

## REDE CEGONHA: Avanços e Desafios para Gestão em Saúde no Brasil

### REDE CEGONHA: Progress and Challenges for Health Management in Brazil

DOI:10.34119/bjhrv4n5-017

Recebimento dos originais: 05/08/2021

Aceitação para publicação: 02/09/2021

#### **Eliane Cristina da Cruz Santos**

Enfermeira Mestre em Saúde Pública/Uninter/PY. Acadêmica de Medicina da  
Universidad de Morón/ARG. Calle Machado 1175, Depto 22  
E-mail: draeliansantos@hotmail.com

#### **Maria Auxiliadora Pereira**

Doutora em Psiquiatria/EEAN/UFRJ, Profa da Universidade do Estado do Pará e  
Enfermeira da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana. Tv Mauriti 3106,  
Residencial Luciene Apto 301-A  
E-mail: mauxip@gmail.com (*In Memoriam*)

#### **RESUMO**

A estratégia governamental nacional intitulada rede cegonha (RC) foi implantada através da portaria nº 1.459 de 24/6/2011 e traz um novo modelo de atenção à Saúde Materno-infantil com uma assistência garantida à mulher desde o planejamento reprodutivo, passando pelo pré-natal, pré-parto, parto, pós parto e assistência infantil. É uma estratégia que apresenta caráter de acolhimento e resolutividade, onde é garantido a gestante o acesso ao pré-natal, parto e puerpério, garantindo inclusive o direito de um acompanhante durante todo o processo. A rede cegonha enfoca a redução da mortalidade materna e infantil. O artigo objetiva conhecer os avanços e desafios obtidos na implementação da Rede Cegonha. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em que foram utilizados levantamentos nas bases de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE e BVS, com temas referentes à Rede cegonha. Utilizou-se os descritores: Rede Cegonha, Saúde da Mulher e Gravidez, de forma agrupada ou isolada. A amostra final desta revisão foi constituída por onze artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Desses, quatro foram encontrados na base de dados LILACS que estavam sobrepostos aos quatro pesquisados na SciELO e vinte e dois na BVS. O quadro 1 representa as especificações de cada um dos artigos. Sobre os tipos de estudos encontrados, observou-se que (27,27%) dos artigos tratava-se de artigos qualitativos, com abordagem quantiquantitativa, relato de experiência e revisão narrativa (27%), pesquisa documental e quantitativas somaram (45,73%). Dentro da política materno-infantil o Brasil já avançou bastante, mas precisa atingir ainda algumas metas, como reduzir as taxas de mortalidade materna, assim como conseguiu reduzir a mortalidade infantil. Já teve a iniciativa de criar várias estratégias para melhorar a assistência à saúde da mulher, que foram citadas nesse artigo e que por mais que precise de implementação já o coloca a frente de alguns países emergentes no que diz respeito a temática. Os desafios são muitos, pois não basta apenas formular políticas e não fazer a população conhecer os seus direitos. Precisa-se garantir os direitos da mulher e da criança, reduzir o número de cesareanas, diminuir a prática de medicalização no parto, dentre outros.

**Palavra-chave:** Rede Cegonha, Saúde da Mulher, Acolhimento.

## ABSTRACT

The national governmental strategy called stork network (CR) was implemented through Administrative Order No. 1459 of 06/24/2011 and brings a new model of attention to Maternal and Child Health with a guaranteed assistance to women from reproductive planning, Prenatal care, pre-delivery, delivery, postpartum and child care. It is a strategy that is welcoming and resolute in nature, where the pregnant woman is guaranteed access to prenatal, childbirth and puerperium, guaranteeing the right of an accompanying person throughout the process. The Stork Network focuses on reducing maternal and infant mortality. The article aims to know the advances and challenges obtained in the implementation of the Stork Network. This is a bibliographical research in which we used surveys in the databases: LILACS, SciELO, MEDLINE and VHL, with themes related to the Stork Network. The descriptors: Stork Network, Women's Health and Pregnancy were used, in a grouped or isolated way. The final sample of this review consisted of eleven scientific articles, selected by inclusion criteria previously established. Of these, four were found in the LILACS database that were superimposed on the four individuals surveyed in SciELO and twenty-two in the VHL. Table 1 represents the specifications of each of the articles. Regarding the types of studies found, (27.27%) of the articles were qualitative articles, with a quantitative approach, experience reporting and narrative review (27%), documentary research, and quantitative results (45,73). Within the maternal and child policy, Brazil has made good progress, but it still needs to achieve some goals, such as reducing maternal mortality rates and reducing child mortality. It has already taken the initiative to create several strategies to improve women's health care, which were cited in this article and that however much it needs implementation already puts the fronts of some emerging countries on the subject. There are many challenges, since it is not enough to formulate policies and not to make people aware of their rights. It is necessary to guarantee the rights of women and children, reduce the number of cesareans, reduce the practice of medicalization in childbirth, among others.

