



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MAYANE VILELA PEDROSO**

**COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE CEGONHA NO  
MUNICÍPIO DE PALMAS – TO: ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS  
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

**PALMAS – TO  
Junho de 2017**

**MAYANE VILELA PEDROSO**

**COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE CEGONHA NO  
MUNICÍPIO DE PALMAS – TO: ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS  
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Marta Azevedo dos Santos

**PALMAS – TO  
Junho de 2017**

MAYANE VILELA PEDROSO

**COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE CEGONHA NO  
MUNICÍPIO DE PALMAS – TO: ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS  
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

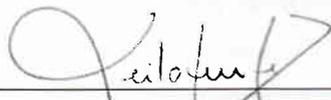
Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMISSÃO JULGADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marta Azevedo dos Santos  
Mestrado Profissional de Ciências em Saúde  
Universidade Federal do Tocantins (Presidente)



---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral  
Mestrado Profissional de Ciências em Saúde - UFT



---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Kleiber Pessoa Borges  
Curso de Enfermagem – UFT

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

P372c PEDROSO, MAYANE VILELA.

Compreensão dos trabalhadores da Rede Cegonha no município de Palmas - TO: assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento. / MAYANE VILELA PEDROSO. – Palmas, TO, 2017.

86 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2017.

Orientadora : MARTA AZEVEDO DOS SANTOS

1. TRABALHADORES. 2. REDE CEGONHA. 3. PRÉ-NATAL. 4. PARTO E NASCIMENTO. I. Título

**CDD 610**

---

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

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha amada e iluminada mãe **Vilma Helena Gondim Vilela**, cujo exemplo de vida levou-me a ser a pessoa e mulher que sou.

*Mãe, muito obrigada pelo seu amor incondicional e pelos inúmeros exemplos de honra, princípios, dedicação e profissionalismo com seu trabalho ao qual não mediu esforços para me proporcionar os melhores estudos para chegar até aqui. E ainda, serei eternamente grata pelo apoio de estar sempre disposta a atravessar o Brasil para vir ficar com meu filho para que eu pudesse viajar a trabalho e terminar essa pesquisa.*

Dedico a ti o poema abaixo, pois expressa em palavras toda minha gratidão nesse momento:

*“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si,  
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti...  
É sobre desde cedo aprender a reconhecer a sua voz,  
É sobre o amor infinito que sempre existiu entre nós...*

*É saber que você está comigo, nos momentos que eu mais preciso para poder me acompanhar...*

*Então fazer valer a pena cada verso daquele poema sobre o que é amar...*

*Não é chegar no topo do mundo e saber que venceu,  
É ver que você me ajudou a trilhar cada caminho meu...*

*É sobre ter abrigo e fazer morada no seu coração, e se eu precisar você sempre irá estender sua mão... A gente já passou por tudo, qual seria a graça da vida sem você aqui... pra ser meu porto seguro o presente que a vida me deu logo que eu nasci... Não é sobre tudo que seu dinheiro é capaz de comprar e sim cada momento que juntas podemos passar...*

*Contigo aprendi que o mais importante é ser do que ter e pelo que eu me tornei só tenho a te agradecer...*

*Você me segurou no colo, sorriu e entendeu o que realmente era amar... e eu desde o primeiro dia tão pequena já soube que tipo de ar confiar. ”*

Ana Vilela

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por tudo que tem proporcionado na minha vida, e sem Ele eu nada seria. Muito obrigada Senhor por tudo!

Ao meu amado esposo **João Henrique Fernandes Pedroso**, por ser um companheiro maravilhoso e que sempre me apoiou nas minhas decisões e vibrou com as minhas conquistas.

*Amor, essa conquista é nossa, obrigada por estar sempre ao meu lado e desculpa por inúmeras vezes que fui ausente e que o deixei para trabalhar e estudar. Meu amor por você cresceu mais ainda por ver que soube entender todos esses desafios que passamos e que em todos, me deu a mão! Tenho certeza que fiz a escolha certa quando disse SIM no altar perante à Deus e todos presentes e desejo passar o resto da minha vida ao seu lado.*

Ao meu lindo e amado filho **João Pedro Vilela Pedroso** de 4 anos, por ser a criança mais perfeita do mundo que incansavelmente me pedia atenção para sair do computador para brincar com ele e quando ouvia um “NÃO” somente abaixava a cabeça e dizia: “tá bom mamãe, só quero ficar pertinho de você um pouquinho antes de dormir.” *Meu filho, você não imagina o quando isso tem sido doloroso para mim, quantas vezes pensei em desistir por você para aproveitar sua primeira infância, por saber de todas consequências disso, porém ao mesmo tempo lembrava dos exemplos da minha mãe trabalhando até tarde da noite para nos proporcionar o melhor e assim conseguia forças para continuar até aqui. Espero que um dia possa ter orgulho de mim e seguir o caminho do bem. Isso será minha maior recompensa. “Te amo até o espaço sideral, além da sujeira espacial, vai e volta um trilhão de infinito. ”*

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marta Azevedo dos Santos, pela sua imprescindível contribuição e paciência na condução de todo processo de orientação de forma clara e segura. Agradeço pela sua compreensão e apoio no momento em que mais precisei e pela oportunidade de ter conhecido de perto a pessoa fantástica que és fazendo jus ao seu admirado e respeitoso currículo.

À minha querida amiga Raphaella Pizanni, pelo incentivo e apoio para dar continuidade nessa pesquisa. Sou imensamente grata pela contribuição não só com esta pesquisa, mas por ser inspiradora de duas das minhas grandes conquistas, ser professora e por conseguir esse título. A você, todo meu carinho e respeito.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do estado FAPT pela concessão do financiamento do projeto de pesquisa para o SUS – PPSUS, edital nº 01/2014.

A equipe do projeto que possibilitou uma discussão ampliada sobre o desenvolvimento da pesquisa sobre a Rede Cegonha a no estado do Tocantins.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Gurgel pelas contribuições com a pesquisa e disponibilidade de ter aceitado o convite para compor a banca examinadora

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Kleiber pela disponibilidade de ter aceitado o convite para compor a banca examinadora.

A todos os profissionais da Rede Cegonha de Palmas pelo aceite voluntário para participar da pesquisa.

A todos docentes e colaboradores da Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

As minhas amigas Anna Margareth, Laís, Ellen e Luiza pela confiança da amizade, companheirismo e por sempre torcer pelas minhas conquistas e sucesso.

A todos que, de alguma maneira, torceram e contribuíram para que este trabalho se concretizasse. Meus sinceros agradecimentos.

*“No estudo da perfeição, começemos por vigiar a nós mesmos, corrigindo-nos em tudo aquilo que nos desagrada nos semelhantes”.*

*Chico Xavier*

# COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO: ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender o entendimento dos trabalhadores da Rede Cegonha sobre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento, no município de Palmas. **Método:** Esta pesquisa é fruto de um projeto ampliado o qual teve um recorte qualitativo, de natureza descritiva e analítica. Foram entrevistados 19 Trabalhadores da Rede Cegonha de Palmas, sendo 09 do Hospital e Maternidade Dona Regina e 10 da Atenção Básica no período de fevereiro a julho de 2016. Para subsidiar a técnica de entrevista, foi utilizado roteiro semiestruturado com oito questões abertas. **Resultados e Discussão:** Observa-se uma fragmentação da rede ao passo que foi identificado uma grande lacuna na comunicação entre atenção primária e hospitalar. Isso é reflexo de uma qualidade na formação profissional insatisfatória e uma alienação no processo de trabalho. Nota-se ainda que falta informação e corresponsabilização da comunidade sobre a importância do pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento. **Conclusão:** Faz-se necessário um monitoramento mais eficaz nos indicadores da Rede Cegonha no componente pré-natal para que haja uma efetiva implementação tanto intersetorial quanto intrasetorial. É irrevogável o contínuo desenvolvimento de ações educativas para melhorar a avaliação dessa importante estratégia política para redução da morbimortalidade materna infantil.

**Palavras-chave:** Pré-natal. Parto e nascimento. Rede Cegonha.

# **COMPREHENSION OF THE WORKERS OF THE STORK NETWORK IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS – TO: ASSISTANCE TO PRENATAL AND ITS IMPLICATIONS IN THE PROCESS OF CHILDBIRTH AND BIRTH**

## ***ABSTRACT***

**Objective:** Understand the comprehension of the workers of the Stork Network on prenatal care and its implications in the process of childbirth and birth, in the city of Palmas. **Method:** This research is the result of an extended project, which had a qualitative cut of descriptive and analytical origin. We interviewed 19 workers from Palmas' Stork Network, of which 09 were from the Hospital and Maternity Dona Regina and 10 from Basic Care in the period of February to July of 2016. To support the interview technique, a semi-structured script was used with 08 open questions. **Results and Discussion:** A network fragmentation was observed and a large gap was identified in the communication between primary and hospital care. This is a reflection of unsatisfactory professional training and alienation in the work process. It is still noticeable the lack of information and co-responsibility of the community on the importance of prenatal care and its implications in the process of childbirth and birth. **Conclusion:** Thus, it is necessary to monitor more effectively the indicators of the Stork Network in the prenatal component so that there is an effective implementation, both intersectorial and intrasectorial. Is irrevocable the continuous development of educational actions to improve the evaluation of this important political strategy to reduce maternal and child morbidity and mortality.

**Key-words: Prenatal; Childbirth and Birth; Stork Network.**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa;
CPN	Centro de Parto Normal;
FAPTO	Fundação de Amparo à Pesquisa do Tocantins;
GM	Gabinete Ministerial;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas;
IST	Infecção Sexualmente Transmissível;
MS	Ministério da Saúde;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PNH	Política Nacional de Humanização;
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Serviço Único de Saúde;
PQM	Plano e Qualificação das Maternidades;
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto;
POBEC	Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas;
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada;
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade;
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos;
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UBS	Unidade Básica de Saúde;
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância;
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto das entrevistas.....	39
<b>Tabela 2</b> – Categorias de Análise das entrevistas de acordo com as perguntas realizadas.....	42
<b>Tabela 3</b> – Categorias finais de Análise das entrevistas.....	44

## LISTA DE FIGURAS E FLUXOGRAMAS

<b>Figura 1</b> – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para RAS.....	22
<b>Figura 2</b> – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	24
<b>Fluxograma 1</b> – População de estudo da atenção básica.....	34
<b>Fluxograma 2</b> – População de estudo da atenção hospitalar.....	35

## LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – D.O.E – APROVAÇÃO DO PROJETO.....	76
ANEXO II – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS.....	77
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	78
APÊNDICE B – TERMO DE CONCORDÂNCIA.....	80
APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA.....	81
APÊNDICE D – PRODUÇÕES DURANTE O PERCURSO DO MESTRADO.....	82

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	16
1.1 SAÚDE DA MULHER .....	16
1.1.1 História e Contexto Atual .....	16
1.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	21
1.3 ATENÇÃO BÁSICA.....	233
1.4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA – REDE TEMÁTICA .....	24
1.5 O PROFISSIONAL NA PRÁTICA DO SERVIÇO.....	27
1.5.1 O Trabalho e Seu Processo de Alienação .....	27
2. OBJETIVOS.....	32
2.1 OBJETIVO GERAL .....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
3. METODOLOGIA .....	33
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	33
3.2 LOCAL DE PESQUISA.....	33
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	33
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	355
3.5 COLETA DE DADOS.....	355
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	36
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	366
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	388
4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	388
4.1.1 Categoria I: Componente Pré-Natal .....	45
4.1.2 Categoria II: Componente Parto e Nascimento .....	50
4.1.3 Categoria III: Sistema de Apoio .....	54
4.1.4 Categoria IV: Rede Cegonha.....	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	700

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 SAÚDE DA MULHER

#### 1.1.1 História e Contexto Atual

O primeiro Programa de Defesa à Saúde Materno Infantil foi implantado no Brasil, entre os anos de 1937 a 1945. As atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES) que normatizava o atendimento ao binômio mãe-filho. Priorizava o combate à mortalidade infantil, mas não se preocupava com a reprodução. Em 1940 foi criado pelo Presidente Getúlio Vargas o primeiro órgão para atender exclusivamente a saúde da mãe e da criança, o Departamento Nacional da Criança (DNCr) (BRASIL, 2011b).

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

No início da década de 70, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), sob a orientação do Plano Nacional de Desenvolvimento o qual foi implementado em 1975. Visando melhorar os cuidados primários da saúde das mulheres entre os 15 a 49 anos, tinha como proposição, ações de acompanhamento do pré-natal e o controle dos partos domiciliares e do puerpério (CAVALCANTE, 1998).

Durante o período militar, em 1975, houve a implantação do PSMI, o qual tinha dois objetivos: intervenção médica sobre o corpo feminino por meio de cesariana e a redução da morbidade materno-infantil, priorizando a vida da criança. Este programa trouxe redução da mortalidade infantil, porém cresceu o número de cesarianas e laqueaduras que serviam de controle de natalidade. Neste momento cresceu o número de

manifestações por parte dos movimentos feministas, pois as mulheres não eram ouvidas, havendo descasos perante o direito reprodutivo e sexual (CASSIANO, *et al.*, 2014).

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

Os movimentos feministas pela saúde no Brasil desenvolveram-se em alto nível de organização e de articulação. Em 1984 aconteceu o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, no qual mais de 70 grupos de mulheres de todo país elaboraram o primeiro documento público, a “Carta de Itapeverica”, que obtinha as reivindicações para a saúde delas. Em 1984 foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual se objetivava criar ações de saúde para mulheres entre 15 a 49 anos. Com os princípios que compunham a carta, o movimento feminista reivindicou que o programa deveria contemplar toda a vida da mulher e não apenas a fase reprodutiva; como o movimento estava forte a reivindicação foi atendida (ALMEIDA, 2013).

