5% possuem outro vínculo empregatício e afirmam ter conhecimento sobre as novas recomendações da OMS referente às boas práticas de assistência ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas (68,4%) (Tabela 3). O teste de comparação de proporção foi significativo apenas para o vínculo empregatício ( $p$ -valor = 0,001), indicando que o número de profissionais que atuam em dois trabalhos é relevantemente maior do que o número dos que trabalham em apenas um local. Para o tempo de atuação em obstetrícia e para o conhecimento sobre as normas, o teste de comparação de proporção não foi significativo ( $p$ -valor = 0,108), indicando que a distribuição dos profissionais em relação ao tempo de experiência é semelhante, assim como, o número de enfermeiros que têm e que não tem conhecimento sobre as novas recomendações.

*Tabela 3. Distribuição do perfil profissional.*

Fator avaliado	n	%	p-valor
<b>Anos de atuação em obstetrícia?</b>			
Até 5 anos	13	68,4	0,108 <sup>1</sup>
Acima de 5 anos	6	31,6	
<b>Possui outro vínculo empregatício?</b>			
Sim	17	89,5	0,001 <sup>1</sup>
Não	2	10,5	
<b>Você conhece as novas recomendações da OMS referente às boas práticas de assistência ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas?</b>			
Sim	13	68,4	0,108 <sup>1</sup>
Não	6	31,6	

Fonte: Elaborada pelos atores <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Segundo a distribuição de respostas dos profissionais acerca das questões relacionados às boas práticas na assistência ao parto e nascimento no 1º Período (Tabela 4), 2º Período (Tabelas 5) e 3º e 4º (Tabela 6), verifica-se que as questões que os profissionais apresentaram mais respostas de acordo com as práticas recomendadas pela OMS, foram: “Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães”; “A mulher deve ter liberdade para escolher a posição que quer parir” e “Os serviços de saúde devem permitir presença de acompanhante junto à parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto”. Por outro lado, as questões que os profissionais apresentaram menor conhecimento foram às relacionadas ao uso da clorexidina, o intervalo de tempo do exame vaginal e o uso de uterotônicos (57,9%, 63,2%, 63,2%, respectivamente). Nas demais questões, mais de 70% dos profissionais tinham conhecimento sobre as boas práticas.

O teste de comparação de proporção foi significativo em todas as perguntas avaliadas, exceto para as questões: “O exame vaginal deve ser realizado com intervalo de quantas horas” (p-valor = 0,251); “É indicado o uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) durante o terceiro estágio” (p-valor = 0,251) e “A limpeza vaginal com clorexidina é recomendado durante o parto para prevenir infecção” (p-valor = 0,491), indicando que para estas questões o número de profissionais que responderam de acordo ou não, com as recomendações da OMS, foi semelhante. Para as demais perguntas do questionário, o teste de comparação de proporção foi significativo (p-valor menor que 0,05), indicando que o número de respostas de acordo com as recomendações é relevantemente maior do que o número de não recomendadas.

*Tabela 4. Distribuição de respostas dos profissionais acerca das questões relacionadas às boas práticas na assistência ao parto e nascimento no 1º Período.*

Pergunta avaliada	Práticas		p-valor <sup>1</sup>
	Recomendadas	Não Recomendadas	
P1. Os serviços de saúde devem permitir a presença de acompanhante junto à parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	19 (100,0%)	0,0 (0,0%)	-
P2. O exame vaginal deve ser realizado com intervalo de quantas horas?	12 (63,2%)	7 (36,8%)	0,251
P3. É recomendada a tricotomia ou depilação da região púbica e perineal antes do parto vaginal?	16 (84,2%)	3 (15,8%)	0,003
P4. Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto é recomendada?	18 (94,7%)	1 (5,3%)	<0,001
P5. Amniotomia precoce é recomendada para prevenção de trabalho de parto prolongado?	16 (84,2%)	3 (15,8%)	0,003
P6. A limpeza vaginal com clorexidina é recomendada durante o parto para prevenir infecção?	11 (57,9%)	8 (42,1%)	0,491

Fonte: Elaborada pelos autores <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na análise específica dos itens avaliados do primeiro período do parto, 100% dos profissionais responderam de acordo com as boas práticas, prevalecendo em comparação às respostas relacionadas às práticas não recomendadas, obtendo em sua maioria, um resultado significativo.

Na avaliação sobre a presença de acompanhante junto à parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, todos os profissionais responderam que as mulheres tinham direito a um acompanhante. Resultado que converge com um estudo que refere que quando os profissionais foram questionados acerca desta recomendação, todos os profissionais apresentaram conhecimento (PEREIRA et al., 2018).

O exame vaginal tem o objetivo de explorar o colo do útero, quanto ao apagamento, dilatação, orientação e consistência, a bolsa das águas e a apresentação (posição, variedade, altura e proporcionalidade à bacia), quando pertinente (MONTENEGRO, 2017). No item relacionado ao intervalo de tempo que deve ser realizado o exame vaginal, o resultado não foi significativo, evidenciando que muitos profissionais não consideraram o intervalo de 4 horas como correto.

Em relação à prática da tricotomia antes do parto vaginal, a mesma não é recomendada, visto que não existem evidências científicas que justifiquem esta ação. A grande maioria dos profissionais respondeu de forma correta, apresentando resultado significativo. Na análise de um estudo, foi observado que a presença da Enfermagem Obstétrica na instituição associou-se a não realização da tricotomia, quando comparado a instituições que não possuíam a Enfermagem Obstétrica (SILVA et al., 2019).

A ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco é recomendado pela OMS. Na análise deste estudo, a maioria respondeu de acordo com as recomendações, sendo significativo. Um estudo já citado anteriormente obteve resultado bastante insatisfatório que não chegou nem a 30% de acertos dos profissionais, mesmo em mulheres de risco habitual (LEAL et al., 2014).

O jejum imposto por profissionais pode causar uma progressão de TP insatisfatória gerando intervenções desnecessárias. No processo de parturição, o corpo da mulher gasta muita energia, sendo comparado ao exercício físico moderado contínuo. Portanto, a oferta de líquidos e alimentos por via oral à parturiente, é recomendada, visto que além de não interferir no desenvolvimento do TP e do parto, pode ser benéfica (SILVA et al., 2019).

A amniotomia está inclusa nas práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto, realizadas com o objetivo de prevenir o trabalho de parto prolongado. No entanto, sabe-se que não é recomendada, visto que não encontra respaldo em estudos. Mais da metade dos profissionais consideraram a prática da amniotomia incorreta, sendo significativo, divergindo de um estudo que trata deste item, no qual o número de enfermeiras com conhecimento apropriado e inapropriado acerca amniotomia foram semelhantes, e o resultado não foi significativo. Não há evidências claras de que os benefícios potenciais superam os danos potenciais (SILVA et al., 2019; BRASIL, 2017).

Sabe-se que a limpeza vaginal com clorexidina não é recomendada durante o parto para prevenir infecção, no entanto apenas 57,9% concordaram com esta restrição, não sendo significativo. Em uma revisão da Cochrane do ano de 2014 que tratou dessa temática, teve como resultado que a degermação vaginal com clorexidina não está associada a nenhuma redução significativa de infecção precoce por estreptococo do grupo B (SGB). A mesma reduz a carga bacteriana, mas não há demonstração de redução de doenças por SGB em recém-nascidos.

Tabela 5. Distribuição de respostas dos profissionais acerca das questões relacionadas às boas práticas na assistência ao parto e nascimento no 2º Período.

Pergunta avaliada	Práticas		p-valor <sup>1</sup>
	Recomendadas	Não Recomendadas	
P7.A episiotomia de rotina é recomendada?	17 (89,5%)	2 (10,5%)	0,001
P8.A mulher deve ter liberdade para escolher a posição que quer parir?	19 (100%)	0,0 (0,0%)	-
P9.É recomendado o estímulo ao puxo quando a dilatação está quase completa ou completa?	15 (78,9%)	4 (21,1%)	0,012
P10.Aplicar pressão uterina deve ser realizado para facilitar a saída durante o segundo período?	18 (94,7%)	1 (5,3%)	<0,001

Fonte: Elaborada pelos atutores <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

A Tabela 5 apresenta as respostas dos profissionais às questões voltadas para o segundo período do parto como a episiotomia, que está inclusa nas questões referente ao segundo período do parto. A mesma começou a fazer parte da obstetrícia desde o início do século passado com o objetivo principalmente de reduzir possível laceração natural do períneo, o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o RN do trauma durante o parto. Os profissionais começaram a incorporar esta prática à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado (LEAL et al., 2014). Neste item, quase 90% dos profissionais obtiveram bom conhecimento de maneira significativa, quando referiram que a episiotomia de rotina não é recomendada.