**Keyword:** “RedeCegonha”, Women's Health, Reception.

## 1 INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia que está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS). O objetivo da RAS é promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011g).

A RC foi lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 como uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde-SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

A estratégia sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para Alves *et al* (2021) a gestação é um processo fisiológico que ocorre sem complicações na maioria dos casos. No entanto, algumas mulheres apresentam comorbidades, agravos ou desenvolvem problemas relacionados à gravidez.

No Brasil os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos. Contudo a mortalidade materna-infantil deve ser avaliada e enfrentada de forma a minimizar esses fatores desencadeados por falhas no processo de trabalho.

Em 1990, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) no Brasil atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Após mais de uma década e meia de esforços, em 2007, o indicador apresentou uma taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Embora essa taxa tenha sofrido uma redução de 52% nesse período, o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado (BRASIL, 2010).

Em 2013, 1.567 mil mulheres morreram no Brasil por complicações ao dar à luz, durante ou após a gestação ou causadas por sua interrupção. (CARNEIRO, 2015).

Nesse contexto, há mais de duas décadas discute-se o modelo de atenção ao parto no Brasil com o objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das taxas alcançadas em outros países. (BRASIL, 2011g; RATTNER, 2009).

Atualmente, organismos de saúde internacionais e nacionais preconizam um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que proporcione às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2011g; 2001; DINIZ, 2005). Nesse modelo, são centrais a garantia do acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como "atores principais" nessa cena, e não "espectadores" (DINIZ, 2005).

Neste sentido, considerando o contexto das políticas públicas de saúde brasileira, o cuidado materno-infantil vem exercendo grande protagonismo nas últimas décadas, com nítidas melhorias dos condicionantes que interferem diretamente na saúde dessa população. Observamos pela história da saúde materno-infantil no Brasil, e da própria história da saúde pública, que foram múltiplas as ações desenvolvidas com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde dessa população, mesmo antes da criação do SUS.

Porém, com a organização do sistema de saúde brasileiro e as estratégias de mudanças no modelo de atenção à saúde, voltados à prevenção e promoção da saúde, este impacto é sentido com maior intensidade.

Vale ressaltar que, mesmo com os avanços observados em todo o país, as regiões Nordeste e Norte ainda concentram Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) muito elevadas, contribuindo de maneira importante para a menor velocidade de redução do indicador (BRASIL, 2010).

A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país.

A relevância desta pesquisa se faz devido a Rede Cegonha ser uma estratégia recém implantada no SUS e estudos sobre essa temática ainda serem incipientes. Com este espera-se contribuir para suscitar novos estudos que venham trazer subsídios para implementação dessa política, inclusive para muitos municípios que estão em processo de implementação da Rede. Durante a elaboração do artigo pude obter informações mais seguras sobre a dinâmica da estratégia e perceber mais claramente que a implementação se faz necessária para atingir os objetivos da RC.

Dessa maneira, os objetivos desse artigo são conhecer os avanços e desafios obtidos na implementação da RC e conhecer o processo de Humanização da assistência à saúde da mulher.

## 2 METODOLOGIA

O estudo em evidência trata-se de uma pesquisa integrativa em que foram utilizadas bases de dados online LILACS, SciELO e BVS, com temas referentes à Rede cegonha no período de 2011 a 2015.

Souza, Silva e Carvalho (2010) consideram a revisão integrativa como um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Para Whitemore e Knafl (2005), o “termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou idéias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir a ciência” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.127).

Como critério de inclusão foram utilizados trabalhos publicados em periódicos em formato de artigos, monografia, dissertações e/ou teses na língua portuguesa, publicados a partir de 2011, cuja a busca ocorreu através dos descritores: Rede Cegonha, Saúde da Mulher e Gravidez, de forma agrupada ou isolada.