Neste contexto em que a população de um modo geral ansiava por um atendimento integral, surgiu em 1993 o Programa Saúde da Família (PSF) com um modelo voltado para atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, utilizando ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Esse programa era formado por equipe de saúde da família, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e odontólogos (LOCH-NECKEL, *et al.*, 2009).

Mesmo com a criação do PSF as taxas de mortalidade materna e infantil ainda permaneciam sob atenção devido aos altos números. Em função disso, em 2000, foi implementado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade materno, perinatal e neonatal no país. Porém, após sua implementação, percebeu-se que ainda necessitava de melhorias ao acesso de serviços de saúde (MARTINELLI, *et al.*, 2014).

Em 2004 o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), baseando-se no processo de criação e implementação do SUS. Essa política foi inspirada no PAISM, pois foram constatados durante o processo

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

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

No mesmo ano de 2004, houve a criação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonato, através de acordos feitos entre gestores, representantes da sociedade civil e da sociedade de governo dos 26 Estados e do Distrito Federal. Nos anos de 2005, 2006 e 2008 esse Pacto foi premiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por cumprir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que visa reduzir a taxa de mortalidade materna em três quartos e a de mortalidade infantil em dois terços até 2015 (BRASIL, 2010a).

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

Tendo como desafio reduzir a taxa de mortalidade materna infantil, surge uma nova estratégia no Brasil que é a proposta da Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2012a). A Rede Cegonha instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, publicada a Portaria N° 1459 de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia política divide-se em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Cada componente compreende uma série de ações preconizadas de atenção à saúde visando à melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos com o objetivo de reduzir a mortalidade nessa população (BRASIL, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde (2011c), práticas mecanicistas, centralizadas e pautadas nos dogmas estabelecidos ao longo dos anos no parto, elevaram as taxas de mortalidade materna, com valores em torno de 68 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2010. Contudo, dados do Ministério da Saúde demonstram que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% . Porém, ainda não alcançou a meta de 75% do valor apresentado entre 1990 até 2015, se continuar nesse ritmo, pesquisas revelam que levarão mais de 20 anos para o cumprimento desse objetivo (MAIA, 2013).

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

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

Apesar dessa última década ter ocorrido um grande avanço na melhoria nas condições de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, com redução da mortalidade materna e infantil, os resultados ainda não são satisfatórios quando comparamos com as taxas de mortalidade materna por causas evitáveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento (MARQUES, 2015). Portanto, muitos

estudos ressaltam que os programas de saúde da mulher necessitam de uma efetiva implementação e não da criação de novas normas (SILVA, 2011).

Diane da necessidade incessante de compreender o processo de implantação e efetivação da Rede Cegonha no estado do Tocantins, na perspectiva dos trabalhadores de saúde da rede cegonha e a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento, foi aprovada esta pesquisa no estado. Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Tocantins – FAPT, contemplada no edital 01/2014, do Programa de Pesquisa para o Serviço Único de Saúde – PPSUS.

Esta dissertação é um recorte deste projeto maior, que busca compreender na perspectiva dos trabalhadores de saúde da rede cegonha a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento no município de Palmas.

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

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

Para superar essa fragmentação da atenção e no serviço, o Ministério da Saúde (MS) em 2010, estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para possibilitar o provimento de atenção integral e contínua, e assim incrementar o desempenho do sistema. As RAS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo na Atenção Primária à Saúde (APS) o seu centro de comunicação, com destaque para o caráter resolutivo deste nível de atenção, a partir do qual se deve coordenar o cuidado em todos os pontos do sistema (MENDES, 2012).

## 1.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

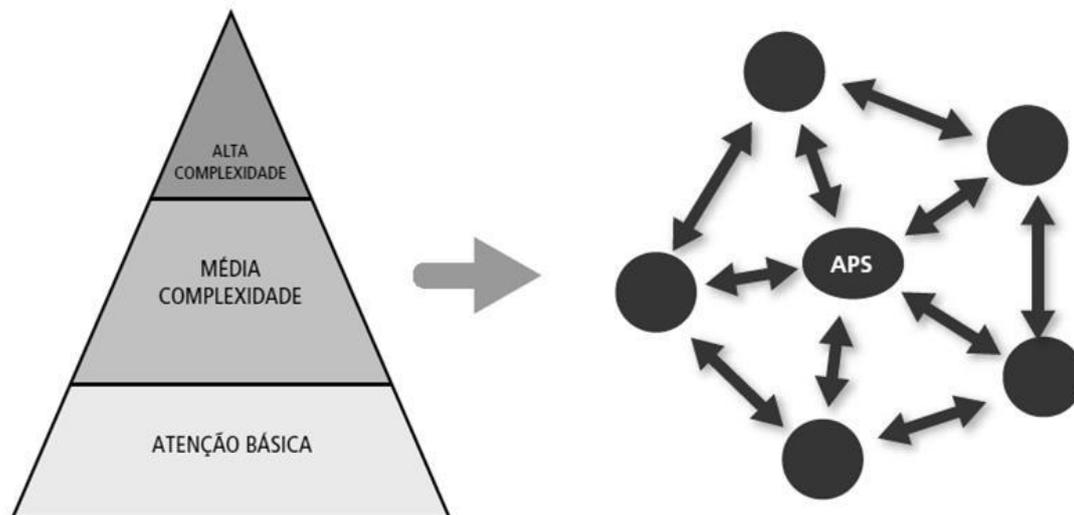
A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão à saúde e aperfeiçoar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar o cuidado integral ao usuário (BRASIL, 2010b).

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

No Brasil as diretrizes para a organização das RAS foram oficializadas pela Portaria GM/MS nº 4279, em 30/12/2010. A implantação das RAS aponta para maior eficácia na produção da saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS (MAIA, 2013).

A RAS é definida como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Desta forma, ela objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde pautados na atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de possibilitar o melhor desempenho do SUS em relação ao acesso, à equidade, à eficácia clínica e sanitária e à eficiência econômica (BRASIL, 2013).

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



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

**Fonte:** MENDES, 2012.

Nesse sentido, os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços em que se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as academias da saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Ressalta-se que os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à Saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2013).

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

### 1.3 ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

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



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

**Fonte:** MENDES, 2012.

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

#### 1.4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA – REDE TEMÁTICA

Após 10 anos de implementação do PAISM, o Brasil ainda enfrenta altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, estudos mostram que embora o crescimento desse grupo de causas talvez seja influenciado pela melhor identificação dos óbitos, resultante tanto da qualificação do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) como da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a assistência pré-natal ainda se mostra insuficiente para evitar essa ocorrência (MAIA, 2013).

Em busca desse objetivo para garantir uma integralidade do cuidado, surge a Rede Cegonha (RC) em 2011 para sistematizar e institucionalizar o modelo que vinha sendo discutido desde a criação do PAISM (BRASIL, 2010b). Os objetivos da RC de acordo com o artigo 3º da Portaria nº 1459 do Ministério da Saúde, contemplam a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna Infantil que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil.

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

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

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

Para a implantação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins, em 2011 foi implementado 5 (cinco) fases operacionais, a primeira foi de adesão e diagnóstico com o

objetivo de definir o processo de implementação a partir dos dados epidemiológicos de atenção à saúde materna e infantil. A segunda foi a do desenho regional da rede cegonha com o objetivo de elaborar mapas de análise de acordo com a situação da saúde da mulher e da criança, nas 8 (oito) regiões de saúde do Estado. A terceira foi a de contratualização dos pontos de atenção que objetivou elaborar os Planos de Ações dos Municípios a partir do desenho regional, em 2013 todos 139 municípios aderiram a rede e com a pactuação desse plano. A penúltima foi a de qualificação dos componentes, que objetivou implementar as ações definidas para cada componente da rede (os indicadores), de acordo com os planos de ações regionais. A quinta e última fase, é da certificação, na qual o Ministério da Saúde avaliou as ações realizadas de acordo com os componentes implantados (BRASIL, 2011c).

Contudo, o estado do Tocantins aderiu a Rede Cegonha em outubro de 2011, sendo elaborado o I Plano de Ação Regional da Rede Cegonha em abril de 2012 e publicada a Portaria Nº 2.296, de 2 de outubro de 2012, a qual prova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins e aloca recursos financeiros para sua implementação (TOCANTINS, 2012a; BRASIL, 2012a).

Portanto, a Rede Cegonha veio com a proposta de mudar a assistência à mulher, como diz a antropóloga americana Davis-Floyd (2000), especialista em antropologia do nascimento. O modelo até então utilizado era o modelo tecnocrático, no qual se separa corpo e mente; corpo da mãe funciona como uma máquina, o hospital como uma fábrica e o bebê como o resultado de um processo industrial.

Ainda segundo a autora, o profissional por muitas vezes é alienado em relação ao paciente tornando-se autoritário. Contrapondo este modelo, têm-se o modelo humanista que prima pela conexão mente e corpo, o corpo da mãe passa a ser um organismo, ou seja, faz parte da vida biológica, é aplicada uma abordagem biopsicossocial com a paciente. A autoridade começa a ser da paciente e o profissional passa a ter uma relação de cuidados com a paciente (DAVIS-FLOYD, 2000).

Nesta perspectiva, a relação de cuidados com o paciente, se concretiza na prática do exercício profissional, ou seja, da realização do trabalho.

Neste contexto, abaixo faremos um breve resgate histórico sobre a construção do processo de trabalho na história para entendermos como os profissionais de rede cegonha compreendem seu processo de trabalho. Sendo este processo uma prerrogativa fundamental na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pois, propõe mudanças fundamentais, na formação contínua e permanente, no que tange ao

desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde. Enfatizando a necessidade de mudanças nas ações educativas e nos processos de trabalho.

## 1.5 O PROFISSIONAL NA PRÁTICA DO SERVIÇO

### 1.5.1 O Trabalho e Seu Processo de Alienação

O ser humano na compreensão do filósofo alemão Karl Marx é o resultado do processo histórico dialético, e, nesse processo o trabalho aparece como elemento mediador que permite o desenvolvimento das capacidades humanas. Dessa forma, o ser humano, ao trabalhar, transforma a natureza, dando-lhe feições humanas, mas ao mesmo tempo, humaniza-se, desenvolvendo particularidades e possibilidades de ser. Nesse sentido, deve-se assinalar que o trabalho, e sua significação para o desenvolvimento do ser humano, tem uma importância fundamental, porém partindo do pressuposto de que, ao modificar a natureza pelo trabalho, também o ser humano é modificado por ela de forma que essa mesma prerrogativa pode impedir esse desenvolvimento, podemos compreender então, a crítica que Marx dedicou todo seu esforço intelectual na época para mostrar a sociedade as contradições sobre o trabalho e o trabalho alienado (LUZ, 2008).

Partindo do referencial marxista, trabalho constitui a própria atividade humanizadora do homem. A ação humana difere da atividade irracional dos outros animais inferiores, principalmente pela objetivação imposta ao ato criativo. O trabalho, então, é sempre elemento central em todo o desenvolvimento das forças produtivas, pois nenhum outro ser possui habilidade de ação transformadora que possa alterar seu cotidiano, seu habitat, de forma ágil e racional (MARX, 2004).

Dessa forma, a produção e a reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho, pois, a partir do trabalho, em sua cotidianidade, o homem torna-se a ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas (ANTUNES, 1999). A partir do momento em que os grupos sociais passaram a viver de forma sedentária, logo o ser humano começou a ter uma relação diferente da natureza. O trabalho surgiu, então, como meio de satisfazer as necessidades humanas ligadas à sua sobrevivência, e a medida que trabalhava ia desenvolvendo habilidades antes desconhecidas, as quais iam se somando às outras adquiridas também pelo trabalho (PINTO, 1985).

Mas, esse desenvolvimento do ser humano, que acontece à medida que ele trabalha vai gerando a existência de novas necessidades. Assim, na proporção em que os seres humanos foram se organizando nas sociedades, e que estas foram tornando mais complexas, também mais complexos passaram a ser os tipos de trabalhos empregados (LUKÁCS, 2004).

O trabalho representa apenas uma dentre tantas outras atividades que o ser humano pode exercer e essa transformação poder-se-á dar tanto através do trabalho manual quanto do intelectual. Na modernidade, a separação cartesiana entre corpo e alma, ressalta a inferioridade do trabalho manual, uma vez que este é exercido pelo corpo, que é falível e temporário, ao passo que o trabalho intelectual pela alma, que é imortal. Destarte, embora o trabalho manual e o intelectual atuem de formas diferentes ambas se equivalem como meios que possibilitam o desenvolvimento das potencialidades humanas (MÁRKUS, 1974).

Entretanto, em uma sociedade capitalista, na qual o trabalhador constitui apenas um meio para que se possa conseguir o aumento constante da produção de riquezas, o trabalho se transforma em um instrumento de opressão do trabalhador, impedindo que ele possa desenvolver de maneira plena as suas capacidades tornando-o como algo forçado e penoso. Ocorre que, pela forma como a sociedade capitalista está organizada, o trabalhador tem, no seu trabalho, o único meio de que dispõe para garantir a sua sobrevivência, e assim, mesmo que o trabalho, nessa sociedade, seja desumanizante, o trabalhador precisa submeter-se a ele (ANTUNES, 1999).

O ser humano, ao trabalhar, ao invés de libertar-se, torna-se escravo do seu trabalho, possuindo com ele uma relação de estranhamento, e reconhecendo nele algo que o oprime, que o fatiga e a que é obrigado a recorrer, tão somente para garantir a sua sobrevivência. No capitalismo, o trabalho apresenta-se de forma alienada em relação ao trabalhador e, por isso, impede que ele possa desenvolver as suas potencialidades. Mas, além disso, o trabalho alienado é a própria condição que possibilita existência do sistema capitalista (EAGLETON, 1999).

A realização do trabalho, segundo Karl Marx (1964), aparece na esfera da economia política como a desrealização do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação. A apropriação do objeto manifesta-se a tal ponto como alienação que quanto mais objetos o trabalhador produzir, menos ele vai possuir e mais se submete ao domínio do seu produto, do capital.