A liberdade de posição para parir é uma prática recomendada pela OMS e também foi publicada pelo MS. Existem algumas posições que podem ser estimuladas pela equipe, no entanto, a parturiente tem o direito de escolher a posição que considerar mais confortável. 100% dos enfermeiros obtiveram respostas adequadas de acordo com as recomendações, quando referiram que a mulher tem a liberdade de posição para parir. Um estudo que avaliou as boas práticas de atenção ao parto em uma maternidade no Distrito Federal apresentou resultado semelhante no que diz respeito a este item, pois 100% dos profissionais consideraram esta prática vantajosa neste período e além disso favoreceram esta prática (CARVALHO et al., 2019).

Os conhecimentos dos enfermeiros referentes ao estímulo do puxo, a aplicação da pressão uterina, a massagem uterina na prevenção do HPP e a profilaxia antibiótica de rotina em partos vaginais não complicados, foi considerado correto, visto que concordam com a não recomendação da OMS. No entanto, apenas no que se refere a aplicação da pressão uterina e a profilaxia antibiótica de rotina em partos vaginais não complicados apresentaram resultado significativo.

A taxa de aplicação da pressão uterina ainda foi alta em um estudo realizado em uma maternidade no Rio de Janeiro. No entanto, o mesmo estudo ressaltou que estudos analisados não conseguiram demonstrar os benefícios desta prática, tendo uma forte recomendação de evitá-la como uso rotineiro (LEAL et al., 2014).

Tabela 6. Distribuição de respostas dos profissionais acerca das questões relacionadas às boas práticas na assistência ao parto e nascimento no 3º e 4º Períodos.

Pergunta avaliada	Práticas		p-valor <sup>1</sup>
	Recomendadas	Não Recomendadas	
P11.A massagem uterina é recomendada como uma intervenção para prevenir a Hemorragia Pós-Parto (HPP) em mulheres que receberam ocitocina profilática?	15 (78,9%)	4 (21,1%)	0,012
P12.A profilaxia antibiótica de rotina é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado?	18 (94,7%)	1 (5,3%)	<0,001
P13.É indicado o uso de uterotônicos para a prevenção da HPP durante o terceiro estágio?	12% (63,2%)	7 (36,8%)	0,251
P14.É recomendado o clampeamento precoce do cordão umbilical?	15 (78,9%)	4 (21,1%)	0,012
P15.Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães?	19 (100,0%)	0,0 (0,0%)	-

Fonte: Elaborada pelos atores <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

A tabela 6 demonstra questões relacionadas às boas práticas na assistência ao parto e nascimento no 3º e 4º períodos. Quanto à massagem uterina, a mesma não é recomendada como uma intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. Há uma falta de evidências sobre o papel da massagem uterina na prevenção da HPP quando drogas uterotônicas não são utilizadas, ou se uma droga uterotônica diferente da ocitocina é utilizada. Dois ensaios clínicos randomizados compararam a massagem uterina isoladamente ou em adição aos uterotônicos antes ou após o parto da placenta, ou ambos, com não-massagem, e tiveram como resultados que um pequeno ensaio encontrou evidências de perda sanguínea reduzida com massagem uterina após o parto placentário. No entanto, no geral, os ensaios não fornecem provas convincentes da eficácia da massagem uterina. Já a avaliação do tônus uterinos continua a ser uma parte crucial dos cuidados imediatos pós-parto, particularmente, para a otimização do diagnóstico precoce da HPP (HOFMEYR et al., 2014).

No item referente ao uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto durante o terceiro estágio, o percentual de respostas de acordo com as recomendações da OMS, não foi significativo, visto que muitos profissionais do total avaliado consideraram que o uso da ocitocina pós-parto não é recomendada. No entanto, além de haver tal recomendação, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão (BRASIL, 2017).

Quanto ao clampeamento do cordão umbilical, um percentual alto dos enfermeiros obteve conhecimento positivo em relação às novas recomendações, pois a maioria discordou com a questão avaliada. No entanto, o resultado não foi significativo. A OMS recomenda retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) para melhores resultados na saúde e nutrição materna e infantil (VEIN, 2015; OMS, 2018).

Em relação ao contato pele a pele dos RNs com suas mães após partos não complicados, é recomendado e deve ser estimulado logo após o parto. 100% dos profissionais responderam corretamente. Esta prática é realmente recomendada pela OMS, onde os profissionais devem estimular as mulheres a ter esse contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento e ter conhecimento acerca das vantagens desta prática. Dentre outros benefícios, o contato pele a pele promove o estímulo à amamentação, acalma o bebê, diminui o estresse materno e alívio da dor (BRASIL, 2017).

## Considerações finais

A Resolução COFEN Nº 516/2016 normatiza a atuação do enfermeiro obstetra na assistência à mulher desde o período gravídico ao puerperal e ao recém-nascido. O mesmo possui formação específica e autonomia com o objetivo de promover uma assistência baseada nas melhores evidências, proporcionando uma assistência humana, resgatando o protagonismo da mulher e visando a redução dos números de cesarianas. Na análise geral, os profissionais obtiveram uma média elevada de conhecimento das práticas recomendadas na assistência ao parto e nascimento segundo a OMS.

No entanto, percebe-se que alguns profissionais seguem em descontra com os objetivos citados, pois ainda não utilizam as práticas recomendadas e, como consequência, realizam práticas desnecessárias que comprometem a assistência prestada. Nas temáticas individuais relacionadas à utilização da clorexidina para limpeza vaginal visando a prevenção da infecção, sobre o exame vaginal e o uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto HPP os enfermeiros obtiveram conhecimento baixo em relação ao que é recomendado, com um número considerável de profissionais que não utilizam as boas práticas, evidenciando a importância de atualização destes profissionais.

Esta pesquisa é a primeira realizada na maternidade do HRDM sobre esta temática, e os resultados encontrados fornecem importantes informações para a tomada de decisão das ações de educação permanente que poderão contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao parto e nascimento.

## Referências bibliográficas

BARROS, Thais Cordeiro Xavier de; *et al.* Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev Enferm UFPE** online., Recife - PE, 12(2):554-8, fev., 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-966579>. Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000** - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS–CONITEC**. Relatório de recomendação. Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 16 jun. 2021.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; *et al.* Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6):2135-2145, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjY36fR5cTmZw44PmXvHgyc/?lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2021.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes; et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo – SP; 26: e 2988, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6wqzGK8b3B6MPTX4ZpfhZfq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2021.

FILHO, Jorge R.; MONTENEGRO, Carlos A, B. **Rezende Obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

HOFMEYR Justus G.; MSHWESHWE, Nolundi, T.; GÛLMEZOGLU, Ahmet Metin. **Controlled cord traction for the third stage of labour**. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro - RJ, 30 Sup:S17-S47, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDcCwvmPqTw9gTWFgGd/?lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2021.

VAIN, Néstor E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampamento do cordão umbilical: será que realmente importa?. **Revista Paulista de Pediatria** [online]. 2015, v. 33, n. 3, pp. 258-259. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.06.001>. Acesso em: 09 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva**. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancy-experience-summary/pt/>. Acesso em: 09 jul. 2021.

POLIT, Denise. F.; *et al.* Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: **ArtMed**; 2011.