No que tange aos critérios de exclusão foram considerados o distanciamento com o objetivo da pesquisa e textos elaborados em outro idioma que não seja o português.

Após o levantamento bibliográfico dividiu-se os artigos em categorias para realização da discussão.

Foram encontrados vinte e dois artigos relacionados ao tema da Rede Cegonha. Ao final foram selecionados onze artigos, cuja abordagem dos trabalhos, proporcionou fazer uma ligação com a pesquisa realizada.

### **3 RESULTADO E DISCUSSÃO**

A amostra final desta revisão foi constituída por onze artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Desses, quatro foram encontrados na base de dados LILACS que estavam sobrepostos aos quatro pesquisados na SciELO e vinte e dois na BVS. O quadro 1 representa as especificações de cada um dos artigos.

Dessa forma, pode-se perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre a Rede Cegonha, que se encontra em franco desenvolvimento na saúde brasileira. Nesse contexto, pesquisou-se o título, autor, local, ano de publicação, o descritor utilizado para achar o estudo e a abordagem metodológica escolhida pelos autores para desenvolverem a pesquisa.

Após a busca dos resultados dividiu-se o material pesquisado em duas categorias: A primeira: *Avanços e Desafios da Rede Cegonha* e a segunda: *Humanização da Assistência à mulher*.

Quadro 1. Artigos levantados nas bases de dados LILACS, SciELO e BVS sobre Rede Cegonha

| N | TÍTULO  | AUTOR   | LOCAL          | ANO  | DESCRITOR       | ABORDAGEM                             |
|---|---|---|----------------|------|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Adequação da atenção à saúde da mulher e da criança no município do Paudalho segundo o olhar da rede Cegonha                            | Maria Luzia Alves Pereira   | Pernambuco     | 2012 | Saúde da Mulher | Qualitativa                           |
| 2 | Adequação do processo de assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha | Katrini Guidolini Martinelliet al                                   | Espírito Santo | 2013 | Rede Cegonha    | Pesquisa qualitativa e quantitativa   |
| 3 | Avaliação da Ferramenta Protocolo nº 22: Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde              | Jair Matos da Costa   | Rio de Janeiro | 2015 | Rede Cegonha    | Pesquisa Documental                   |
| 4 | Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade                               | Rosamaria Giatti Carneiro   | São Paulo      | 2013 | Rede Cegonha    | Qualitativa                           |
| 5 | Um modelo lógico da Rede Cegonha  | Pauline Cristine da Silva Cavalcanti et al                          | Rio de Janeiro | 2013 | Rede Cegonha    | Pesquisa Documental                   |
| 6 | Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha    | Roberta Zanelli Sartori Fernandes, Maria Filomena de Gouveia Vilela | São Paulo      | 2013 | Rede Cegonha    | Qualitativa/Análise de Conteúdo       |
| 7 | A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina  | Maria Tereza Maia Penido Rebello; João Fêlcio Rodrigues Neto        | Minas Gerais   | 2010 | Gravidez        | Qualitativa, exploratório-descriptivo |
| 8 | Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem                                 | Izabela Tamires Jully Pereira Gonçalves                             | Minas Gerais   | 2011 | Gravidez        | Revisão Narrativa                     |

|    |   |  |                |      |                 |                                  |
|----|---|--|----------------|------|-----------------|----------------------------------|
| 9  | A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro | Melanie Maia Noel                          | Rio de Janeiro | 2013 | Saúde da Mulher | Pesquisa quantitativa descritiva |
| 10 | Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede cegonha    | Leila Adesse <i>et al.</i>                 | Rio de Janeiro | 2012 | Rede Cegonha    | Estudo transversal, exploratório |
| 11 | A percepção do parto: vivência de estudantes inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde       | Maria Luiza Pires Tertuliano <i>et al.</i> | Minas Gerais   | 2014 | Rede Cegonha    | Relato de experiência            |

Nas três bases de dados consultadas alguns artigos se sobrepuseram, aparecendo em todas as bases ao mesmo tempo. Mesmo assim, a maior parte dos estudos sobre Política de Saúde e Programa Academia da Saúde encontram-se na BVS (100%) e repetidamente nos bancos SciELO e Lilacs (36,36%).