Sendo assim o trabalhador não reconhece o produto do seu trabalho e o vê como algo ameaçador, pois os objetos produzidos não servem para satisfazer as necessidades do trabalhador e sim do capital. Por isso, o trabalhador acaba por se tornar um servo dos objetos que produz. O trabalhador ao tentar atender o interesse do sistema capitalista de aumento da produção e de riquezas cada vez maior, a humanização torna-se inversamente proporcional a esse ciclo (MARX, 1964).

Na relação do trabalho alienado, cada homem olha os outros homens segundo o padrão e a relação que ele próprio se encontra, portando o trabalho alienado o aliena ao produto do seu trabalho impedindo que ele possa desenvolver potencialidades e até a humanidade. Na condição de trabalhador, ele equipara-se a uma máquina, e nessa situação pode ser descartado tão logo não atenda as exigências desse processo, assim, o trabalhador somente é visto enquanto força de trabalho, que pode ser descartada conforme as necessidades de produção do sistema (MARX, 1964).

Outra consideração importante a fazer na relação entre os processos de trabalho e, sobretudo nas redes de atenção, é sobre a divisão do trabalho que é um desdobramento do trabalho alienado, e tem como consequência a desumanização do trabalhador. Este, à medida que executa tarefas repetitivas e fracionadas, impedem a compreensão geral do processo produtivo, dessa forma o seu trabalho impede completamente o desenvolvimento das capacidades humanas (MARX & ENGELS, 1987).

Baseado nisso, percebemos que o sistema capitalista tem reflexos nos aspectos políticos, sociais, culturais e educacionais e, ao fazer um paralelo com os cursos da área da saúde, responsáveis pela formação dos profissionais que atuam na rede de atenção à saúde, que passaram por um processo de formação escolar em saúde, podemos tecer algumas relações entre trabalho alienado e trabalho docente como cita Saviani (2005) que, a objetivação do trabalho docente se concretiza por intermédio da perda e da servidão ao objeto, decorrentes da divisão do trabalho na escola e a alienação do trabalho docente se concretiza mediante a apropriação.

O contexto em que os trabalhadores docentes se encontram está permeado pelo modo de produção e de exploração do sistema capitalista, pois o objeto do trabalho docente é o aluno e o produto deste trabalho é o conhecimento e aprendizagem. Esta, por sua vez, é fruto de um currículo imposto pelo sistema, por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais e promove o estranhamento do trabalhador docente como produto do seu trabalho, assim compreende-se que historicamente a educação escolar se constitui como uma das estratégias de legitimação e reprodução deste sistema (OLIVEIRA, 2003).

Estudo como de Martinez (2003), ressalta que o trabalho docente continua sendo fragmentado e pouco conhecido, oculto nos processos sociais da educação e do trabalho.

A conformação disso é refletida na formação profissional e especificamente também nas práticas em saúde, considerando o referencial teórico sobre a dialética de alienação-humanização, a qual pode-se compreender na existência de grande parte dos conflitos evidenciados no interior do trabalho em saúde, analisados sob a ótica da desumanização dos serviços e ações de saúde (GOMES, 2010).

Embora, o desenvolvimento científico-tecnológico, seja um fator fundamental do processo de enriquecimento do gênero humano, expressando a ampliação das capacidades humanas de apreensão e intervenção sobre a natureza e o mundo, portanto, fator de humanização, por outro lado, visto que as ciências não se constituem neutras em relação às relações sociais hegemônicas, mas determinadas por elas, as aplicações concretas das ciências/tecnologias, como na área de saúde, podem ser reproduzidas de forma alienada (GOMES, 2011).

O sistema de saúde, segundo Davis – Floyd (2000), compõe-se de preconceitos e as crenças da sociedade que o originou, sendo o processo de escolarização, um dos responsáveis por esta alienação no trabalho. Os valores fundamentais da sociedade ocidental são fortemente orientados pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico e pelas instituições patriarcais. O paradigma tecnocrático em medicina se baseia no conceito de separação mente-corpo e corpo como máquina. Partindo desse princípio, a matéria pode ser melhor entendida se extraída de seu contexto e separada dos objetos e das relações que a rodeiam.

Neste sentido, a medicina contemporânea divide seus sujeitos em partes e separa-os da experiência maior da vida como processo de parto e nascimento.

O corpo feminino, na visão masculina, era entendido como inerente, defeituoso e imprevisível o qual necessitava de manipulação masculina para “consertá-lo”. Na metáfora sobre o parto, o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial. Seguindo essa lógica da mecanização do corpo humano, o profissional alienado fica liberado do sentimento de responsabilidade perante o paciente enquanto sujeito mental e espiritual. Exemplo disso são as inúmeras terminologias e siglas para identificar os pacientes nos serviços de saúde confirmando esta postura. Há uma predominância desse tipo de alienação que é reproduzido, em grande maioria, desde a academia quando ensinam, por exemplo, que os

estudantes devem evitar o envolvimento emocional com seus pacientes (DAVIS-FLOYD, 2000).

Neste contexto histórico da realização do trabalho, e especialmente do trabalho realizado na Rede cegonha, surgiu à inquietação e o questionamento sobre responsabilidade dos trabalhadores da rede de atenção da saúde na articulação, coordenação e ordenadores da assistência ao pré-natal e suas implicações no parto e nascimento.

Para compreensão desse processo e fluxos da Rede Cegonha, veremos abaixo os objetivos que esta pesquisa contempla.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar a compreensão que os trabalhadores da Atenção Básica e do Hospital e Maternidade Dona Regina apresentam sobre as ações preconizadas nos componentes da Rede Cegonha na assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento, no município de Palmas -TO.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a inter-relação entre a compreensão dos trabalhadores da Atenção Básica e do Hospital e Maternidade Dona Regina sobre a assistência ao pré-natal e o parto;
- Analisar a implementação das ações preconizadas nos componentes da Rede Cegonha na Atenção Básica do município de Palmas;
- Analisar a implementação das ações preconizadas nos componentes da Rede Cegonha no Hospital e Maternidade Dona Regina.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Este trabalho é fruto de um projeto ampliado, conforme edital FAPT/nº01/2014 do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS, com a aprovação publicada em Diário Oficial do Estado D.O.E nº 4.166 de 09 de julho de 2014 sob a coordenação da Profª. Drª. Marta Azevedo dos Santos. Trata-se de uma pesquisa intersetorial e intrasetorial, onde o recorte desta, tem como análise a compreensão dos resultados referentes ao processo de implementação dos indicadores da Rede Cegonha do Município de Palmas.

O presente teve um recorte qualitativo, de natureza descritiva e analítica sobre o entendimento dos trabalhadores da Atenção Básica e do Hospital e Maternidade Dona Regina sobre a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento.

O estudo qualitativo utiliza-se do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, das atitudes e dos valores, ou seja, trabalha com a realidade social. Baseiam-se em uma linguagem própria e individual com uso de proposições, hipóteses, técnicas e conceitos (MINAYO, 2010).

#### **3.2 LOCAL DE PESQUISA**

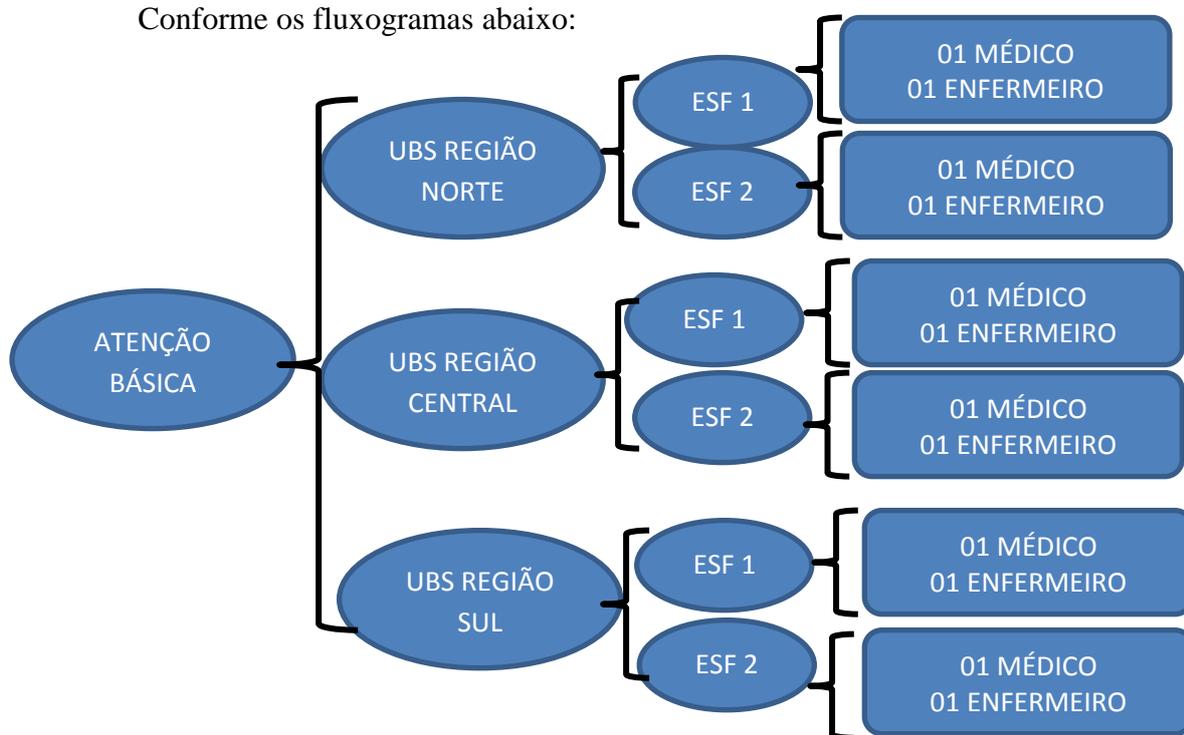
Os participantes da pesquisa foram: os trabalhadores que fazem parte do I Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha, inseridos na rede de Atenção Básica e Hospital e Maternidade Dona Regina.

#### **3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, onde o significado é individual, a amostra foi composta por 24 profissionais, sendo o público alvo desta pesquisa médicos e enfermeiros, da Atenção Básica e Atenção Hospitalar que trabalham com atenção materno infantil inseridos na Rede Cegonha. Profissionais estes, divididos entre as duas

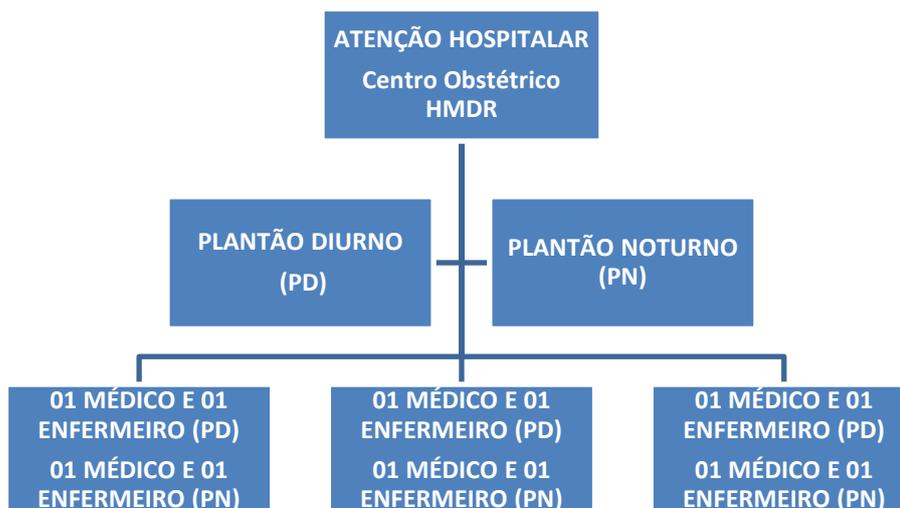
ações organizativas, na Unidade Básica de Saúde e Hospital contemplando 12 profissionais em cada uma delas. Conforme organização da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, as UBS são divididas por regiões de saúde por localização geográfica da cidade, sendo elas: Região Norte, Região Central e Região Sul. Para escolha das UBS, foi realizado um sorteio, sendo sorteada uma de cada região. Cada UBS é composta por 02 (duas) equipes de saúde e em cada equipe têm 01 (um) médico e 01 (um) enfermeiro, ou seja, cada UBS contém 04 (quatro) profissionais, sendo 02 (dois) médicos e 02 (dois) enfermeiros de cada região, totalizando para a amostra da atenção básica 12 profissionais. Na Atenção Hospitalar a amostra foi composta por 12 profissionais, estes profissionais trabalham no Centro Obstétrico da maternidade em regime de plantão 12 h por 60h de descanso, ou seja, para completar a escala com cobertura de 24h de assistência temos 3 equipes que trabalham durante o dia, sendo uma equipe por dia e mais 3 equipes a noite sendo uma por noite. Portanto, para contemplar a amostra no hospital, foi escolhido aleatoriamente 01 médico e 01 enfermeiro de cada equipe do dia e da noite, totalizando 6 (seis) médicos e 6 (seis) enfermeiros que trabalhavam no Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Dona Regina.

Conforme os fluxogramas abaixo:



#### 1. Fluxograma população de estudo da atenção primária.

Fonte: autora.



## 2. Fluxograma população de estudo da atenção hospitalar.

Fonte: autora.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os trabalhadores da Atenção Básica (médicos e enfermeiros) que já tinham acompanhado pelo menos 5 (cinco) mulheres desde o período gestacional ao puerpério. Na Atenção Hospitalar, foram incluídos os trabalhadores (médicos e enfermeiros) que trabalhavam no Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade e Dona Regina por período maior ou igual a 1 (um) ano. Critérios de exclusão: Os Servidores da rede (médicos e enfermeiros) que trabalhavam na Atenção Básica e na Atenção Hospitalar (maternidade) simultaneamente por acreditar que esses profissionais conhecem o fluxo dos dois serviços dentro da rede e os profissionais que estavam de férias, licença ou afastamentos.