PEREIRA, Simone Barbosa; *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Florianópolis-SC. 71(suppl3):1393-9; 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

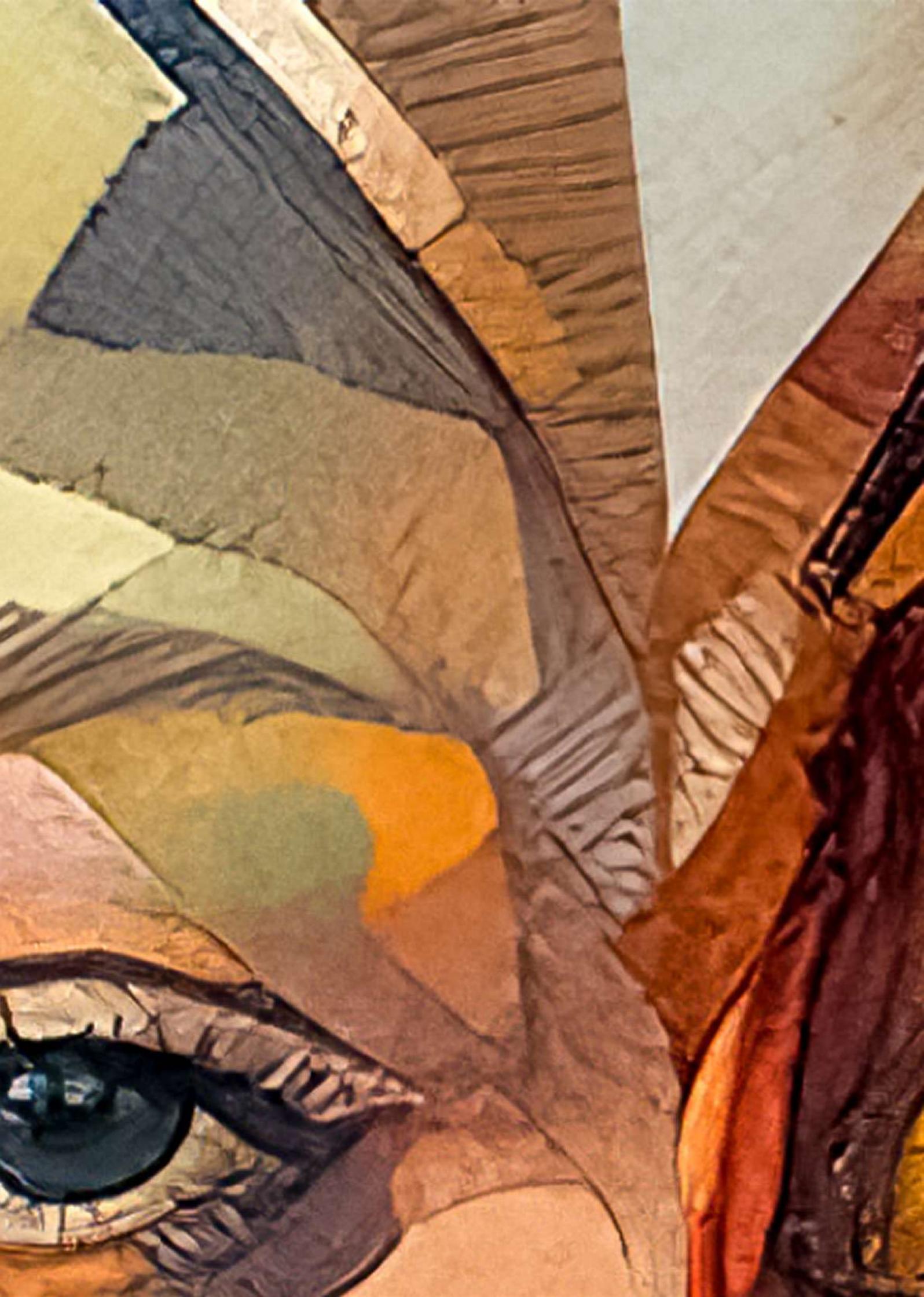
PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Hospital Regional Dom Moura**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/idades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-regional-dom-moura>. Acesso em: 09 jul. 2021.a

PERNAMBUCO. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. **Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica**. Disponível em: <https://ead.saude.pe.gov.br/enrol/index.php?id=148>. Acesso em: 09 jul. 2021.b

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed., Novo Hamburgo/RS: Universidade FEEVALE, 2013.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues da; et al. Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Bras Enferm.**;72(Suppl 3):245-53,2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QBjS8dRrvrktyL56GGhZyYc/?lang=pt>. Acesso em: 09 jul. 2021.

SILVA, Thayná Champe da; et al. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. **Biblioteca Lascasas**. Santa Maria – RS, 12(1); 2016. . Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0886.php>. Acesso em: 09 jul. 2021.



# A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL DA XI REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: REFLEXÕES PARA A GARANTIA DE DIREITOS NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

*Maria Simone Mourato de Oliveira  
João Antônio Bezerra Magalhães Antunes  
Karla Millene Sousa Lima Cantarelli*

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressaltam as expressões da questão social, ao apontar no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990).

De acordo com o conceito definido pela OMS “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela referida Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso, a universalização das ações, a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS,2010).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

No que se refere a políticas públicas para atenção à saúde materno e infantil houve um grande avanço quando foi instituída a Rede Cegonha (RC), através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A Rede Cegonha 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 (BRASIL, 2011).

O período de 1930 a 1945 caracteriza o surgimento do Serviço Social no Brasil, mas sua expansão no país ocorreu a partir de 45. Nessa década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais. A influência norte americana na profissão substituiu a europeia. Em 1948 o novo conceito de saúde da OMS enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a outros profissionais para atuar no setor, entres eles o Assistente Social. (BRAVO, MATOS, 2009).

Conforme descreve Bravo

“o assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários ao serviço e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias” (Bravo, 2009, p.29).

No que se refere as principais atribuições e competências do Assistente Social na Saúde, considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas essenciais para o trabalho do assistente social na saúde.

O profissional de Serviço Social tem como objetivo a efetivação do Projeto Ético-Político da profissão e é importante saber que o projeto de Reforma Sanitária está vinculado ao mesmo. A garantia da participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas, a participação em projetos de educação permanente e a assessoria aos movimentos sociais e conselhos fortalecendo a participação dos sujeitos sociais colaborando no processo de democratização das políticas sociais, aumentando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, pretendendo aprofundar os direitos conquistados também são atribuições dos assistentes sociais atuantes na saúde (CFESS, 2009 ).

No processo de trabalho coletivo em saúde, o assistente social, pautado na lógica dos direitos e da cidadania, a organização do seu trabalho “abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos” (Mioto, Nogueira, 2009, p. 282)

O Assistente Social deve guiar-se pelo Código de Ética e pela Lei de Regulamentação da profissão, respeitando e implementando as atribuições e competências dos mesmos nos ambientes de trabalho na saúde.

O objetivo deste texto é relatar o papel do serviço social em uma instituição de atenção à saúde materno-infantil no estado do Pernambuco.

### **Relato da experiência**

Este é um relato de experiência desenvolvido ao longo do mês de junho de 2021. Foi realizado por uma profissional Assistente Social, formada há 10 anos, pela Universidade Católica de Pernambuco. O relato vem da experiência em uma unidade hospitalar da XI Regional de Saúde de Pernambuco. O Serviço Social tem se consolidado nesta instituição desde julho de 1989, o qual iniciou apenas com uma Assistente Social que ficou mais de 10 anos atuando só na unidade. Atualmente, esta unidade

possui sete assistentes sociais, que vêm desenvolvendo um serviço na perspectiva da garantia de direitos. Tendo em vista que o campo da saúde foi uma das primeiras áreas de atuação do assistente social desde sua origem, o Serviço Social é reconhecido nesta instituição.

Nestes cinco anos de trabalho na Instituição é perceptível a evolução do atendimento na linha de cuidado mãe bebê. Durante as visitas, atendimentos e orientações, percebemos o quanto as gestantes e acompanhantes registram uma percepção positiva do atendimento na unidade por parte da equipe.

O Serviço Social do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM) na linha de cuidado mãe bebê trabalha como um mediador na relação entre instituição, família, usuário e município, tendo por objetivo fundamental garantir que a gestante tenha seus direitos efetivados de forma humanizada, cumprindo os princípios do projeto ético e político da profissão.

O Assistente Social na atenção materno e infantil contribui para a humanização da assistência, acolhendo a gestante ou puérpera, ouvindo as experiências de vida, articulando as redes de serviços, compreendendo as histórias de vida e acompanhando as usuárias/familiares em todas as etapas do tratamento, inclusive em situação de óbito.

A atuação é sempre voltada a qualidade dos serviços prestados, dependo da demanda é realizada avaliação socioeconômica, encaminhamentos, informa, orienta, requisita e monitora os direitos sociais, de cidadania e específicos. Estimula a participação da família e identificação do cuidador. As intervenções são realizadas de forma individual, familiar e em equipe, dependendo da situação específica.