Os títulos são bastante variados e atendem as normas da Associação de Normas e Técnicas (ABNT).

Sobre os tipos de estudos encontrados, observou-se que (27,27%) dos artigos tratava-se de artigos qualitativos, com abordagem quantiquantitativa, relato de experiência e revisão narrativa (27%), pesquisa documental e quantitativas somaram (45,73%).

Ao analisar o local de elaboração dos artigos, observamos que 33,36% foram elaborados no Rio de Janeiro, seguidos de 27,27% de trabalhos realizados em Minas Gerais, 9% em Pernambuco, 18,18% em São Paulo e 9% realizado no estado do Espírito Santos. Ficando os estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul sem estudos referentes a temática

Pelos anos de publicação percebe-se que em 2010 houveram 36,36%, em 2011 36,36%, 2014 - 36,36% e 2015 - 36,36%, 2012 somou 18,18% e em 2013 – 45,45%.

Em relação aos descritores 63,63% foram buscados utilizando a palavra Rede cegonha, 18,18% Gravidez e 18,18% Saúde da Mulher.

Observa-se que essa área é riquíssima para o desenvolvimento de novas pesquisas, porém elas ainda são muito escassas e multidirecionais.

### 3.1 CATEGORIA I: REDE CEGONHA: AVANÇOS E DESAFIOS

Fernandes e Vilela (2013) relatam que as últimas décadas do século XX e início do século XXI foram marcadas por grandes avanços nos campos científico e tecnológico, o que tem sido apontado como determinante para múltiplas mudanças ocorridas nas sociedades contemporâneas. Dentre estas, podemos destacar as notáveis alterações dos perfis epidemiológicos populacionais, caracterizadas por aumento na expectativa de vida, bem como por significativas mudanças nos perfis de morbimortalidade da população mundial.

Neste cenário brasileiro de mudanças no perfil epidemiológico e de constantes inovações tecnológicas na área da saúde, também chamam atenção melhorias ocorridas no campo da saúde materno-infantil. Observam-se mudanças, principalmente, no perfil da mortalidade infantil, com bruscas diminuições nas últimas décadas, particularmente no seu componente pós-neonatal, de maior significância, quando comparado ao componente neonatal. Em 1980 a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 69,1 óbitos/1.000 nascidos vivos baixando para 16,1 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2011, alcançando o quarto objetivo de desenvolvimento do milênio antes do prazo estipulado. Quanto à razão de mortalidade materna, em 1990 eram 143.0/100.000 nascidos vivos caindo para 66.0 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos em 2010.

A despeito dos avanços observados na atenção à gestação e ao parto, principalmente no que diz respeito ao aumento da cobertura dos serviços, induzido pelas políticas ministeriais, ainda são observadas inúmeras falhas em diversos pontos do processo de cuidado. (MONTEIRO, 2015. 96 p.)

Estudos recentes mostram que apesar do Brasil ter obtido significativa redução na razão de mortalidade materna (RMM) desde 1990 (51%), ainda não alcançou a velocidade de declínio necessária para atingir a meta de desenvolvimento do milênio, de redução de pelo menos 75% do valor apresentado em 1990 até o ano de 2015. Se o país mantiver a velocidade de redução no indicador apresentada até o momento, levará mais de 20 anos após o prazo estabelecido para o cumprimento do objetivo. (MELAINE, 2013, p. 25)

Para Tertuliano *et al* (2014) em que pesem os avanços observados com a institucionalização da assistência ao parto, é fato que o modelo assistencial vigente tem sido reconhecido como fragmentado e medicalizado. Para transformar o modelo assistencial no cenário brasileiro, o Ministério da Saúde instituiu a estratégia Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao

abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis

Para Melaine (2013) a qualidade da atenção prestada, a desorganização na oferta de serviços, a fragmentação da assistência entre o pré-natal e o parto, e a indefinição dos sistemas de referência e contra-referência representam desafios a serem superados pelo sistema de saúde brasileiro. Chama atenção no município o fenômeno da peregrinação anteparto, ou seja, a busca por serviços que ofereçam acesso à internação no momento do parto. A indefinição da maternidade de referência, a recusa de atendimento para parturientes em algumas unidades e o encaminhamento a outras unidades por meios próprios e sem garantia de atendimento foram identificados como problemas centrais da fragmentada rede de atenção do município.