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre fevereiro a agosto de 2016, respeitando a privacidade do entrevistado, por meio de entrevista semiestruturada, realizadas individualmente e registradas por meio de um gravador de mp3. Posteriormente transcritas na sua íntegra.

Inicialmente, para a realização das entrevistas, procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). Após a assinatura do mesmo, iniciaram-se as perguntas propriamente ditas. Foram feitas perguntas individuais relacionadas à percepção dos trabalhadores da Rede Cegonha (médicos e enfermeiros) sobre a relação entre a assistência ao pré-natal e as implicações no parto e nascimento.

Na entrevista semiestruturada o pesquisador tem uma lista de questões ou tópicos a serem respondidos, ou seja, um guia. Porém, essas questões não precisam seguir a ordem prevista e ainda podem ser acrescentadas novas perguntas no decorrer da entrevista, explorando ainda mais o assunto abordado (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram realizadas em local reservado no ambiente de trabalho do profissional livre de interferência e de acordo com a disponibilidade do mesmo, com duração máxima de 25 minutos. De forma a entender melhor esse tema, foi elaborado um instrumento de coleta de dados destinado aos profissionais médicos e enfermeiros trabalhadores da rede cegonha de Palmas – TO (Apêndice II).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em reunião ordinária no dia 29/05/2015 sob o protocolo nº 048/2015 de acordo com a Resolução 466/12 que estabelece que toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética e Pesquisa (BRASIL, 2012c).

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo conforme técnica de Bardin (1977), que é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na Pré-análise, primeira etapa, objetivou-se sistematizar as ideias e falas iniciais, possibilitando a condução de um esquema posterior de análise. Neste momento, foi feita a organização do material coletado, fazendo a sistematização das ideias iniciais, por meio da transcrição da entrevista fazendo a tabulação das perguntas e das respostas de cada

entrevistado abstraindo-se do sentimento básico imbricado nas falas dos sujeitos entrevistados, nas unidades de registro.

Na segunda etapa, fase de exploração do material, realizou-se a decodificação das ideias e falas iniciais, transformando-as em unidades de contexto.

A terceira etapa, de tratamento dos resultados, após leitura exaustiva e sistematizar as ideias, foi definido as categorias de análise, por meio de conhecimento científico prévio (BARDIN, 1977).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi realizada nos meses de fevereiro a julho de 2016, onde os questionamentos buscaram verificar o conhecimento dos profissionais sobre a assistência ao pré-natal. Para que a Rede Cegonha seja eficaz, os profissionais que dela fazem parte devem conhecer seu fluxo, independente do serviço da rede em que esteja inserido. Espera-se que, conforme seu fazer profissional, ele saiba compreender como funciona a Rede Cegonha, não ficando preso apenas ao seu âmbito de trabalho, mas compreendendo os quatro componentes do programa e as diretrizes dessa política de saúde que norteia seu trabalho. Dos 24 profissionais que havia definido na metodologia para serem entrevistados, sendo 12 da atenção básica e 12 do Hospital, apenas 19 aceitaram participar da pesquisa. Em ambos locais houve rejeição, porém no hospital esse número foi maior, total de 3 dos 5 que não aceitaram participar da pesquisa. A proposta inicial seria entrevistar 02 equipes das 03 principais regiões estratégicas do município de Palmas, sendo 02 equipes da região Norte, 02 equipes da região Sul e 02 equipes da região Central, totalizando os 12 profissionais da atenção básica, ou seja, entendendo ser uma equipe quando composta por 01 médico e 01 enfermeira, portanto cada UBS seria entrevistado 4 profissionais (02 médicos e 02 enfermeiras). Contudo, só foi possível entrevistar 10, pois dois profissionais da região norte não aceitaram participar da pesquisa. Situações as quais eram previstas por estarmos em um momento político desfavorável nas duas esferas da gestão, nacional e estadual, e a política de saúde em questão, fora lançada durante a Gestão do Governo estadual, ainda em exercício.

##### 4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para preservar a identidade dos entrevistados, foram utilizados números sequenciais e a letra E de entrevistado garantindo o anonimato dos profissionais, que estão relacionados com as análises qualitativas.

Os entrevistados tinham idades entre 24 e 52 anos, sendo 26,3% (5) com idade de 20/30 anos, 42,1% (8) de 31/40 anos, 15,8% (3) de 41/50 anos e 15,8% (3) mais que 51 anos. Quanto ao sexo 21% são do sexo masculino e 79% são do sexo feminino. Quanto

ao estado civil, 68,4 % declararam casados, 26,3 % declararam solteiros e 5,3 % união estável. Quanto às categorias profissionais 36,8 % (7) são médicos e 63,2 % (12) são enfermeiros. O tempo de trabalho na Rede Cegonha variou de 1 ano e 2 meses até 16 anos, sendo 52,6 % (10) dos entrevistados trabalham na atenção básica e 47,4 % (9) no Hospital.

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

**Tabela 2** – Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto das entrevistas

<b>UNIDADES DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensalmente até 34<sup>a</sup> semana</li> <li>• Mensalmente até 37<sup>a</sup> semana</li> <li>• Mínimo de 6 a 7 consultas</li> </ul>	Número de Consultas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falha na adesão ao pré-natal</li> <li>• Falta de acolhimento no pré-natal</li> </ul>	Adesão ao pré-natal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitação de todos os exames no 1<sup>o</sup> trimestre de gestação</li> </ul>	Oferta de exames
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morosidade na Ultrassonografia (acesso e resultado)</li> <li>• Resultados laboratoriais em tempo hábil</li> </ul>	Resultados dos exames em tempo oportuno
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captação com 20 a 25 semanas</li> <li>• A maioria chega grávida</li> <li>• Captação com 6 a 8 semanas</li> </ul>	Captação precoce
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscativa é complicada</li> <li>• É feita pelos agentes comunitários de saúde</li> </ul>	Buscativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital é acessível para visitas das gestantes</li> <li>• A gestante é orientada a realizar a visita ao hospital durante o pré-natal</li> </ul>	Vinculação e Visita guiada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital sempre lotado</li> <li>• Não tem vaga para todo mundo</li> </ul>	Vagas sempre

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia do acompanhante em 100% dos partos</li> <li>• Diminuição da taxa de episiotomia</li> <li>• Partos realizados por enfermeiros obstetras</li> <li>• Posição do parto de livre escolha da gestante</li> <li>• Contato pele a pele no mínimo por 1 hora</li> <li>• Amamentação na primeira hora de vida</li> <li>• Métodos não farmacológicos de alívio da dor</li> </ul>	Boas práticas de atenção ao parto e nascimento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falha no sistema de Comunicação entre as referências</li> <li>• O retorno pós-parto é excelente</li> </ul>	Referência e Contra Referencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta muito medicamento</li> <li>• Falta equipamentos essenciais de trabalho e insumos</li> </ul>	Recursos Materiais e Insumos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta uma maternidade Municipal de Risco Habitual</li> <li>• Falta um CPN (Centro de Parto Normal)</li> <li>• Necessidade de reforma e ampliação do hospital de referência</li> </ul>	Estrutura Física
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguem os manuais do ministério da saúde</li> <li>• Prática baseada na experiência do dia a dia</li> <li>• Não tem conhecimento sobre a política que trabalha</li> <li>• Conhecem a rede cegonha</li> <li>• Conhecem e seguem a rede cegonha</li> <li>• Seguem a política de nacional de humanização</li> </ul>	Conhecimento sobre a política que trabalha
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não dá alta do pré natal com 37 semanas, gosta de acompanhar até o final.</li> <li>• Encaminha para o alto risco e o tratamento é feito por lá.</li> <li>• Encaminha para o Dona Regina para realizar exame de urina.</li> </ul>	Conhecimento sobre o fluxo da rede

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquece de orientar a gestante</li> <li>• Dificuldade em reuni-las</li> <li>• Grupos de gestante esporádicos</li> <li>• Orientação apenas no dia da consulta</li> <li>• Orientação rápida na sala de espera em datas comemorativas</li> <li>• Reconhecimento da importância da orientação da gestante e acompanhante</li> <li>• Gestantes chegam despreparadas para o parto e atrapalha o processo parturitivo</li> <li>• A orientação sobre o parto deveria ser durante a gestação</li> </ul>	Educação em Saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissional sente a necessidade de capacitação</li> <li>• Profissionais reconhecem os avanços no serviço devido cursos realizados</li> <li>• Falta profissional qualificado e capacitado</li> <li>• Alta rotatividade de profissionais</li> </ul>	Educação Permanente

Para melhor compreensão dessa análise, as unidades de registro foram dispostas em categorias conforme as perguntas do questionário semiestruturado baseado em um conhecimento prévio sobre o tema. Dessa forma, a tabela 3 representa a organização dessas categorias.

**Tabela 3** – Categorias de Análise das entrevistas de acordo com as perguntas realizadas

PERGUNTAS	CATEGORIAS							
<b>1) Como é a assistência ao pré-natal as mulheres na Estratégia Saúde da Família a qual você trabalha? Como é a Rotina (Atenção Básica e Hospitalar).</b>	1.1	Número de consultas	1.2	Captação Precoce das Gestantes	1.3	Oferta de exames		
<b>2) Dentre as políticas do Ministério da Saúde para a assistência a mulher, qual é utilizada pelo serviço de saúde no qual você trabalha?</b>	2.1	Conhecimento sobre a política que trabalha	2.2	Conhecimento do fluxo da rede				
<b>3) Quais as ações preconizadas por essa política na assistência a mulher no pré-natal/parto e nascimento?</b>								
<b>4) Qual a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento?</b>	4.1	Qualidade do pré-natal						
<b>5) Quais são os principais problemas que você identifica na atenção ao pré-natal na Unidade</b>	5.1	Exames em tempo oportuno;	5.2	Referência e contra referência;	5.3	Buscativa;	5.4	Adesão ao Pré-natal;

---

**Básica de Saúde? (Quando a entrevista for no hospital) e na atenção ao parto (quando a entrevista for na UBS).**

<b>6) Como você descreve a situação real na assistência a mulher do pré-natal, parto e nascimento no seu município. E o que seria ideal?</b>	6.1 Vinculação e visita guiada	6.2 Vagas sempre	6.3 Recursos materiais e insumos;	6.4 Boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
<b>7) Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?</b>	7.1 Estruturas física e ambiência	7.2 Educação em Saúde;	7.3 Educação Permanente	7.4 Sistema Apoio;

---

Por último, foi realizado tratamento dos resultados, fazendo inferência e a interpretação, conforme os referenciais teóricos e chegaram-se as seguintes categorias finais de análise de acordo com as unidades de contexto analisadas como demonstra a tabela 4.

**Tabela 4** – Categorias finais de Análise das entrevistas

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

Segue a análise dos dados pelas categorias encontradas:

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

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

**Categoria III:** Sistema de Apoio – Identificam-se os elementos imprescindíveis no apoio a uma assistência segura no ciclo gravídico puerperal abordando principalmente

sobre os recursos materiais, insumos e estrutura física que possam interferir na assistência da gestação ao parto no município de Palmas.

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

#### 4.1.1 Categoria I: Componente Pré-Natal

Considera um pré-natal de qualidade quando é garantido, no mínimo, um acolhimento e classificação do risco durante toda gestação, o acesso da gestante a 6 consultas, sendo 1 no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 no terceiro, captação precoce até 12 semanas e busca de faltosas, oferta exames de rotina nos 3 trimestres de gestação e resultados em tempo oportuno, programas educativos e vinculação ao local de parto (BRASIL, 2012).

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

Contudo, alguns estudos como de Oliveira e Bortolli (2016), apontam que a atenção ao pré-natal qualificada ainda é um grande desafio para os gestores e profissionais da saúde. Neste estudo, foi identificado que fatos como o acesso ao agendamento, captação precoce tardia, baixa escolaridade e renda podem distanciar o acesso e a adesão da gestante ao pré-natal. Outras pesquisas também afirmam que gestantes com baixo grau de escolaridade associado a um baixo nível sócio econômico costumam iniciar o acompanhamento do pré-natal tardiamente e apresentam maior índice de absenteísmo, além de apresentar hábitos inadequados durante o período gestacional (CARDOSO et al., 2016). Assim como encontramos em algumas falas dos entrevistados E1, E2 e E16:

*E1[...] a adesão é muito falha ainda, pela morosidade vamos dizer assim do tratamento... e algumas não querem*

*fazer o pré-natal aqui, porque querem fazer com o obstetra [...].*

**E2** [...] *acho que melhorar a adesão dessas gestantes aqui delas estarem vindo aqui todo mês [...].*

**E16** [...] *o não comparecimento da própria paciente, dessa importância do pré-natal, não vir ao pré-natal [...].*

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

**E3** [...] *ela é sempre feita no primeiro trimestre, antes da décima segunda semana [...].*

**E7** [...] *a gente tem recebido as gestantes com 6 semanas, 8 semanas [...].*

**E10** [...] *amenorreia a gente já entra com teste rápido, teste rápido positivo, a gente já inicia o pré-natal [...].*

Estas regiões ficam na periferia da cidade em que a população é mais SUS dependente, enquanto que nas falas E1 e E4 que são regiões centrais onde concentram uma população mais esclarecida menos SUS dependente, desaponta os estudos conforme citado anteriormente nos quais afirmam que a baixa escolaridade e renda podem distanciar o acesso e a adesão dessas gestantes.

*E1 [...] chega gestante aqui com 20 semanas, 25 semanas [...].*

*E4 [...] a maioria já chega grávidas e às vezes não sabem que estão grávidas [...].*

*E3[...] tô aqui há 09 anos, a adesão à gente não tem grandes problemas com relação a isso, quer vim vem [...].*

Um desses motivos encontrados nas entrevistas é com relação aos exames, foi observado que a oferta está ocorrendo, porém, o grande problema é com os resultados que não estão chegando a tempo oportuno conforme é preconizado. Cavalcante KOR, Santos AA, Lúcio IML et al. (2016), evidenciaram que a não realização dos exames e aquisição tardia dos resultados pode dificultar o diagnóstico precoce de agravos que comprometem a saúde materno-infantil.