No HOSPAM o assistente social tem desenvolvido o seu trabalho na luta e na perspectiva de defesa do direito social, mesmo reconhecendo a complexidade que é garantir o direito na sua integralidade, uma vez que o processo saúde-doença transcende da perspectiva do adoecimento físico, pois este, exige um conceito mais amplo e totalizador da saúde. Assim, a partir do reconhecimento dos determinantes econômicos e sociais se dá o trabalho do assistente social.

O serviço social na linha de cuidado mãe-bebe se dá nesta unidade desde as visitas aos leitos para orientações sobre normas e rotinas hospitalares, orientações sobre a importância do aleitamento materno e orientações sobre direitos aos benefícios. O trabalho do Assistente Social é muito relevante tendo em vista o profissional estar atento as necessidades da usuária interna na unidade, também orientamos e garantimos a regularização da lei do acompanhante, mesmo que para isso alguns técnicos ainda não compreendam a importância do companheiro é a preferência na usuária para permanecer com ela durante todo processo. Durante as visitas que são feitas regularmente em cada plantão recebo relatos das usuárias da unidade ter melhorado muito na questão do atendimento, elas se sentem bem acolhidas e sentem segurança da equipe. Quando são identificadas algumas demandas que a usuária precise de um acompanhamento da rede o serviço social aciona a cidade de referência e são feitos os encaminhamentos necessários. Ao longo do mês de junho de 2021, foram feitas visitas no alojamento conjunto da maternidade do hospital, a 14 mulheres (Quadro 1).

O perfil das usuárias atendidas no setor de obstetrícia no HOSPAM é de mulheres gestantes com faixa etária de 14 e 37 anos, provenientes de Serra Talhada e outros municípios de abrangência da XI Regional de Saúde, são 10 cidades. Ainda tivemos mulheres de outras regionais, oriundas do município de Jatobá. O HOSPAM conta com um sistema de alojamento conjunto, onde o bebê permanece com a mulher desde o nascimento, o que oferece a vinculação entre ambos e familiares.

A maioria das mulheres são pardas, vivem em situação de vulnerabilidade social, são beneficiárias do Programa Bolsa Família e vivem da agricultura. Para a maioria era o primeiro bebê, tinha o ensino médio. No que se refere ao parto houveram sete partos via cirurgia cesariana, seis vaginais e uma estava aguardando o parto por via vaginal. O atendimento social se deu através das visitas ao leito para acolhimento, orientações de forma com que a usuária se sinta valorizada dentro da instituição. Durante as visitas, a Assistente Social sempre pergunta como foi o atendimento e se a família tem necessidade de alguma coisa e faz as orientações acerca dos benefícios e oportunizando um espaço de informação, discussão, e reflexão das situações vivenciadas e identificadas, buscamos novas e as melhores formas de enfrentamento da situação apresentada, através do fortalecimento da mulher e de sua cidadania como compromisso de assegurar seus direitos sociais. O atendimento se dá na sala do Serviço Social ou na própria enfermaria, na qual a usuária encontra-se internada, priorizando a garantia da privacidade dos sujeitos atendidos. Os registros do atendimento se dão no prontuário da usuária. As ações são respaldadas de conhecimento sobre as leis, normas e portarias que subsidiam a prática, bem como pautada no Código de Ética da Profissão e Parâmetros de atuação do Serviço Social na Saúde.

Durante as visitas as mulheres avaliaram que o atendimento foi muito bom, temos algumas falas que retratam esse atendimento ter melhorado ao longo desses anos dentre os relatos tivemos: “Na hora do parto foi bom” sic; “Foi ótimo, gostei bastante, até parecia uma clínica particular, eu estava com 40 semanas, tentei normal, mas não teve dilatação e eu pedi a cesárea depois da tentativa” sic; “Estou sendo bem atendida” sic. “Foi bom com a Enfermeira foi tudo perfeito, elas ajeitam a gente bem” sic. “Eu achei bom, não vou dizer que é ruim se não foi” sic. “Até agora tudo tá maravilha” sic.

O Serviço Social tem um papel de destaque no HOSPAM, pois além do acolhimento com a gestante, apoio e orientações sobre os seus direitos. São realizados acolhimentos dos acompanhantes, escuta, orientações, contato com municípios para viabilização de ambulâncias após alta e em determinados casos fazemos contato com a rede para acompanhar a puérpera e família devido as demandas trazidas durante o acolhimento na unidade. Tem situações que demandam encaminhamentos para a Unidade de Saúde da Família – USF, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social -CREAS, Conselho Tutelar, Centro de Atendimento a Mulher – CEAM e Ministério Público.

No que se refere as dificuldades do Serviço Social na Instituição está mais ligado a questão da rede de cuidados fora do HOSPAM, nos encaminhamentos que são realizados, falta a contra referência, muitas vezes a Assistente Social precisa realizar contatos com a rede lembrando dos encaminhamentos que foram feitos.

O serviço social tem a preocupação com a usuária gestante não só durante o período de internamento. O Serviço Social, assim como os demais profissionais, trabalha seguindo sua regulamentação e princípios éticos que regem a profissão, trabalhamos de forma organizada e integrada com as outras profissões, prestando apoio na resolutividade e no enfrentamento da questão social que são expressas no cotidiano da equipe. Nosso papel fundamental é garantir o acesso a informação, “o Conhecimento é libertador” Paulo Freire. E trabalhamos nessa perspectiva de que a gestante e acompanhantes tenham o máximo de conhecimento acerca de seus direitos, mas para garantir o direito não só enquanto está internada na unidade, mas quando ela sair saiba buscar e ter acesso aos seus direitos.

Quadro 1: Perfil das mulheres atendidas pelo serviço social em junho de 2021.

	Idade	Tipo de parto	Estado civil	Raça/cor	Escolaridade	Renda
Mulher 1	20 anos	1º bebê Cesárea	Solteira	Branca	Graduanda em enfermagem	R\$ 300,00 renda da genitora fazendo faxina.
Mulher 2	31 anos	2º filho cesárea	Casada	Parda	Ensino médio completo	Bolsa Família
Mulher 3	34 anos	3º filho Cesárea	Casada	Parda	Ensino médio	4 salário mínimo
Mulher 4	22 anos	2º bebê normal	União estável	Parda	3º ano ensino médio (incompleto)	Esposo faz carvão, vivem do bolsa família
Mulher 5	33 anos	1º bebê Cesária	União estável	Parda	Ensino médio	
Mulher 6	19 anos	1º bebê Normal	Solteira	Parda	Ensino médio	R\$ 300,00 Bolsa Família
Mulher 7	18 anos	1º bebê Cesárea	Tem companheiro	Branca	Ensino médio	R\$ 830,00
Mulher 8	25 anos	3º filho Cesárea	Casada	Preta	Ensino superior incompleto -Letras	1 Salario mínimo
Mulher 9	37 anos	3ª filho e feito o parto e laqueadura em outro hospital. Chegou na unidade há uma semana devido a pressão alta	Casada	Branca	8ª série	R\$ 500,00
Mulher 10	24 anos	Gestante 39 semanas – aguardando (1º bebe)	Casada	Indígena	Ensino médio completo	1 SM (trabalha na escola )
Mulher 11	29 anos	2 filho parto normal	Casada	Parda	1º ano – Ensino médio	Agricultura e bolsa família R\$ 244,00
Mulher 12	36 anos	3º filho cesárea	Casada	Branca	3º série – ensino fundamental	Agricultura + Bolsa família R\$ 250,00 (Zona Rural)
Mulher 13	21 anos	Aguardando cesárea - 38 Ssemanas(Marcada pelo médico)	União estável	Parda	3º ano – ensino fundamental	R\$ 150,00 Vivem da agricultura
Mulher 14	23 anos	4º bebe Normal	Solteira	Parda		Bolsa família

## Conclusão

O papel do Serviço Social nesta unidade é de grande relevância, tendo em vista a necessidade das gestantes conhecerem seus direitos, nessa perspectiva o profissional trabalha em um processo de sensibilização dos direitos da gestante, trazendo a lei como referência.

O trabalho profissional qualificado é o compromisso de cada dia da Assistente Social no HOSPAM, pois como bem destaca Critelli (2006, p. 2), é fonte de sentido para a vida humana, organiza nossa vida diária. Define o tempo e a história humana [...] O trabalho nos revela para os outros e para nós mesmos. Por meio dele construímos nossa identidade. A partir dele descobrimos habilidades, poderes, limites, competências, alegrias, tristezas. Criamos vínculos com as pessoas, com os ambientes, com a cidade e a nação. O trabalho é o lugar privilegiado onde descobrimos, inclusive, para que viemos e o que nos compete cuidar nesta vida.