Apesar disso, percebem-se iniciativas dos gestores na busca pela integração das práticas, pois demonstram a importância do trabalho em equipe, promoção de discussões, de inserção nos serviços, inserção nos espaços coletivos, entre outros. Os gestores têm potencial para promover mudanças com intuito de integração das práticas com vistas às melhorias nos serviços oferecidos. Porém, relatam que esta não é uma tarefa fácil, pois envolve relações de poder, empatia e disponibilidade.

Alves (2012) mostra em seu estudo que na última década pode-se observar que os esforços focados em ações voltadas para a redução da morbimortalidade materna e infantil como: Investimentos em qualificação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família; a expansão da cobertura das Equipes de Saúde da Família; a atenção ao pré-natal com captação precoce da gestante; o resgate em tempo dos exames de rotina; a assistência ao parto; e ao nascimento, o acompanhamento da puérpera e da criança; o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e a cobertura vacinal no primeiro ano de vida, são ações referenciadas como elementos determinantes para redução de óbitos materno e infantil. É importante ressaltar que a assistência adequada ao parto e puerpério reduz significativamente a mortalidade materna, no entanto em relação a mortalidade neonatal faz-se necessário a implementação da assistência neonatal, a qual ainda é deficiente na região nordeste e muito centralizada nos grandes centros urbanos.

Na visão de Carneiro (2013) o programa é ainda bastante recente, mas já tem gerado controvérsias. Para as feministas da *Rede Feminista de Saúde*, implica um retrocesso de trinta anos na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina. Segundo esse grupo de feministas, a iniciativa reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, para a

chamada *mulher-mala*, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto. Segundo Negrão, o discurso de fundo do programa é mistificador, e causa estranheza a presença da CNBB no dia de seu lançamento. Em seu entender, a figura da mulher, que dá à luz, desaparece, assim como os seus direitos sexuais e reprodutivos; dando lugar à cegonha, à concepção de saúde de mulher materno-infantil e ao Estado. Segundo esse grupo de feministas, a iniciativa reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, para a chamada *mulher-mala*, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto. Segundo Negrão, o discurso de fundo do programa é mistificador, e causa estranheza a presença de participantes da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) no dia de seu lançamento. Em seu entender, a figura da mulher, que dá à luz, desaparece, assim como os seus direitos sexuais e reprodutivos; dando lugar à cegonha, à concepção de saúde de mulher materno-infantil e ao Estado.

Dentre os desafios Cavalcanti et al (2013) mostra que o fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, é definido por Diniz (2009) como paradoxo perinatal brasileiro. Isso aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas.

Outro aspecto importante é a existência de lacunas na lógica da estratégia falta de descrição de seus elementos e não previsão de ações de planejamento familiar e de vigilância dos óbitos de mulheres e crianças. Portanto, é necessário rever a teoria da RC a fim de detalhar e ampliar seu foco e suas ações, o que pode aumentar suas chances de sucesso.

### 3.2 CATEGORIA II: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Para Tertuliano *et al* (2014) a humanização do parto e nascimento foi adotada pelo Ministério da Saúde como política pública de atenção à saúde da mulher, no final da década 1990, com a publicação de um conjunto de portarias. Em 2000, reconhecendo a necessidade de avançar nessa perspectiva, foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN. É consenso que essas iniciativas fortalecem o paradigma

da humanização da assistência ao parto e seus vários sentidos, entre eles o da legitimidade científica, com a incorporação de práticas baseadas em evidências.

A humanização é um movimento com presença crescente e disseminada em nosso país. Inicialmente, surge como a busca de um ideal, em diferentes frentes de atividades e com vários significados, sendo que cada uma destas determina um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora. (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2010, p. 1)

No estudo de Rios (2009) a humanização na área da saúde pode ser compreendida como: princípio de conduta de base humanística e ética; movimento contra a violência institucional nessa área; política pública para a atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS); metodologia auxiliar para a gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência à saúde. Por tecnologia do cuidado, entende-se a ênfase dada ao princípio da integralidade e do desenvolvimento de tecnologias leves destinadas ao aprimoramento da atenção. (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2010, p. 1).