*E5 [...] nós estamos conseguindo oferecer todos os exames [...].*

*E6 [...] todos os exames do primeiro trimestre são solicitados na primeira consulta [...].*

*E9 [...] a gente solicita todos os exames na primeira consulta né [...].*

*E10 [...] a gente solicita todos no primeiro e segundo trimestre [...].*

Porém, apesar da oferta dos exames mostrarem-se satisfatória, os resultados não condizem com essa realidade, fato este relatado pela maioria dos entrevistados, os quais afirmam que não estão recebendo em tempo hábil, percebe-se uma recente regularização quanto aos exames laboratoriais, mas a maior queixa é a morosidade da USG obstétrica. Segundo Pereira (2014), a ultrassonografia realizada no primeiro trimestre de gestação até por volta de 13 semanas, é mais fidedigna e considerada padrão de referência para estimar a idade gestacional e acompanhamento do desenvolvimento fetal a qual orienta para a tomada de decisão para interrupção da gestação com segurança. Outro estudo demonstra que mesmo a ultrassonografia não realizada nesse período recomendado

apresentou melhor desempenho para cálculo da idade gestacional do que pela data da última menstruação das mulheres brasileiras (PAPAGEORGHIU, 2014).

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

*E1 [...] morosidade dos exames, uma USG obstétrica está demorando 3 meses, 2 meses [...].*

*E4 [...] as vezes tem que pedir com uma certa antecedência para poder dar tempo de fazer [...].*

*E5 [...] nesses dois meses os exames estão chegando em tempo hábil [...].*

*E6 [...] os exames estão chegando em tempo hábil principalmente os do primeiro trimestre, inclusive a Ultrassonografia [...].*

*E7 [...] os Ultrassons estão vindo num período de 15, 20 dias e 30 dias [...].*

*E8 [...] a demora nos exames, demora muito o Ultrassom entendeu? A parte laboratorial aqui em Palmas até que não é tão demorada [...].*

Outro fato que chamou atenção, além desses pormenores, foi a posição de alguns profissionais frente a essa triste realidade, é perceptível verificar que o fato da não adesão das gestantes ao pré-natal também pode estar relacionado a forma alienada pela qual o processo de trabalho se desenvolve em alguns locais, em que o profissional apresenta totalmente desinteressado ou despreocupado com as consequências do não comparecimento dessa gestante as consultas de pré-natal.

*E3 [...] tô aqui a 09 anos, a adesão a gente não tem grandes problemas com relação a isso, quer vim vem [...]*

*E1 [...] assim a buscativa de gestante é complicado né fazer isso aí, sair perguntando quem está em amnorreia quem está em gestação [...].*

Relacionando essas falas com os resultados apontados por profissionais dessa mesma Unidade Básica, é possível compreender o porquê de a captação precoce nessa região não ser satisfatória, ou seja, está diretamente relacionado com a falta de ter uma buscativa mais efetiva dessas gestantes e uma intensificação na monitorização dessa ação assim como fortalecer a educação permanente desses profissionais sobre a importância de oferecer uma assistência segura a essa população.

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

No Brasil, essa vinculação além de ser recomendada pela Rede Cegonha ainda é garantida por lei desde 2007 (BRASIL, 2007). Estudo recente sobre a pesquisa Nascer no Brasil (LANSKY, 2014), aponta que a peregrinação é referida por 16,2% das mulheres sendo mais frequente em mulheres residentes na região Nordeste, não brancas, adolescentes e com escolaridade baixa, levando a maior ocorrência de *near miss* materno, que é definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS como complicações maternas graves, ou seja, “condições potencialmente ameaçadoras à vida” (OMS, 2011).

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

*E3 [...] a gente tem boa abertura para levar a gestante na maternidade, a gente tem uma boa vinculação desses pacientes com os nossos serviços [...].*

*E4 [...] elas podem inclusive estar indo lá no Dona Regina para estar conhecendo[...].*

*E6 [...] essa paciente é orientada com relação ao local onde ela pode realizar o parto dela, ela é orientada sobre a visita que ela deve fazer lá antes [...].*

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

*E16 [...] se ela vier no hospital e ela conhecer o hospital isso é importante, ela estar familiarizada com o ambiente onde ela vai ter o seu parto [...].*

*E17 [...] essa relação da atenção básica com o hospital, acho que a gente tem que melhorar muito ainda essa relação de rede mesmo... ela tem direito a visitas ao local do parto quando ela desejar e tiver disponibilidade para visitar o local de parto mas são poucas que vêm [...].*

#### 4.1.2 Categoria II: Componente Parto e Nascimento

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

*E5 [...] não há nenhum tipo de comunicação entre a atenção básica e o hospital, eles não passam nenhum tipo de comunicação [...].*

*E1 [...] eu vejo um problema relacionado ao sistema, falha de sistema de COMUNICAÇÃO, entre as referências... contra referência do hospital Dona Regina, eu nunca recebi aqui, nada nenhum papel nesses 3 anos, relatório de parto pra saber o que aconteceu, apgar é, a criança nasceu com isso, nasceu com aquilo, qual foi o peso, não, nunca, resumo de alta? Nunca recebi [...].*

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

Motivos pelos quais levam ao tumulto e lotação dentro das maternidades, por falta de uma comunicação adequada, ou mesmo a inexistência de um prontuário clínico compartilhado de um sistema único informatizado para que de fato haja uma integração entre os serviços da rede de atenção. A maior queixa dos profissionais é quanto à comunicação anteparto, quando a gestante ultrapassa da data provável de parto, porém ainda não entrou em trabalho de parto e que é encaminhada para o hospital para avaliação. A inexistência de protocolos institucionais para esse atendimento hospitalar contribui para os transtornos que ocorrem diariamente nos serviços. Quanto o retorno após o parto, à maioria avaliou como satisfatório.

*E4 [...] eles mandam contra referência sobre o que está sendo feito tudo direitinho [...].*

*E10 [...] eu acho o retorno do hospital Dona Regina espetacular, porque assim, vem tudo bonitinho, tudo da gestante e vem tudo da criança, caderneta, tudo, só que eu assim que está faltando que quando a gente encaminha pra lá, não volta pra nós, não volta nada [...] quando ela vem no pós parto, nossa eu acho assim, espetacular, vem as orientações, vem tudo, assim perfeito [...].*

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

*E5 [...] sobre o Dona Regina ouço dizer que lá tá bem lotado [...].*

*E15 [...] o que mais transtorna, o que mais dificulta o trabalho dos profissionais aqui, falta de vaga, não tem vaga para todo mundo [...] é solicitado a vaga da mulher aqui no as vezes tem paciente em período expulsivo tendo a vaga já entra de imediato [...].*

*E18 [...] teria que ter uma outra maternidade, de risco habitual, essa maternidade seria responsável pelas gestações de risco habitual do município de palmas que seria uma referência para os municípios e Palmas merece uma maternidade de risco habitual [...] Dona Regina hoje, reforma da estrutura, mas essa reforma seria muito menor, muito menos desejável do que uma maternidade de risco habitual [...].*

Essa situação é contrária ao que é preconizado pelo componente parto e nascimento da Rede Cegonha a qual deve ser garantida a vaga sempre. Além disso, o fato da parturiente ficar no corredor sem um local adequado para percorrer todo o trabalho de

parto também contradiz as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Contudo, mesmo sendo um grande desafio para a maternidade, pois se sabe que é um problema que vai além de protocolos institucionais, que depende também de um sistema horizontal de saúde fortalecido conforme a RAS propõe que sejam articulados e estruturados para que resolvam objetivos únicos. Alguns desafios dentro da governabilidade dos profissionais do hospital, como cumprimento de metas e melhoria dos indicadores na atenção ao parto, foram relatados pela unanimidade como satisfatório e percebe-se que é de conhecimento de todos, ações que são preconizadas pela política da rede cegonha.

*E13 [...] ela tá com acompanhante o tempo todo, diminuição da taxa de episiotomia, partos realizados por enfermeiras obstetras, a posição do parto de livre escolha da paciente, é o contato pele a pele, no mínimo uma hora ou até que a mãe sente necessário, a amamentação na primeira hora de vida [...] e [...] usar métodos não farmacológicos de alívio da dor, né [...].*

*E18 [...] colocar a paciente em outras posições que não são de litotomia, tem a paciente sentadinha, a paciente de cócoras... o uso da ocitocina no momento adequado, amniotomia programada com indicação, uma episiotomia seletiva, o acompanhante em 100% dos casos, a mulher não fica em jejum, ela pode deambular no espaço do pré-parto a gente tem os métodos não farmacológicos de alívio da dor, a bola, posicionamento, massagem o banquinho, o banho morno [...].*

Nota-se, que há um alinhamento quanto ao conhecimento dos indicadores da rede cegonha dentro do hospital e um esforço dos profissionais para cumprir e oferecer o mínimo de conforto e segurança para a parturiente e o acompanhante durante todo o processo parturitivo. Chama a atenção sobre o indicador presença de acompanhante relatado pelo entrevistado 18, quando colocou que a parturiente tem esse direito em 100% dos casos. É um indicador importante recomendado pela OMS, e que ainda muitas maternidades do país não conseguem cumprir mesmo após 10 anos da publicação da Lei

do acompanhante nº 11.108. É importante reconhecer que mesmo com todas as dificuldades encontradas no sistema de governança dos serviços, estes profissionais labutam diariamente para oferecer a melhor assistência dentro das suas possibilidades diante de todo caos na saúde no estado instalado nesses últimos anos.

#### 4.1.3 Categoria III: Sistema de Apoio

É complexo compreender como que uma Gestão do Serviço pactua com uma política que irá garantir o mínimo de recursos necessários para oferecer uma assistência materna infantil segura e deixa faltar o básico na atenção a mulher e o recém-nascido colocando-os em risco comprometendo todos os desfechos perinatais. Não é fácil para o profissional que está na assistência diante dessa falta de respeito com o usuário enfrentar essa situação que o coloca impotente perante a sua assistência. Aqui, muitos profissionais demonstraram profundo desapontamento com o sistema de apoio. Segundo o modelo da rede de atenção à saúde, a base da atenção primária e de todas as redes temáticas é o sistema de governança que abrange o sistema de apoio e o sistema logístico que são transversais a todas as redes de atenção. Cabendo a esse sistema garantir apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde.

*E1 [...] a cefalexina que está faltando não sei nem te dizer mais ou menos uns 10 meses... a falta de medicamento, alguns cefalexina é primordial, penicilina benzatina nem se fala nisso [...].*

*E2 [...] está tendo cefalexina só suspensão oral, aí é difícil falta medicamento, a gente está bem em falta, falta bastante medicamento [...].*

*E10 [...] até ácido fólico, não sei se chegou ainda, ácido fólico, sulfato ferroso, cefalexina tem um bom tempo que não tem, então paciente, penicilina benzatina está tendo antigamente não tinha... acho que ácido fólico e sulfato ferroso não devia faltar, que é o básico do básico [...].*

*E14 [...] os insumos né que também não tem, sempre faltando tipo igual agora não tem ocitocina [...].*

*E15 [...] muitas vezes falta aparelho de bcf, aparelho para verificar a pressão da paciente a assistência fica comprometida [...] o próprio cartão de pré-natal dela é uma folhinha de papel xerocada, mal impressa, mal consegue enxergar o que está escrito isso mostra a falta de atenção do município, tudo xerocadinho, apagadinho, mal escrito, poucos exames, não é anotado o tratamento realizado no pré-natal [...].*

Estudos têm mostrado que apenas a cobertura adequada da assistência ao pré-natal não garante a redução dos coeficientes de mortalidade (SANTOS NETO, 2008). O relato do E15 chama a atenção sobre a observação que este profissional faz sobre o cartão pré-natal que além de ser um instrumento de extrema importância, pois contém informações fundamentais para a comunicação entre os serviços ainda se encontrava em péssimas condições de conservação no final da gestação por estar mal preenchido pelos profissionais que acompanharam o pré-natal. Situações como essa são bem semelhantes a vários estudos realizados no Brasil sobre o preenchimento do cartão pré-natal como no estudo de Polgliani e colaboradores (2014), realizado com 360 puérperas no município de Vitória – ES que evidencia a precariedade dos registros dos cartões das gestantes, os quais traçam uma possível relação dessa inconformidade à resistência do profissional de saúde em registrar a mesma informação em dois instrumentos diferentes já que devem alimentar o sistema de informação no momento da consulta o SISPRENATAL WEB, pois ainda encontram dificuldades com esse sistema na incorporação do mesmo na rotina durante as consultas.

O cartão do pré-natal é o elo entre os dois momentos da assistência básica e especializada para a tomada de decisão em saúde pública dependendo da disponibilidade de informações. Estudos têm mostrado que a qualidade dos dados e dos sistemas de informação em saúde, assim como a utilização da informação disponível, estão relacionadas à eficiência dos serviços de saúde. A existência de informações sobre a saúde materno infantil é fundamental para garantir uma assistência pré-natal de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para com as ações de redução da mortalidade materna e perinatal (SANTOS NETO, 2008). Um estudo feito sobre o preenchimento do cartão da gestante no Rio de Janeiro em 2013 com 150 puérperas revelou que 44,8% dos cartões apresentaram qualidade classificada como “ruim/muito ruim, 27,6% regulares e 27,6%

bom/excelente. Quanto aos registros dos exames laboratoriais apresentaram os piores resultados quase 80% dos cartões apresentaram pelo menos 20% de resultados ausentes entre os exames avaliados, sendo que 37,9% receberam a classificação muito ruim e apresentaram mais de 50% de omissões de registro desse item (MAIA, 2013).

Aqui, foi observado que há uma reclamação intensa por parte dos profissionais do hospital quanto aos registros incompletos ou mesmo incorretos dessas informações e nota-se na verdade que além da sobrecarga de serviço dos profissionais da atenção primária ainda se observa uma fragilidade na formação, uma dificuldade na interpretação dos exames e na conduta dos tratamentos.