O Serviço Social tem um papel de grande relevância na instituição ao longo dos anos, percebemos o quanto a equipe de enfermagem, obstetra e pediatra da unidade tem valorizado e solicita para intervenções diversas. O assistente social trabalha na mediação de conflitos e está sempre atento às necessidades das gestantes e RN.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em 01 de junho de 2021, 12hs.
- 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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso 01 de junho de 2021, 13:13.
- BRAVO, M.I.S. Saúde e Serviço Social. Cortez, 4ª edição. Rio de Janeiro. 2009.
- BRAVO, M.I.S. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. Cortez, 3ª edição. São Paulo. 2010.
- CONSELHO Federal de Serviço Social. Código de ética do assistente social Brasília: CFESS, 2011.
- CONSELHO Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso 01 de junho de 2021, às 13:57.
- CRITELLI, D. O trabalho e o sentido da vida. Folha de S. Paulo São Paulo, 2 mar. 2006. Folhaequilíbrio, p. 2.
- MARTINELLI, M.L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso dia 27 de julho de 2021, às 15:14.
- MOTA, A. E. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Cortez, 4ª edição. Brasília. 2009.
- PAZ, W. D. R.; BRITO, S.M.R.C. **Atuação do serviço social no processo de sensibilização das gestantes sobre seus direitos na saúde em Francisco Ayres (PI)**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13315/1/TCC--Agua%20Branca%20-3.pdf>. Acesso dia 29 de junho de 2021, às 11:20.



# ÍNDICE REMISSIVO

## A

---

### Acolhimento

11, 16, 35, 36, 37, 38, 39, 45, 76, 78, 92, 102, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 122, 123, 125, 129, 130, 132, 148, 149, 157, 191, 192, 204, 214

### Alta Hospitalar

11, 16, 77, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 158

### Alto Risco

22, 23, 28, 32, 34, 36, 44, 45, 48, 66, 72, 82, 94, 103, 146, 147, 156, 158, 198

### Assistência ao Nascimento

11, 17, 145, 146, 148, 154

### Assistência ao Parto

12, 17, 39, 42, 44, 45, 50, 54, 57, 67, 69, 70, 86, 95, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 151, 155, 160, 162, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187

### Atenção Materno-Infantil

10, 15, 17, 34, 44, 45, 60, 106, 147

### Atenção Obstétrica

10, 15, 20, 27, 29, 32, 33, 160

### Atenção Primária à Saúde

11, 48, 66, 100, 107, 111, 117, 118, 119, 130, 140, 204

### Atenção à Mulher

66, 68, 106, 123, 145

## B

---

### Boas Práticas na Assistência

12, 17, 148, 151, 177, 178, 180, 182, 184, 185

## C

---

### Centro Obstétrico

72, 146

### Centro de Parto Normal

12, 17, 153, 154, 155, 156, 157, 160

### Cesárea

45, 46, 47, 50, 51, 52, 60, 62, 63, 67, 157, 192, 193, 204

### Ciclo gravídico puerperal

101, 132

### Clínica

35, 40, 50, 54, 83, 115, 116, 117, 118, 126, 128, 164, 192, 199, 204

### Cobertura

47, 48, 66, 69, 79, 82, 153

### Comunicação

18, 25, 33, 36, 38, 39, 41, 42, 78, 100, 102, 106, 121, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 156, 171, 204, 214

### Continuidade do Cuidado

38, 76, 77, 78, 107, 123

### Contrarreferência

11, 16, 17, 38, 77, 78, 90, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 156

### Covid-19

7, 16, 21, 24, 27, 32, 69, 79, 83, 84, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 102

### Cuidado

3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 50, 53, 54, 60, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 95, 96, 100, 101, 102, 105, 106, 107, 111, 113, 114, 115, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 139, 142, 143, 146, 147, 148, 150, 151, 153, 154, 155, 159, 160, 173, 177, 189, 191, 205, 206, 214

## D

---

### Desenvolvimento Infantil

205

### Desigualdade

52, 56, 57, 66, 68, 69, 146, 189, 205, 214

### Dimensionamento de Força de Trabalho

21, 25

## Direito

8, 12, 17, 28, 39, 44, 45, 54, 59, 68, 69, 82, 83, 95, 112, 114, 115, 118, 119, 122, 124, 145, 150, 162, 164, 177, 178, 180, 183, 184, 189, 190, 191, 192, 194, 214

## E

---

### Educação Permanente

14, 16, 17, 18, 20, 28, 33, 38, 40, 73, 76, 78, 79, 93, 141, 150, 156, 159, 186, 190, 205

### Educação em Saúde

6, 8, 11, 14, 16, 28, 29, 39, 40, 82, 83, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 150, 199, 201, 205

### Enfermagem Obstétrica

11, 17, 67, 85, 91, 94, 100, 103, 107, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 148, 151, 155, 163, 179, 183, 187, 199, 200, 201, 202, 205

### Enfermeiro Obstetra

17, 35, 133, 145, 149, 189

### Equidade

85, 94, 121, 164, 189, 205, 214

### Equipes

16, 18, 26, 28, 29, 33, 34, 48, 75, 76, 77, 78, 82, 86, 102, 121, 130, 149, 150, 171

### Estratégia de Saúde da Família

66, 205

## F

---

### Formação-Intervenção

7, 10, 15, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 33, 36, 73, 75, 77, 107

## G

---

### Gestante

11, 16, 28, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 45, 46, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 70, 76, 78, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 106, 107, 119, 128, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 191, 192, 193, 194, 205

## Gestores

8, 15, 16, 20, 21, 24, 28, 30, 39, 41, 45, 72, 76, 78, 79, 84, 85, 86, 101, 103, 111, 114, 116, 118, 129, 163, 178

## Gestão do Trabalho e Educação

7, 14, 18, 146, 198, 199, 200, 201

## H

---

### Hospital

5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 50, 51, 55, 60, 62, 63, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 118, 145, 146, 147, 149, 151, 153, 154, 155, 156, 158, 160, 164, 177, 179, 187, 189, 190, 191, 193, 194, 198, 199, 201, 202, 210, 211, 212, 213

### Humanização

12, 17, 18, 50, 82, 90, 102, 109, 114, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 132, 139, 141, 143, 148, 153, 156, 159, 160, 163, 164, 165, 173, 174, 175, 177, 186, 191, 206, 207, 214

## I

---

### Indicadores

10, 15, 21, 24, 25, 26, 33, 38, 39, 44, 45, 54, 55, 57, 59, 60, 66, 67, 68, 69, 78, 91, 106, 132, 145, 146, 154, 164, 189

### Infantil

10, 12, 14, 15, 17, 34, 44, 45, 53, 54, 55, 59, 60, 64, 65, 66, 68, 69, 77, 82, 83, 84, 85, 91, 101, 106, 107, 109, 114, 138, 143, 145, 146, 147, 150, 154, 164, 174, 177, 178, 185, 189, 190, 191, 200, 205, 208, 212

### Integralidade

7, 14, 15, 16, 20, 38, 42, 102, 109, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 130, 164, 189, 191, 206, 214

### Intercorrência

53, 72, 77, 82, 105, 154, 155, 173

### Internação

35, 50, 72, 76, 77, 78, 102, 104

## L

---

### Linha de Cuidado Mãe-Bebê

15, 26, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 76

### Linha de Cuidado

15, 17, 26, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 146, 148, 150, 156, 191

## M

---

### Macrorregião

29, 60, 62, 63, 64, 65, 72, 77, 83, 103

### Maternidade

7, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 37, 39, 45, 51, 52, 56, 66, 67, 70, 72, 73, 74, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 100, 102, 103, 107, 142, 143, 146, 147, 153, 156, 159, 160, 167, 173, 177, 179, 184, 186, 191

### Migrante

11, 16, 16, 111, 111, 112, 112, 113, 113, 114, 114, 115, 115, 116, 116, 117, 117, 118, 118, 119, 119, 206, 206, 212, 212

### Ministério da Saúde

26, 27, 30, 42, 44, 45, 55, 56, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 76, 78, 80, 82, 86, 95, 100, 106, 107, 114, 117, 118, 121, 129, 130, 132, 142, 156, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 173, 174, 175, 177, 186, 194, 199