#### 4.1.4 Categoria IV: Rede Cegonha

A Rede Cegonha (RC) instituída pela portaria nº 1459 de 2011, busca garantir uma integralidade do cuidado e surgiu para sistematizar e institucionalizar um novo modelo de atenção que possibilite a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna Infantil que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). É imprescindível que haja um direcionamento da organização da rede de serviços para ser baseada na integralidade da atenção, tendo em vista que este princípio pode nortear a prática profissional, a organização da saúde, o processo de trabalho e as respostas governamentais para desenvolvimento de um esforço intra e intersetorial (CARVALHO, 1993; MATTOS, 2001).

Nesse sentido, é preocupante perceber que os profissionais inseridos na atenção primária ordenadora e coordenadora desse processo, demonstraram pouco ou nenhum conhecimento sobre a política em que trabalha, ressaltando inclusive a necessidade de capacitação e orientação sobre o fluxo da rede. Fato este que pode estar relacionado com a alta rotatividade de profissionais e por serem novos no território de abrangência da sua área. Além disso, é importante destacar que apesar do município ter aderido à rede cegonha há 7 anos, esse modelo de rede de atenção à saúde ainda é novidade para a maioria dos profissionais que encontram em fase de adaptação com a reformulação desse sistema. Porém, não justifica a desapropriação de conhecimento a respeito de o porquê estar realizando cada ação dos componentes da rede cegonha. Isso remete a impressão de um profissional alienado no seu processo de trabalho, pois neste estado de alienação esse

sujeito fica liberado do sentimento de responsabilidade perante o paciente (DAVIS-FLOYD, 2000).

*E3 [...] sim a gente segue a política do Ministério tudo que é preconizado [...].*

*E4 [...] não tem uma política específica [...].*

*E5 [...] eu me baseio na experiência do dia a dia, porque a gente sempre aprende com alguém [...].*

*E6 [...] assim tem um caderno que o Ministério da Saúde dispõe através de um portal [...].*

*E7 [...] olha não sei te dizer o nome certo, mas eu sempre me baseei num caderninho de atenção básica [...].*

Somente 02 entrevistados na atenção básica demonstraram mais segurança e conhecimento sobre a política em que trabalham.

*E9 [...] a gente segue a Rede Cegonha [...].*

*E10 [...] do Ministério da Saúde, o protocolo do atendimento do pré-natal [...] ah a gente lê tanta coisa [...]*

*A gente segue aquele protocolo de assistência integral a saúde da mulher [...].*

Já no hospital, foi percebido que esta política está mais implementada e consolidada na visão dos profissionais da atenção ao parto e nascimento. Segundo relatos, isso é fruto de um colegiado gestor fortalecido pelo apoio da Gestão Estadual e do Ministério da Saúde através dos apoiadores da Rede Cegonha que se empenharam no monitoramento dos indicadores, fomentando implantação de boas práticas e no desenvolvimento de protocolos institucionais de assistência ao parto e nascimento. O conhecimento sobre qual política orienta o serviço foi unânime.

*E13 [...] sim são os critérios da Rede Cegonha, é a política de humanização ao parto e nascimento, é isso que conduz o serviço [...].*

*E14 [...] a gente segue as normas do Ministério da Saúde, tem a Rede Cegonha, essas do parto humanizado também [...].*

*E15 [...] seguimos as orientações do ministério, da Rede Cegonha [...].*

*E16 [...] tudo que a gente faz aqui não é baseado nas normas e rotinas do Ministério da Saúde [...].*

*E17 [...] o hospital é credenciado pela rede cegonha né, então nós seguimos o protocolo da rede cegonha [...].*

*E18 [...] a Rede Cegonha, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento [...].*

*E19 [...] sim... seguimos o protocolo em si ne, elaborado pela equipe, além do projeto da Rede Cegonha [...].*

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

*E2 [...] a gente encaminha uma paciente com infecção urinária que está demais, manda lá para o hospital para fazer o exame, o pessoal tem maior dificuldade a paciente vai lá só fazer os exames, ela pega os resultados, não precisa tratar lá ela pega o resultado e traz pra gente, eles tem dificuldade desse entendimento, não sei como que funciona lá [...].*

*E10 [...] dependendo da situação geralmente a gente encaminha para o Hospital Dona Regina... é preconizado não sei se mudou, por exemplo 40 semanas, mas se ela não sente nada, e o médico fala: o que você está fazendo aqui? Então aí ela volta, e a gente manda de novo, e aí fica nisso [...].*

*E5 [...] eu gosto de acompanhar até o final, não dou alta do pré-natal com 37 semanas e agora tchau... agora você vai para o hospital [...].*

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

*E2 [...] quando estiver próximo ao parto a gente orienta como que vai ser [...] acho que a gente não orienta tanto, a gente faz a consulta e esquece de orientar a gestante, e aí ela chega lá desinformada [...].*

*E3 [...] a gente também tem ou pelo menos tenta reuni-las para dar essas orientações, mas assim termina o semestre e a gente tem uma dificuldade de reuni-las [...].*

*E7 [...] algumas vezes a gente faz os grupos de orientação a gestante, tem as orientações individuais, como vai ser o parto mesmo, a rotina dessas palestra a gente tenta fazer uma vez por mês ou uma vez a cada 2 meses, a gente não consegue fazer de uma forma muito regular. A gente faz*

*essas orientações no dia da consulta mesmo, não é um dia específico porque elas não comparecem né, e a gente faz uma meia horinha ali de conversa, coisa rápida [...].*

*E9 [...] durante a gestação tem as orientações individuais no consultório e não é sempre mais algumas vezes a gente faz palestras na sala de espera, quando tem algum tema, alguma data comemorativa [...].*

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

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

*E11 [...] o principal que eu acho é a orientação... as pacientes nossas elas chegam aqui totalmente leigas, elas tem medo do parto, tem medo da dor [...].*

*E12 [...] elas não têm noção da importância desse contato pele a pele, acho que tinha que ser esclarecido mais essa parte pra elas. Acho que a orientação mesmo principalmente do acompanhante, de tá explicando essa situação do trabalho de parto... o que mais falta em relação a orientação a paciente da importância desses exames [...].*

*E14 [...] a grande maioria dessas mulheres chegam despreparadas pro parto. Pra orientar primeiro ele tinham que fazer grupo de gestante para orientar, principalmente isso para orientar e preparar mesmo para o parto [...].*

*E15 [...] o ideal é que o trabalho de parto se fosse orientado no pré-natal ela não chegaria aqui muito cedo no hospital, ela chegaria então realmente se estivesse em trabalho de parto [...].*

*E17 [...] acho que deveria discutir mais o parto com a mulher e a família. Ela viria com mais tranquilidade, acho que no pré-natal isso ajudaria muito... O processo de parir [...].*

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

*E6 [...] eu sinto uma necessidade de capacitação, principalmente por me sentir novo na área os índices de complicações possam baixar bastante [...].*

*E11 [...] Dona Regina tem avançado muito, de 5 anos pra cá, a gente está atualizando, são vários cursos que nos fazemos aqui [...].*

*E14 [...] falta profissional capacitado [...].*

*E15 [...] é o que tenho impressionado, por exemplo, o número de gestações, coloca errado o número de gestações que a paciente teve, não sei se a entrevista no pré-natal é mal feita, não sei se e falta de atenção da equipe, não sei né, assim são informações importantes que passa né [...].*

*E16 [...] aqui no hospital tem curso de aperfeiçoamento, tem tido mas, eu acho que tem que continuar, essa capacitação dos profissionais em relação a assistência [...].*

*E18 [...] há uma rotatividade grande de profissionais, e uma qualidade de formação ruim... ela é até suficiente em quantidade, mas a qualidade dela é deficiente [...].*

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

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

*E1 [...] Sem dúvida, as consultas de pré-natal são ferramentas muito importante para adaptação de mãe e feto, de nascimento e convivência, as orientações que a gente passa aqui, mas muitas vezes a gente pode achar que não é importante, mas pra quem não tem nenhum tipo de conhecimento, ou pouco conhecimento é de grande valia né [...].*

*E2 [...] a gente fala que infecção urinária é um dos fatores de risco para aborto, para um trabalho de parto precoce, então assim se a gente não tratar a gestante e não tiver um acolhimento aqui, [...] aí pode acontecer dela ir pra lá com um parto prematuro, pro Dona Regina [...].*

*E6 [...] Toda relação né, acredito que tenha, tanto de bom quanto de ruim dependendo de como foi feito esse pré-natal, se a paciente foi atendida de forma regular e diante das suas queixas ela foi atendida imediatamente, ela vai ter um prognóstico bem melhor no momento do parto né, acredito eu assim, um parto bem mais tranquilo mas tem uma relação direta também de um pré-natal bem acompanhado ou mal acompanhado [...].*

*E5 [...] A assistência ao pré-natal é o caminho para você ter um bom parto, por exemplo na maior campea de intercorrências aí que é a infecção de urina a pior coisa que a gente sabe que é a causa de partos prematuros, pode levar a sepse neonatal [...].*

*E18 [...] O que eu vejo, acho que está faltando qualidade no pré-natal não é raro você ver um cartão de pré-natal repleto de consultas, então não é o número, mas qual é a qualidade desse pré-natal? Você vê a qualidade da nossa ação, uma qualidade do pré-natal que deixa a desejar, a maneira de interpretação dos exames ou dificuldade de interpretação dos exames, a gente recebe paciente assim pra consulta na nossa porta, que é para interpretação de exame para leitura de uma urocultura de um você recebe a mulher com 36 semanas em trabalho de parto, porque mais cedo não foi detectado a pré-eclâmpsia parece que ela ainda tem dúvida, chega lá ela está com a pressão alterada manda logo para o hospital, e parece que o pré-natal não sabe mais conduzir uma pré-eclâmpsia, então assim a paciente tem um componente de risco então ela agora é acompanhada pelo pré-natal de alto risco, e talvez ela só*

*vai na unidade para dar uma satisfação, porque a capacidade de antecipar as complicações deixa a desejar, a gente ainda recebe paciente convulsionando, a gente recebe paciente sem diagnóstico de sífilis, a gente vai fazer o diagnóstico de sífilis aqui no hospital, a gente tem muito aqui da óbito fetal né porque nossas crianças não estão chegando nem a nascer, né isso é muito ruim, a gente tem ainda uma incidência de trabalho de parto prematuro por infecções você vê que a rede parece que está desmembrada, A Rede anda desmembrada, e uma rotatividade grande de profissionais, e uma qualidade de formação ruim [...] ela é até suficiente em quantidade, mas a qualidade dela é deficiente [...].*

***E13** [...] Quando o pré-natal, é bem feito na questão de orientações, então quando a pessoa é esclarecida e tem conhecimento de si que foi passado de alguma forma pra ela durante o pré-natal, ela vem imbuída daquilo, e assim ela é aquela paciente tranquila, ela é uma paciente que colabora, no processo de trabalho de parto agora da parte de assistência... quando o pré-natal é bem feito na questão de exames, exames alterados, entrar com medicação, aí da positivo, a pessoa faz o tratamento, então quando isso acontece da devida forma, o período que elas permanece aqui internada no hospital é menor e isso ajuda a maternidade na questão de gerar leitos, o fluxo é maior [...].*

Ambos profissionais tanto da atenção básica quanto do hospital reconhecem a necessidade de melhor qualidade na atenção ao pré-natal para diminuir as intercorrências na gestação e no parto e avaliam que há uma relação direta dessa assistência no desfecho da gestação. Estudos apontam que a avaliação e o monitoramento dos processos educativos são essenciais na análise dos problemas e situações complexas do processo de

trabalho. A contínua avaliação dos processos educativos é indispensável para evidenciar as necessidades de reorientar e propor novas mudanças (SILVA, 2016).

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

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contemplados a apresentação e análise dos resultados, entende-se que este estudo cumpriu seus objetivos de retratar a compreensão dos trabalhadores da saúde da rede cegonha do município de Palmas da atenção básica e hospitalar quanto a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo do parto e nascimento. Pois foi possível analisar, a partir dos relatos apresentados pelos profissionais da saúde, a implementação das ações preconizadas dessa política em ambos os serviços. Unidades Básicas de Saúde e Hospital e Maternidade de referência no município de Palmas.

Observou-se que existe uma percepção diferente dos trabalhadores sobre a assistência ao pré-natal variando de acordo com as regiões que as UBS estão inseridas dentro dos seus territórios de abrangências, quanto a forma como se organizam, os atendimentos às gestantes e a responsabilidade com as mesmas quanto a falta de uma captação precoce e uma busca efetiva, principalmente na região central do município, ou seja, mesmo tendo cobertura da atenção primária nessa região, isso não significa que será garantido uma assistência de qualidade.

Quanto a implementação da rede cegonha, observou que há maior cumprimento das ações no componente parto e nascimento do que nos demais 3 componentes que compõe essa política. Foi observado que esse fato ocorre devido a constante presença de uma gestão participativa além do monitoramento efetivo dos indicadores desse componente.

Nota-se que a adesão ao pré-natal ainda não é satisfatória, mesmo em algumas regiões cumprindo com a captação precoce dessas gestantes, o que foi relacionado a morosidade dos exames principalmente a Ultrassonografia Obstétrica. Ou seja, a oferta desses exames do pré-natal ocorre principalmente no primeiro trimestre de gestação, sendo menos frequente no final, ou quando fazem não estão chegando em tempo hábil e os profissionais da atenção básica não anotam os resultados no cartão ou o fazem de forma inadequada. Nesse caso, podemos afirmar que existe uma alienação quanto ao desenvolvimento do seu trabalho, pois não realizam todos os procedimentos necessários para o fechamento do ciclo operacional.

O que chamou a atenção neste estudo também foi a posição de alguns profissionais frente a essa triste realidade, é perceptível verificar que o fato da não adesão das gestantes ao pré-natal também pode estar relacionado a forma alienada pela qual o processo de

trabalho se desenvolve em alguns locais, em que o profissional se mostra totalmente desinteressado ou despreocupado com as consequências do não comparecimento dessa gestante as consultas de pré-natal.

Observa-se uma fragmentação da rede ao passo que foi identificado uma grande lacuna na comunicação entre atenção primária e hospitalar. Isso é reflexo de uma qualidade na formação profissional insatisfatória e uma alienação no processo de trabalho. Nota-se ainda que falta informação e co-responsabilização da comunidade sobre a importância do pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento.

É importante destacar que os profissionais inseridos na atenção primária ordenadora e coordenadora da atenção à saúde, demonstraram pouco ou nenhum conhecimento sobre a política em que trabalham, ressaltando inclusive a necessidade de capacitação e orientação sobre o fluxo da rede.

Ficou claro que os profissionais da atenção hospitalar apresentam mais propriedade sobre as ações da política da rede cegonha dentro dos componentes parto e nascimento, porém mostraram falta de conhecimento sobre as ações dos outros componentes, já os profissionais da atenção primária apenas um citou e reconheceu a rede cegonha como uma política ordenadora do seu processo de trabalho.

Os resultados sobre o entendimento do fluxo do serviço pelos profissionais de ambos serviços são alarmantes e chamam a atenção para que gestores e profissionais possam se articular em prol de uma efetiva integração do sistema.

As atividades educativas são vistas como algo secundário na atenção ao pré-natal, nota-se que além de não terem grupos específicos para essa ação regularmente durante a gestação, ainda a fazem de maneira esporádica quando tem alguma data comemorativa ou mesmo uma conversa rápida de corredor fugindo totalmente da proposta orientada pela Rede Cegonha.

Ambos profissionais tanto da atenção básica quanto do hospital reconhecem a necessidade de melhor qualidade na atenção ao pré-natal para diminuir as intercorrências na gestação e no parto e avaliam que há uma relação direta dessa assistência no desfecho da gestação.

Refletindo sobre essa prática profissional, entendemos que o trabalho alienado pode trazer sérias consequências que comprometem diretamente a qualidade dos serviços

de saúde os quais precisam ser vistos como prioridade na gestão do trabalho exigindo melhorias na formação em saúde. Conforme a Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, afirmam que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e a integração entre ensino e serviço constitui-se como o eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde (BRASIL, 1990).

Enfim, podemos considerar que a suficiência de recursos humanos nos serviços deve estar aliada à educação permanente dos profissionais, assim, pode-se produzir uma saúde materna-infantil (SMI) com mais qualidade e acreditamos que esse é o melhor caminho a ser percorrido para transformar a realidade que estamos inseridos.

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

Como sugestão de pesquisas e projetos futuros fica a proposta de implantar um projeto de educação permanente em promoção da saúde materno infantil (PROEP – SMI) no município de Palmas com o apoio da gestão e a Fundação Escola Saúde Pública (FESP) e ainda uma comissão de monitoramento e avaliação dos indicadores da rede cegonha no município de Palmas.

No âmbito hospitalar, recentemente foi aprovado um projeto pelo Comitê de Regulação de Processos Educacionais em Saúde (CREPES – TO), com apoio da gestão geral do hospital, Núcleo de Educação Permanente (NEP) e da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (ETSUS) para aprimoramento de enfermeiros obstetras do Tocantins para assegurar uma assistência segura no parto e nascimento. Este foi elaborado por uma equipe técnica formada por profissionais do serviço juntamente os autores dessa pesquisa, para implantação da educação permanente na maternidade a qual apoiará de forma sistematizada profissionais do interior do estado que assistem partos de risco habitual.

Além disso, é necessário desenvolver protocolos hospitalares institucionais quanto aos critérios de admissão e alta da gestante, sendo esse último de forma responsável e amplamente divulgado na rede para o fortalecimento da referência e contra referência e consequentemente da atenção a mulher e a criança de forma integral e segura.

Logo, acreditamos que os dados oriundos desse estudo tenham evidenciado a importância da integração dos gestores com os profissionais da saúde para que possam desenvolver em conjunto ações que de fato possam contribuir para a mudança do cenário de prática de acordo com as necessidades e perspectivas daqueles que atuam diretamente com esta assistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 1999;

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.996/2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa> . Acesso em: 18 de maio de 2017;

BRASIL. Senado Federal. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Saúde. 2010a. Disponível em: [http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2010/AP20100504\\_MINISTRO\\_DA\\_SAUDE\\_APRESENTACAO.pdf](http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2010/AP20100504_MINISTRO_DA_SAUDE_APRESENTACAO.pdf). Acesso em: 15 de Julho de 2016;

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.459**, de 24 de junho de 2011a;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 1.ed., 2. Reimpr. Brasília, DF, p. 15-19. 2011b;

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implantação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011d;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.296**, de 2 de outubro de 2012a;

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/2012c**;

\_\_\_\_\_. Lei 11 634/2007. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm). Acessado em 15 de maio de 2017a;

\_\_\_\_\_. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Unidade Geográfica o Estado do Tocantins**. Acesso em 16 de maio de 2017b. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php);

CARDOSO MD; RIBEIRO CMS; OLIVEIRA IB; et al. **J. res.: fundam. care. online** 2016. out./dez. 8(4): 5017-5024;

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

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

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

CAVALCANTE K.O.R, SANTOS AA, LÚCIO IML et al. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 10(Suppl. 3):1415-22, Apr., 2016;

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

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

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

EAGLETON, Terry. **Marx e a Liberdade**. São Paulo: Unesp, 1999;

GOMES, R. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. 2010. Tese (**Doutorado**) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010;

GOMES, R.M.; SCHRAIBER, L.B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.339-50, abr./jun. 2011;

LANSKY S, FRICHE AAL, SILVA AAM, CAMPOS D, BITTENCOURT DAS, CARVALHO ML, ET AL. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**. 2014;39(Supl 1):S192–207;

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

LUKÁCS, G. **Ontología del ser social: El trabajo**. Buenos Aires: Herramienta, 2004.

LUZ, R.S. Trabalho alienado em Marx: a base do capitalismo, 2008. Dissertação (**Mestrado**) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS.

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

MÁRKUS, G. **A Teoria do Conhecimento no Jovem Marx**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

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

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

MARTINEZ, D. Estudos sobre trabalho docente. IN \_\_\_\_\_. **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 75-85;

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

MARX, K. **O capital**, vol.1. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. \_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1964;

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia Alemã (I – Feuerbach)**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

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

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

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010;

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004;

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

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

OLIVEIRA, D. As reformas educacionais e suas repercussões sobre o trabalho docente. IN \_\_\_\_\_. **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes.** Belo Horizonte: Autêntica, 2003;

OLIVEIRA G, BORTOLI CFC DE, PRATES LA et al. J Nurs UFPE on line., Recife, 10(9):3446-54, Set., 2016;

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

ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Novo York United Nations 2016 [citado 2016 12 de Dec]. Disponível em: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainabledevelopment-goals/>;

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

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, nº 4, 2010;

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

PAPAGEORGHIOU AT, KENNEDY SH, SALOMON LJ, OHUMA EO, CHEIKH ISMAIL L, BARROS FC, et al. International standards for early fetal size and pregnancy dating based on ultrasound measurement of crown-rump length in the first trimester. **Ultrasound Obstet Gynecol.** 2014;44(6):641–8;

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

PEREIRA APE, LEAL MC, DA GAMA SGN, SCHILITZ ACO, BASTOS MH. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad Saude Publica**. 2014;30(Supl 1):S59-70;

PINTO, Álvaro V. **Ciência e Existência**: problemas filosóficos da pesquisa científica. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985;

POLGLIANE RB, Leal MC, AMORIM MH, ZANDONADE E. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2014; 19(7):1999-2010.

RAMALHO, K. S.; SILVA, S. T.; LIMA, S.M.; SANTOS, M. A. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Caderno de Graduação – Ciências Humanas e Sociais – FITS**, v.1, n.1, p. 11-22. 2012;

SANTOS, M.A. et al. Assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento: compreensão dos trabalhadores da saúde do Estado do Tocantins. **Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – PPSUS**, 2014;

SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, II., 2005, São Luís. **Anais**. São Luís: UFMA, 2005;

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 1023-1028. 2011;

SANTOS NETO ET, ALVES KCG, ZORZAL M, LIMA RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**.2008;17(2):107-19;

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica**. Primeiras Aproximações. 9 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005;

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

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

- SILVA, J.L.P et al. Gravidez na adolescência: um desafio para além de políticas públicas de Saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet** 39 (2), 41-43. 2017 Mar 14;
- SILVA, L. A. A. et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, set./dez. 2016;
- SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. & COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001;
- SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182. Brasília, 2009;
- TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense. Caderno 1: **Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-Natal e Puerpério**. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012;
- TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, CIEVS, 2017;
- UCHIMURA, K.Y., SOUZA, C.B., BRANDÃO, K.A et al. Análise da situação do pré-natal realizado na unidade de saúde Salvador Allende, em Curitiba, de acordo com a proposta da Rede Cegonha. **Anais 22o Conferência Mundial de Promoção da Saúde Saúde Soc.** São Paulo, v.25, supl.1, 2016;
- VIELLAS EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, DA GAMA SGN et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica** 2014;30(Supl 1):S85–100;
- WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund), 1996. **Revised 1990 estimates of Maternal Mortality**. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/ MSM 96.11. UNICEF/PZN/96.1. Geneva: WHO/ UNICEF.

## ANEXO I – D.O.E – APROVAÇÃO DO PROJETO

44 **DIÁRIO OFICIAL Nº 4.166** **Ano XXVI - Estado do Tocantins, quarta-feira, 09 de julho de 2014**

### TERRAPALMAS

Presidente: GLÁUCIO BARBOSA SILVA

#### EXTRATO DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM PÚBLICO

PROCESSO: 014979/2012

PERMITENTE: Companhia Imobiliária do Estado do Tocantins - TerraPalmas

PERMISSIONÁRIO: Serviço Especial de Reabilitação - SER/ Comunidade Terapêutica Ser Livre

OBJETO: ARSE 132 Conj QD 23 Lotes 26 e 27

VIGÊNCIA DA PERMISSÃO DE USO: Até quando exigir o interesse público

DATA DA ASSINATURA: 03/07/2014.

SIGNATÁRIOS: Pela Companhia Imobiliária do Estado do Tocantins - TerraPalmas: o Diretor Presidente Gláucio Barbosa Silva e pelo Serviço Especial de Reabilitação - SER/ Comunidade Terapêutica Ser Livre: o Presidente José Marques de Souza.

### DETRAN

Diretor-Geral: CEL. JÚLIO CÉSAR DA SILVA MAMEDE

#### PORTARIA/GABDG/RH/Nº 158/2014.

O DIRETOR-GERAL DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - DETRAN/TO, no uso das atribuições legais que lhe confere os arts. 37 e 42, § 1º, da Constituição Estadual do Estado do Tocantins e pela competência que lhe fora atribuída pelo Ato nº 58 NM de 1º de janeiro de 2011, publicado no Diário Oficial nº 3.292, na data 02 de janeiro de 2011,

Considerando o Resultado da Comissão de Especialistas, a qual ocorreu nos dias 09 e 10 de junho de 2014;

Considerando o Resultado do Comitê Gestor, o qual ocorreu no dia 11 de junho de 2014.

Considerando que não houve apresentação de recursos dentro do prazo estabelecido no edital.

**DIVULGA o resultado FINAL, conforme planilha anexa.**

Paulo Henrique Ferreira Massuia  
Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Tocantins

PROJETOS APROVADOS - Edital FAPT 01/2014 (ordem alfabética)		
FAIXA A - DOUTORADO		
Nº	COORDENADOR	PROJETO
1	Carla Simone Seibert	A saúde das pessoas com doença falciforme no Estado do Tocantins.
2	Heber Rogério Gracio	Suicídio entre o povo Javê de la Ilha do Bananal, TO: identificação dos fatores relevantes associados ao fenômeno a fim de subsidiar políticas públicas voltadas para intervenção e prevenção dos agravos.
3	Helcileia Dias Santos	Estudo epidemiológico da leishmaniose visceral em cães e gatos no município de Araguaína-TO e suas implicações para a saúde humana.
4	Marta Azevedo dos Santos	Assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento: compreensão dos trabalhadores da saúde do Estado do Tocantins.
5	Miriam Cristina Leandro Dorta	Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana: diagnóstico molecular das espécies de leishmanias incidentes nas populações tocaninenses.
6	Myrlena Regina Machado Mesquita Borges	Avaliação de marcadores bioquímicos e inflamatórios associados ao risco para o desenvolvimento de doença renal em crianças e adolescentes tocaninenses com leishmaniose visceral.

**ANEXO II – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**

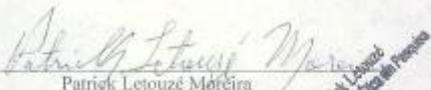


UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa: "ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO" da pesquisadora responsável MARTA AZEVEDO DOS SANTOS, Protocolo 048/2015, foi aprovado em reunião ordinária no dia 29/05/2015.

PALMAS -TO, 02 de Junho de 2015.

  
Patrícia Letouze Márcia  
Presidente do CEP-UFT

  
Prof. Patrícia Letouze  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
UFT

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### Dados de identificação

Título do Projeto: Compreensão dos trabalhadores da Rede Cegonha no município de Palmas -TO: assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento.