### Modelos de Atenção

16, 116

### Morbimortalidade Materna

50, 53, 54, 59, 100, 101, 105, 106, 109, 177

### Mortalidade

15, 26, 39, 44, 45, 46, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 82, 93, 95, 96, 100, 101, 105, 106, 107, 109, 132, 145, 146, 153, 154, 173, 177, 178, 206

### Mulher

3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 26, 28, 29, 32, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 91, 92, 95, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118,

119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 138, 139, 141, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 162, 164, 165, 170, 172, 173, 174, 177, 178, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 192, 193, 194, 200, 206, 207, 211, 212, 213, 214

## N

---

### Neonatal

10, 15, 20, 22, 27, 29, 32, 33, 44, 46, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 82, 132, 160, 201, 207

### Neonatal precoce

15, 20, 27, 33, 46, 53, 54, 60, 64, 65, 66, 68

## O

---

### Obstetra

11, 12, 17, 32, 35, 36, 70, 85, 93, 103, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 145, 146, 147, 148, 151, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 169, 177, 178, 179, 186, 194, 198, 199, 200, 201, 202, 210, 211, 212, 213

### Organização Mundial da Saúde

79, 80, 107, 148, 162, 178, 187

## P

---

### Pandemia

7, 11, 16, 21, 24, 27, 32, 69, 79, 82, 83, 84, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 102, 119, 207

### Parto Normal,

12, 17, 39, 42, 45, 67, 70, 82, 84, 85, 86, 93, 95, 136, 137, 140, 148, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 178, 179, 185, 186, 187, 193, 201

### Parto

12, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 32, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 109, 113, 114, 132, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 192, 193, 201, 205, 207

## Pediatria

83, 187, 211

## Processos de Trabalho

7, 8, 11, 14, 15, 16, 20, 21, 27, 28, 29, 32, 33, 72, 78, 79, 107, 115, 149

## Programa de Residência

85, 91, 94, 100, 103, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 187, 198, 199, 200, 201, 212

## Pré-natal

15, 28, 32, 34, 36, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 77, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 94, 96, 100, 101, 102, 103, 106, 119, 132, 138, 146, 147, 150, 155, 156, 157, 158, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 186, 208

## Puerpério

15, 17, 44, 59, 82, 86, 90, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 109, 117, 118, 138, 145, 155, 163, 174, 175, 177, 189, 208

## Pós-neonatal

15, 46, 60, 64, 65, 66, 68

## R

---

### Rede Cegonha

10, 15, 22, 30, 38, 39, 44, 45, 48, 50, 54, 55, 57, 59, 70, 77, 82, 95, 96, 100, 101, 102, 106, 107, 145, 146, 148, 155, 177, 189, 194, 202, 208

### Rede de Atenção Obstétrica

20, 27

### Região de Saúde

10, 12, 15, 17, 34, 36, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 62, 64, 72, 73, 80, 83, 84, 92, 102, 103, 105, 109, 147, 179, 189

### Residência

11, 17, 22, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 85, 91, 94, 95, 100, 103, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 149, 151, 179, 181, 187, 198, 199, 200, 201, 202, 212

### Responsabilização

15, 40, 41, 174, 208

### Risco Habitual

17, 22, 32, 44, 50, 52, 54, 55, 56, 66, 67, 72, 146, 147, 151, 155, 156, 158, 183, 187

## S

---

### Saúde Materna

50, 67, 70, 82, 101, 102, 109, 114, 132, 145, 154

### Saúde Mental

83, 119, 122, 126, 127, 129, 175, 200, 211

### Saúde da Criança

117, 177, 210, 212, 213

### Saúde da Mulher

17, 40, 59, 101, 102, 106, 107, 113, 116, 117, 118, 126, 129, 130, 138, 145, 159, 160, 164, 173, 174, 178, 194, 200, 207, 211, 212, 213

### Secretaria Estadual de Saúde

7, 15, 20, 32, 56, 73, 91, 143, 145, 200, 201, 202, 214

### Sistema Único de Saúde

8, 14, 16, 18, 22, 30, 41, 45, 55, 59, 80, 82, 83, 95, 111, 151, 154, 155, 163, 164, 186, 189, 194, 208, 214

## T

---

### Tecnologias Leves

116

### Tecnologias de comunicação e informação

25, 33

## U

---

### Unidade de Terapia Intensiva

32, 44, 82, 198

### Urgência e emergência

34, 72, 83, 146, 147, 156

## V

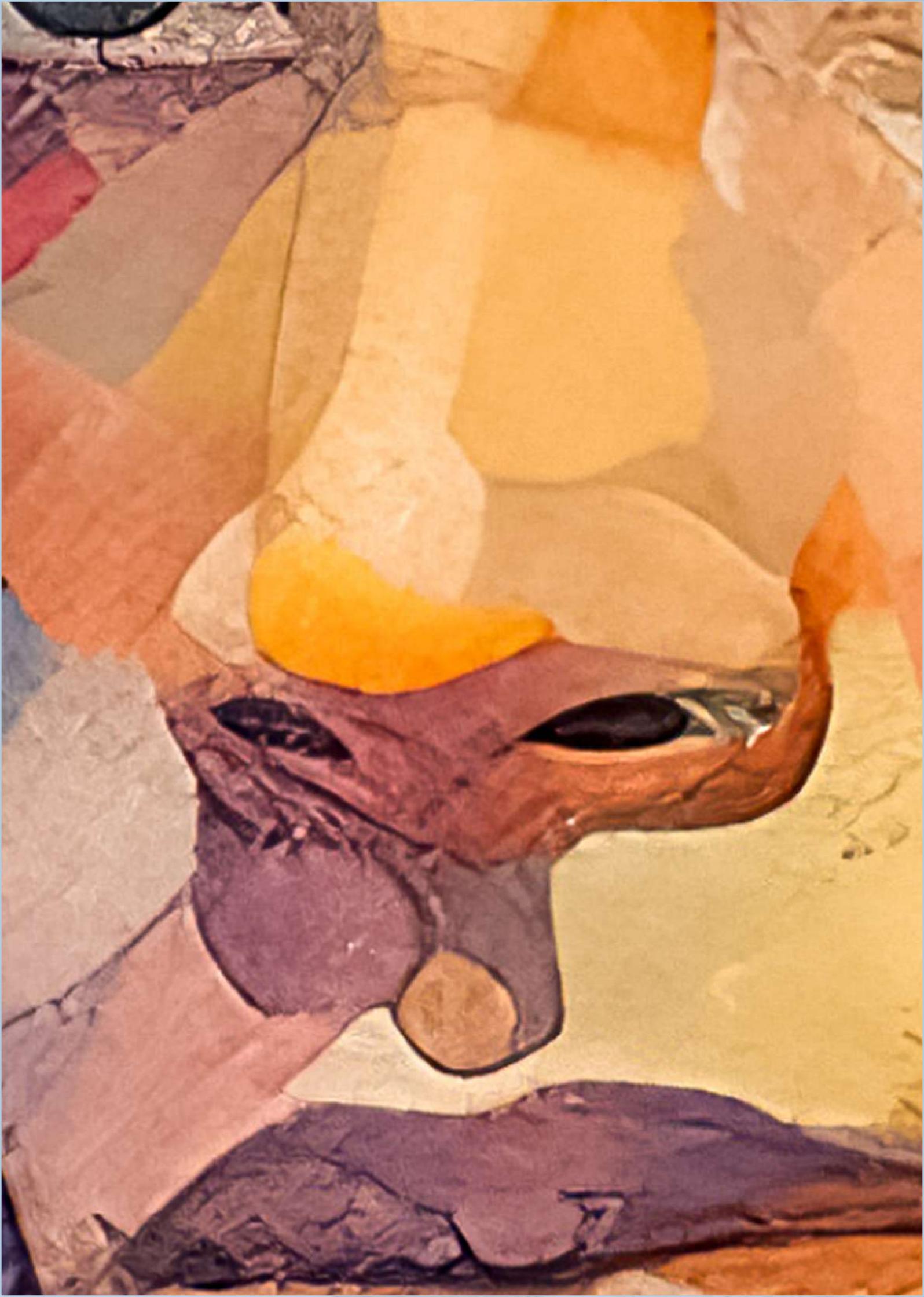
---

### Violência Obstétrica

86, 93, 132, 139, 140, 162, 164, 209

### Vínculo

38, 39, 78, 105, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 125, 128, 129, 130, 138, 139, 141, 150, 155, 174, 181, 194, 209



# SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

## ORGANIZADORAS

**Cristiane Scolari Gosch.** Psicóloga. Mestre e Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UnB. E-mail: [crisgosch@gmail.com](mailto:crisgosch@gmail.com).

**Lisiane Boer Possa.** Fisioterapeuta. Docente do Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre e Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: [lisiane.possa@ufsm.br](mailto:lisiane.possa@ufsm.br)

**Luiza Maria Plentz.** Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela UFRN. Doutoranda em Sociologia pela UFPE. E-mail: [plentzluiza@gmail.com](mailto:plentzluiza@gmail.com)

**Quelen Tanize Alves da Silva.** Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso Superior Tecnológico de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: [quelen.silva@ghc.com.br](mailto:quelen.silva@ghc.com.br)

## AUTORES E AUTORAS

**Ana Beatriz Oliveira Costa.** Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: [boliveirana@gmail.com](mailto:boliveirana@gmail.com)

**Ana Claudia Machado de Amorim.** Médica Gineco-Obstetra. Possui residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Pernambuco- UPE. Diretora Médica do Hospital Jesus Nazareno em Caruaru- PE, médica plantonista e pré natalista de alto risco do mesmo serviço. E-mail: [aimachado@hotmail.com](mailto:aimachado@hotmail.com)

**Anderson Danilo Dario Lima.** Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz). Servidor do estado de Pernambuco como Analista em Saúde – Sanitarista. E-mail: [anderson\\_danilo\\_fisio@hotmail.com](mailto:anderson_danilo_fisio@hotmail.com)

**Andresa Lira Silva.** Nutricionista Sanitarista. Especialista em Saúde da Família com ênfase na população do Campo/UPE e Sanitarista pelo Programa de Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde/ESPPE. Mestranda em Saúde Pública/FIOCRUZ IAM. E-mail: [andresalira5@gmail.com](mailto:andresalira5@gmail.com)

**Andreza Cavalcanti Vasconcelos.** Enfermeira. Especialista em Clínica Cirúrgica na modalidade de Residência em Saúde. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Mestre em Educação no Ensino de Ciências e Matemática pela UFPE. E-mail: andrezacavalcanti@hotmail.com

**Angélica Araújo de Menezes.** Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/ UFBA, com área de concentração em Avaliação de Tecnologias em Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-graduação do ISC/UFBA. E-mail: angelicamenezes@gmail.com

**Carlos Eduardo Antoniete de Souza.** Graduado em Análise e Desenvolvimento de Sistemas. Especialista em Informática na Saúde/UFRN. Consultor do Ministério da Saúde e Assessor Técnico de Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: carlos.eduardo.antoniete@gmail.com

**Célia Maria Borges da Silva Santana.** Assistente Social. Mestre para Docência na Área de Educação na Saúde. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. E-mail: celiambasantana@hotmail.com

**Cristine Vieira do Bonfim.** Sanitarista. Mestre e doutora em Saúde Pública pela FIOCRUZ. Docente do Programa de Pós-graduação integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: cristine.bonfim@uol.com.br

**Erotildes Antunes Xavier. Administrador.** Mestre em Saúde Pública com ênfase em Gestão do Trabalho e na Educação em Saúde, ENSP-Fiocruz. Especialista em Gerência de Recursos Humanos, FAE/Curitiba; Administração Pública, UFPR, 1996; e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ENSP-Fiocruz. E-mail: erotildesaxavier@gmail.com

**Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo.** Enfermeira. Especialista em Pneumologia/Hospital Otávio De Freitas, HOF. Especialista em Gestão das Clínicas nas Redes Metropolitanas pelo Hospital Sírio-Libanês. Mestre profissional em Saúde Pública pela Fiocruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, NESC. E-mail: fernandasegtes2021@gmail.com

**Fernanda Santos Trajano.** Médica Pediatra. Especialista em Nefrologia Pediátrica na antiga Escola Paulista, hoje UNIFESP. Especialista em Gestão da Rede do Paciente Crítico pelo Hospital Sírio-Libanês concluído em 2011. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela FIOCRUZ. E-mail: fernanda.trajano9@hotmail.com

**Gleidilene Freitas da Silva.** Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: gleidilenny.silva.gs@gmail.com

**Henry Johnson Passos de Oliveira.** Enfermeiro Sanitarista. Mestrando em Saúde Pública (Epidemiologia) pelo Instituto Aggeu Magalhães - (FIOCRUZ/PE). Especialista em Saúde Coletiva pelo programa de residência multiprofissional do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/PE). E-mail: henry123johnson@hotmail.com

**Hérika Dantas Modesto Pinheiro.** Enfermeira Obstetra. Especialista em Saúde Pública (Facisa), Especialista em Enfermagem Obstétrica (UFMG). Mestre em Saúde Coletiva (PPGISC/UFPE). E-mail: herika\_dantas@hotmail.com

**Hirley Camello da Silva.** Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Obstetrícia (UNINTER/IBPEX), Saúde Pública com enfoque em Saúde da Família (Faculdade Estácio de Sá) e Gestão em Saúde Pública (UPE). E-mail: hirleycamelo@hotmail.com

**Janaina Ramos dos Santos.** Enfermeira Sanitarista. Especialista em Saúde do Trabalhador e Gestão de Redes de Saúde. Gestora da V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. E-mail: jana1904@gmail.com

**João Antônio Bezerra Magalhães Antunes.** Enfermeiro. Especialista em Saúde da Mulher: Ginecologia/Obstetrícia pelo IDE/ Faculdade Redentor Rio de Janeiro. Mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - MePESa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. E-mail: joaomagalhaesa@gmail.com

**Juliana Freitas Campos.** Enfermeira. Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina-PE, Brasil. E-mail: julianafreitascampos350@gmail.com.

**Juliana Gonçalves Chaves de Barros Rocha.** Enfermeira Obstetra. Possui residência em Enfermagem Obstétrica. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Materno-infantil. E-mail: julianachaves-2008@hotmail.com

**Juliana Maria Otaviano Maia.** Enfermeira Obstetra. Graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Possui residência em enfermagem obstétrica pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Email: juotaviano@hotmail.com

**Karla Millene Sousa Lima Cantarelli.** Enfermeira - Gerente Regional de Saúde e Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. E-mail: karlamillene@hotmail.com

**Kelle Caroline Filgueira da Silva.** Enfermeira. Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina-PE, Brasil. E-mail: kellecarolineo8@hotmail.com

**Laiane Cristina de Marins Barbosa.** Enfermeira. Pós-graduada em MBA em Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde pelo Centro de formação, aperfeiçoamento profissional e pesquisa, GRUPO CEFAPP. E-mail: laiane\_marins@hotmail.com

**Lílian Silva Sampaio de Barros.** Enfermeira Sanitarista. Especialista em Saúde da Mulher. Mestre em Educação. Analista da Secretaria Estadual de Saúde, Coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE. E-mail: lissampaio Barros@hotmail.com

**Lisiane Boer Possa.** Sanitarista. Docente do Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre e Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. lisiane.possa@ufsm.br

**Luiza Maria Plentz.** Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela UFRN. Doutoranda em Sociologia pela UFPE. plentzluiza@gmail.com

**Márcia Maria Monteiro de Freitas.** Psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Servidora da SES/PE, com experiência na Política de Saúde Mental e de Saúde da Mulher. E-mail: marciavfreitas@hotmail.com

**Maria do Carmo Ferreira de Andrade.** Odontóloga. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ/Aggeu Magalhaes. IV Gerência Regional de Saúde, SES-PE. E-mail: mariadocarmo@asces.edu.br

**Maria Eduarda Moraes Pacheco.** Acadêmica de Medicina da Universidade de Pernambuco Campus Garanhuns, Pernambuco. E-mail: mariaeduarda.pacheco@upe.br

**Maria Lúcia Matias Ferreira.** Enfermeira Obstetra. Graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. Secretária Municipal de Saúde de Paudalho/PE. E-mail: luciamatias14@gmail.com

**Maria Lúcia Xavier de Barros Viana.** Administradora. Vigilância em Saúde da V Gerência Regional de Saúde. E-mail: sivitais5geres@hotmail.com

**Maria Simone Mourato de Oliveira.** Assistente Social. Servidora do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães. Especialista em Saúde Coletiva. E-mail: simonemouratoasocial@gmail.com