Pesquisador Responsável: Dr<sup>a</sup>. Marta Azevedo dos Santos (Orientadora) e Mayane Vilela Pedroso (Mestranda)

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Tocantins  
Telefones para contato: (63)3217-5345

Nome da voluntária: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso): \_\_\_\_\_

R.G. Responsável legal: \_\_\_\_\_

O convite para participar da pesquisa “Compreensão dos trabalhadores da Rede Cegonha no município de Palmas -TO: assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento.”, é de responsabilidade da pesquisadora Dr<sup>a</sup>. Marta Azevedo dos Santos e da mestranda Mayane Vilela Pedroso.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Na mesma portaria, são descritos os princípios organizativos da Rede Cegonha, divididos em quatro (4) Componentes, sendo eles: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

Esta pesquisa tem como objetivo Geral: compreender o entendimento dos trabalhadores da rede cegonha sobre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento. Como objetivos específicos: identificar a compreensão que os trabalhadores da Atenção Básica apresentam sobre a assistência ao pré-natal e o parto; identificar a compreensão que os trabalhadores do Hospital e Maternidade Pública Dona Regina apresentam sobre a assistência ao pré-natal e o parto; descrever a inter-relação entre a compreensão dos trabalhadores da Atenção Básica e do Hospital e Maternidade Dona Regina sobre a assistência ao pré-natal e o parto; analisar a implementação das ações preconizadas nos componentes da Rede Cegonha na Atenção Básica do município de Palmas; analisar a implementação das ações preconizadas nos componentes da Rede Cegonha no Hospital e Maternidade Dona Regina;

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: serão feitas perguntas relacionadas a sua percepção sobre a relação entre a assistência ao pré-natal e o parto e nascimento.

Para a execução desta pesquisa, poucos são os desconfortos associados a metodologia da entrevista. Podem ocorrer memórias relacionadas ao evento investigado que alterará um pouco o sistema emocional do entrevistado.

Os benefícios esperados serão o entendimento dos profissionais de saúde, principais atores envolvidos na implementação e efetivação das políticas públicas, e neste estudo especificamente a Rede Cegonha subsidiará, com evidências científicas, gestores e profissionais da saúde, de forma a melhorar a assistência de acordo com as necessidades e perspectivas daqueles que atuam diretamente na aplicação desta assistência.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa.

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar Marta Azevedo dos Santos, Endereço: Avenida NS 15 ALC NO 14, 109 Norte - Campus de Palmas, Medicina, Bloco BALA 1, Sala da COREME, telefone: (63) 3232-8277, e-mail: marta@uft.edu.br.

Comitê de Ética em Pesquisa, endereço: Avenida NS 15 ALC NO 14, 109 Norte - Campus de Palmas, prédio do almoxarifado.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar,  
como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Palmas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do trabalhador

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável  
por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**APÊNDICE B – TERMO DE CONCORDÂNCIA**

  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO ESCOLA SAÚDE PÚBLICA**

**RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA**

**Nº 046 – 06/2016**

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal do Tocantins/UFT  
**Pesquisador:** MAYANE VILELA PEDROSA  
**TÍTULO DO TRABALHO:** ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE CEGONHA DE PALMAS-TO

**PARECER**

*Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.*

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** *Aprovado*

**Palmas, 27 de junho de 2016**

  
**Werlem Batista da Silva Santiago**  
Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****IDENTIFICAÇÃO**

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Graduação: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Desde quando trabalha neste local: \_\_\_\_\_

Em sua Opinião:

1. Como é a assistência ao pré-natal as mulheres na Estratégia Saúde da Família ao qual você trabalha? Como é a rotina? (ATENÇÃO BÁSICA)
2. Como é a assistência ao parto as mulheres do hospital ao qual você trabalha? Como é a rotina? (HOSPITAL)
3. Dentre as políticas do Ministério da Saúde para a assistência a mulher, qual é utilizada pelo serviço de saúde no qual você trabalha?
4. Quais as ações preconizadas por essa política na assistência a mulher no pré-natal/parto e nascimento?
5. Qual a relação entre a assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento?
6. Quais são os principais problemas que você identifica na atenção ao pré-natal na Unidade Básica de Saúde? (Quando a entrevista for no hospital) e na atenção ao parto (quando a entrevista for na UBS).
7. Como você descreve a situação real na assistência a mulher do pré-natal, parto e nascimento no seu município. E o que seria ideal?
8. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

## APÊNDICE D – PRODUÇÕES DURANTE O PERCURSO DO MESTRADO

PRODUÇÃO	INDEXAÇÃO	PONTUAÇÃO NO MESTRADO
<p>1- SANTOS, M.A. et al. Rede Cegonha no estado do Tocantins. <b>Anais 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde</b>, Saúde Soc. São Paulo, v.25, supl.1, 2016. p. 1587.</p> <p>2- PEDROSO, M.V.; SANTOS, M. A; Avanços e retrocessos na enfermagem obstétrica após a implementação da Rede Cegonha no Tocantins: relato de experiência. Ciências &amp; Saúde Coletiva, set,2016.</p>	<p><b>B-2</b> <b>PUBLICADO</b></p> <p><b>B-1</b> <b>SUBMETIDO</b></p>	
<p>3 – SANTOS, M.A. et al. Assistência ao Pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento: compreensão dos trabalhadores da saúde dos municípios de Augustinópolis e Tocantinópolis no Estado do Tocantins. <b>6º Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa.</b></p>	<p><b>DECLARAÇÃO DE ACEITE</b></p>	
<p><b>4- Relatório técnico:</b> Assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento: compreensão dos trabalhadores da saúde do estado do Tocantins</p>	<p><b>PPSUS</b></p>	
<p><b>5 – Projeto Técnico de intervenção</b></p>	<p><b>Aprovado pelo CREPES</b></p>	

## ARTIGO 1 - PUBLICADO

SANTOS, M.A. et al. Rede Cegonha no estado do Tocantins. **Anais 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde**, Saúde Soc. São Paulo, v.25, supl.1, 2016. p. 1587.

dados existentes mostraram-se inconsistentes, divergentes com repetições revelando uma lacuna nas informações. Isso ressaltou a necessidade de melhorar a produção de informações. No perfil das instituições há concentrações nos grandes centros como Belo Horizonte e Contagem, com destaque para as privadas, que ampliaram desde o ano 2000. Nos outros municípios as filantrópicas prevalecem, sendo a maioria da Sociedade São Vicente de Paula. Como sustento as privadas contam com o valor da mensalidade, enquanto as filantrópicas absorvem parte do benefício do idoso - ação legitimada pelo Estatuto do idoso - e algumas contam ainda com repasse municipal e com doações. No perfil do idoso observa-se a feminilização e a fragilidade quanto ao grau de dependência em relação às atividades de Vida Diária e Instrumentais. Os serviços ofertados incluem os cuidados básicos, reabilitação, atividades lúdicas e de lazer, realizadas pontualmente em articulação com a conformação da equipe. **CONSIDERAÇÕES:** A ampliação de ILPI é uma tendência, sendo neces-

### REDE CEGONHA NO ESTADO DO TOCANTINS

Marta Azevedo dos Santos; Renata Andrade de Medeiros Moreira; Margarida Araújo Barbosa Miranda; Raphaella Pizani Castor Pinheiro Silva; Viviane Ferreira dos Santos; Hiury de Jesus Magalhães; Mayra de Jesus Campos Guimarães; Luana de Sousa da Silva; Mayane Vilela Pedroso

Brasil

A Rede Cegonha (RC) visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Objetivo: Descrever a prevalência do tipo de parto e nascimento e da mortalidade materna em cinco municípios de Tocantins, antes e após a implantação da RC. Método: coleta de dados sobre o número de nascimentos por tipo de partos e de óbitos maternos, no período de 2009 a 2013, dos municípios de Araguaína, Augustinópolis, Miracema, Palmas e Tocantinópolis aderidos a RC, nas maternidades de referência. Utilizou-se os dados dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM)

Anais 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde

Saúde Soc. São Paulo, v.25, supl.1, 2016 1587

## POSTER

**CERTIFICATE**

This is to certify that

**REDE CEGONHA NO ESTADO DO TOCANTINS**

of the authors: MARTA AZEVEDO DOS SANTOS; RENATA ANDRADE DE MEDEIROS MOREIRA; MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA; RAPHAELLA PIZANI CASTOR PINHEIRO SILVA; VIVIANE FERREIRA DOS SANTOS; HIURY DE JESUS MAGALHÃES; MAYRA DE JESUS CAMPOS GUIMARÃES; LUANA DE SOUSA DA SILVA; MAYANE VILELA PEDROSO, has been presented in the modality of Poster Session, in the 22nd IUHPE World Conference on Health Promotion that was held from 22 to 26 May 2016, at Expo Unimed Teatro Positivo, in Curitiba/PR.

Curitiba/PR | Brazil, May, 26, 2016

Curitiba, 26 May 2016

Michael Spark  
President International Union for Health Promotion and Education  
Co-Chair, Global Organizing Committee  
22nd IUHPE World Conference on Health Promotion

Curitiba, 26 May 2016

César Monte Serrat Titton  
Municipal Secretary of Health Curitiba  
Co-Chair, Global Organizing Committee  
22nd IUHPE World Conference on Health Promotion

IUHPÉ - UPES

PREFEITURA DE CURITIBA

ABRASCO

**ARTIGO 2 - SUBMETIDO**

Ciência &amp; Saúde Coletiva

**Ciência & Saúde Coletiva**

**AVANÇOS E RETROCESSOS NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA  
APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO  
TOCANTINS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.  
ADVANCES AND KICKERS IN NURSING OBSTETRICAL AFTER  
THE IMPLEMENTATION OF THE STORK NETWORK IN  
TOCANTINS : EXPERIENCE REPORT**

Journal:	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Enfermagem Obstétrica, Modelo de Atenção ao Parto, História da Enfermagem

SCHOLARONE™  
Manuscripts

### ARTIGO 3 – DECLARAÇÃO DE ACEITE



### DECLARAÇÃO

Informamos que, o artigo nº 401 "ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: compreensão dos trabalhadores da saúde dos municípios de Augustinópolis e Tocantinópolis no Estado do Tocantins" dos autores Marta Azevedo Dos Santos, Mayra De Jesus Guimarães, Hiury De Jesus Magalhães, Raíhaella Pizani, Mayane Vilela Pedroso, Margarida Araújo Barbosa Miranda, Carla Cristina Chaves de Oliveira e Renata Moreira, foi aprovado por a Comissão Científica, para ser apresentado no 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2017), que se realizará em Espanha, na cidade de Salamanca, nos dias 12, 13 e 14 de julho de 2017.

Aveiro, 09 de maio de 2017.

Atenciosamente,



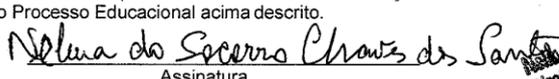
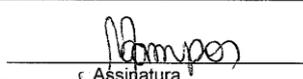
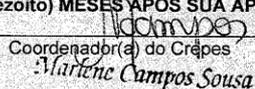
Chair del Comissão Organizadora do CIAIQ2017 e ISQR2017

## 5 – PROJETO DE INTERVENÇÃO – APROVADO PELO CREPES



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE

### Folha de Rosto para Processos Educacionais em Saúde

1. Título do Processo Educacional: Curso de Aprimoramento da Rede Cegonha para Enfermeiro Obstetra no Hospital e Maternidade Dona Regina – Palmas/TO.				
2. Nome Sugestivo para a Certificação: Curso de Aprimoramento para Enfermeiro Obstetra da Rede Cegonha de Tocantins				
3. Finalidade: Capacitação de servidores / Fortalecimento da Enfermagem Obstétrica no Estado.				
<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO EDUCACIONAL</b>				
4. Nome: Nelma do Socorro Chaves dos Santos – Coordenadora do Projeto				
5. Identidade: 67046 COREN TO	6. CPF: 330785642-15	7. Endereço (Rua, nº.): Qd. 706 Sul Al. 12 It. 12 ap. 405		
8. Nacionalidade: Brasileira	9. Profissão: Enfermeira	10. CEP: 77022392	11. Cidade: Palmas	12. U.F. TO
13. Maior Titulação: Mestrado	14. Cargo: Diretora de Enfermagem	15. Fone: 63-98411-5777	16. Fax:	
17. Área Técnica Responsável: SES/ REDE CEGONHA		18. E-mail: mayanevilela@uft.edu.br, direnf.hmdr1@gmail.com		
19. Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Portaria Sesau Nº. 1.318, de 06 de novembro de 2015, que institui o Comitê de Regulação dos Processos Educacionais em Saúde - Crepes. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados para fins de melhoria do serviço de saúde do Estado. Aceito responsabilidades pela condução do Processo Educacional acima descrito. Data: 09/03/2017.				
 Assinatura				
<b>ORGÃO</b>				
20. Órgão: Secretaria Estadual de Saúde - SES		21. Endereço (Rua, nº) (opcional): QD. 104 N RUA NE – 05 Lote 31/41		
22. Unidade/Superintendência: HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA - HMDR	23. CEP: 77006-020	24. Cidade: PALMAS	25. U.F. TO	
<b>FONTE PAGADORA: 250 Não se aplica ( )</b>				
26. Convênio: REDE CEGONHA		27. Bloco: MAC		
28. Componente: PARTO E NASCIMENTO		29. Ação do PPA/Orçamento: 4029		
30. Outros				
<b>COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE - CREPES</b>				
31. Data de Entrada: 13/03/17	32. Nº. Registro no Crepes: 24/03/17	33. Deliberação: ( ) Aprovado ( ) Com Pendências ( ) Não Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado após Correção das Pendências - Data: 25/05/17		
34. Secretaria-Executiva /Nome				
 Assinatura				
<b>DELIBERAÇÃO FINAL DO</b>				
Contata-se que o processo é de natureza educacional, estando ainda de acordo com o Art. 4º do Regimento Interno, dessa forma, está <b>APROVADO</b> no que diz respeito aos aspectos que cumpre a esse Comitê analisar. Assim sendo, não havendo óbices, manifestamo-nos favoravelmente à aprovação do Processo Educacional. PARECER Nº 24/03/17 de 25/05/17 <b>ESSE PARECER TEM VALIDADE DE 18 (Dezoito) MESES APÓS SUA APROVAÇÃO.</b>				
 Coordenador(a) do Crepes <b>Marlene Campos Sousa</b> Coordenadora do CREPES AT II - 566813-5 SESAU-TO				