**Midiã Gomes da Silva Rêgo.** Enfermeira Obstetra. Possui residência em Enfermagem Obstétrica pela Universidade de Pernambuco (UPE). Enfermeira dos Centros de Parto Normal das cidades do Paudalho e Camaragibe. Atuou como Preceptora da disciplina prática em sala de parto do Curso de Pós-Graduação da Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia. E-mail: midi\_gomes@hotmail.com

**Nancy Maria Silva Janssen.** Fonoaudióloga Sanitarista. Mestre e Especialista Residente Multiprofissional em Saúde coletiva, FIOCRUZ/PE. Sanitarista na Gerência de Políticas e Regulação do Trabalho da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, SES-PE. E-mail: nmsj@hotmail.com

**Paulo Sérgio da Silva.** Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Professor do curso de bacharelado em enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: pssilva2008@gmail.com

**Priscila de Andrade Cavalcanti.** Enfermeira Obstetra. Possui residência pelo Programa de Residência Uniprofissional em Obstetrícia pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (SES - PE) e Universidade de Pernambuco (UPE). E-mail: priu\_cavalcanti@hotmail.com

**Priscila Sales Ferraz Neri.** Enfermeira Obstetra. Pós-graduanda em Obstetrícia pelo Instituto de

Ensino Superior Santa Cecília (IESC) - Grupo CEFAPP. Atuação e experiência como enfermeira gestora e assistencial plantonista em Alojamento Conjunto, Bloco Cirúrgico, Emergência e Triagem Obstétrica, e UCI neonatal no Hospital Jesus Nazareno. E-mail: priscilanerisouza.enf@gmail.com

**Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral.** Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação de Educação em Ciências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Enfermagem na Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina-PE, Brasil. E-mail: priscylla.sobral@upe.br

**Quelen Tanize Alves da Silva.** Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso Superior Tecnológico de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: quelen.silva@ghc.com.br

**Rafaella Miranda Machado.** Nutricionista Sanitarista. Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde (UFPE-CAV). Especialista em Saúde Coletiva (FIOCRUZ-IAM) e Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz Pernambuco (IAM). E-mail: rafaella.mmachado@gmail.com

**Rafaela Terto Príncipe de Godoy.** Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem no Hospital Regional de Serra Talhada. E-mail: rafaelatgodoy@gmail.com

**Régia Maria Batista Leite.** Enfermeira Sanitarista, Doutora em Saúde Pública (FIOCRUZ). Professora da Universidade de Pernambuco (UPE). E-mail: regia.leite@upe.br

**Renata Esteves Palacio.** Enfermeira pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre. Enfermeira na unidade Estratégica de Saúde da Família do Camará, localizado no município de Muqui-ES. Email: renataestevespalacio@hotmail.com

**Roseane Leite Lopes.** Enfermeira Obstétrica (UFMG/ UFPE - Rede Cegonha), Tutora de Campo e Preceptora da Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) no Hospital Regional Inácio de Sá (SES-PE). E-mail: roseanelopes01@gmail.com

**Sílvia Maria Cristovam Barbosa.** Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. E-mail: smcbarbosa24@gmail.com

**Sísia Valeska de Melo Silva.** Enfermeira, Sanitarista, Mestre em Saúde Pública (FIOCRUZ). Analista da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: sisiamelo@gmail.com

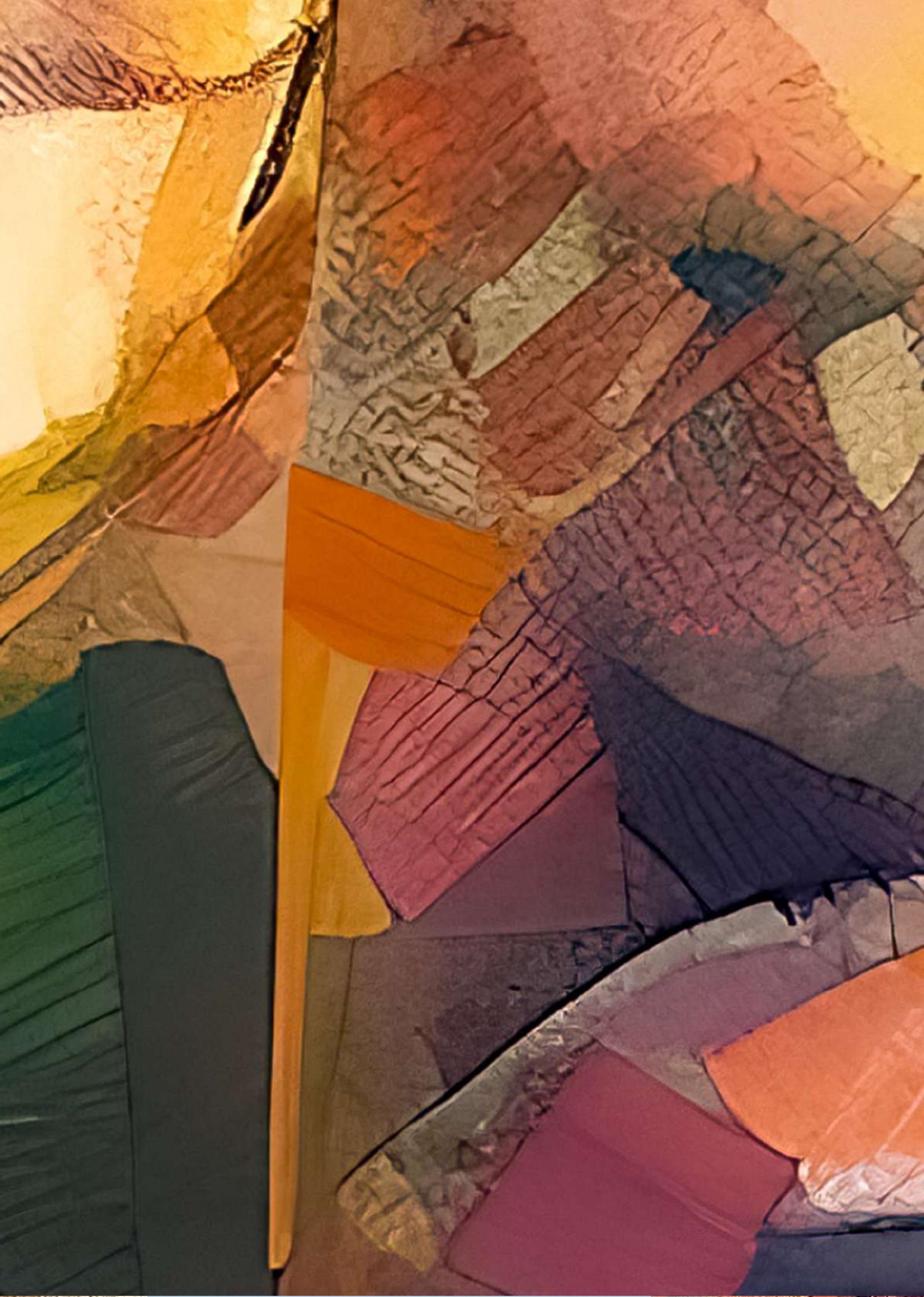
**Vanessa Alves de Souza.** Psicóloga Sanitarista. Mestre em Saúde Pública (FIOCRUZ). Analista da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: vanessaalves10@hotmail.com

**Vanessa Gabrielle Diniz Santana.** Odontóloga. Mestre e Doutoranda em Saúde Pública no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. E-mail: vanessagdiniz@yahoo.com.br

**Viviane de Souza Brandão Lima.** Enfermeira Obstetra e Intensivista. Mestre em Saberes e Práticas Educativas pela UAB. Mestre em Psicanálise com ênfase nas áreas da Educação e Saúde pela UNIDERC. Especialista em Programa de Saúde da Família pela FACISA. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela ENSP/FIOCRUZ – Recife. Especialista em Gestão de Sistema de Serviços de Saúde - AGGEEU MAGALHÃES. Especialista Terapia Intensiva - UTI - FATEC. Especialista em Obstetrícia – UNINTER. E-mail: viviane\_brandao@hotmail.com

**Vitória D’Avila Pedroso.** Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde Coletiva pela UFRGS. E-mail: vitoriapedroso@yahoo.com.br

**Agradecemos aos autores e autoras pela contribuição ao SUS  
através de suas experiências e pelo compartilhamento  
das produções apresentadas!**





ISBN 978-65-5462-108-3



9 786554 621083 >