No Brasil, a assistência obstétrica vem mudando e adotando essas boas práticas, porém muito ainda se falta fazer, e este é o grande desafio a ser vencido. Algumas dessas práticas foram citadas pelos estudantes como indispensáveis para o processo de humanização do parto, destacando-se a liberdade de posição e o movimento das mulheres durante o trabalho de parto, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e a presença de acompanhante de livre escolha da mulher na cena do parto. Todas essas práticas já são consagradas pelas pesquisas e amplamente divulgadas na literatura científica. (TERTULIANO *et al*, 2014, p. 17)

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem, principalmente. O uso desses métodos vem sendo alvo de estudos desde a década de 1960. De maneira geral, eles passaram a ser introduzidos em algumas maternidades brasileiras só a partir da década de 1990, com o movimento de humanização do nascimento e as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para assistência ao parto. (TERTULIANO *et al*, 2014, p. 18)

Para Golçalves *et al* (2013) as equipes de saúde devem rever suas atitudes e compreender o que pode ser feito para melhorar e ampliar o acesso adequado a todas as gestantes. É apontado pelas usuárias o desejo de serem reconhecidas como sujeitos de seus processos e como indivíduos enquanto usuários de um serviço. A postura não preconceituosa e sem julgamento de valores do profissional é de grande importância para

que isso ocorra e reflita de forma a gestação ser vista como uma experiência positiva e prazerosa para a gestante.

Um aspecto interessante, que pode estar associado à implementação da RC, é a presença de acompanhantes na chegada das pacientes à unidade. Componente da assistência ao parto e ao nascimento, esta proposta de modelo de atenção humanizada rompe com uma prática passada, de deixar a mulher sozinha como uma punição por ter interrompido a gravidez, e pode representar certo nível de apoio social. Destaca-se, também, a importância deste registro para que seja avaliado o cumprimento dessa diretriz no âmbito do SUS (Lei nº 11.108) e para que seja permitida a medição de seu efeito na humanização da assistência ao abortamento e na saúde da mulher. Outra questão relacionada à RC foi a diretriz de acolhimento e avaliação de risco, que permitiu avaliar que, para a maioria dos casos mais graves, o tempo para a internação ultrapassou o limite indicado (RIO DE JANEIRO, 2013). Os dados relativos à classificação de cor vermelha indicaram que todos excederam o tempo preconizado para a internação imediata. Em relação aos de cor laranja, apenas um caso seguiu encaminhamento no tempo adequado. (ADESSE, 2015, p. 10)

O acolhimento orientado pelos princípios da humanização da assistência e de garantia de direitos humanos contempla “o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de homens e mulheres” (BRASIL, 2011, P. 23). É nesta etapa inicial do fluxo da atenção que, potencialmente, as barreiras operacionais de acesso à internação podem ser reduzidas, constituindo, assim, um espaço para uma escuta privilegiada, por exemplo, sobre os métodos utilizados em manobras abortivas por mulheres, no caso do abortamento induzido.

A proposta da RC possibilita privacidade e confidencialidade, e pode operar mudanças no processo do cuidado e do respeito aos direitos das mulheres. Com trato respeitoso, livre de julgamento moral e embasado nos critérios técnicos das vulnerabilidade clínico-obstétricas, as equipes de saúde podem contribuir para um tratamento mais adequado às necessidades da clientela, atendendo aos princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção com acolhimento e classificação de risco em tempo adequado pelos serviços.

#### 4 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a política pública de saúde brasileira vem avançando mesmo que a passos lentos. O movimento feminista foi um marco muito importante para os avanços da política de saúde da mulher, pois foi a partir dele que iniciou o a abordagem a saúde de forma diferenciada para as mulheres brasileiras.

A Rede Cegonha é uma estratégia muito positiva para melhorar a assistência à saúde da mulher brasileira, mas ainda precisa ser implementada para atender as necessidades de maneira adequada.

O estudo trouxe uma discussão a respeito da nova estratégia do governo brasileiro para tentar atender o Pacto pela Saúde na redução da morbi-mortalidade materno-infantil, porém como toda política, já demonstra fragilidades em alguns pontos, como por exemplo: no componente de transporte sanitário, que na maioria dos municípios ainda não prestam o serviço que está inserido na Rede cegonha como direito da mulher, no acolhimento em tempo oportuno, pois as grávidas ficam peregrinando por várias maternidades até conseguir uma vaga para parir, e isso é um dos fatores que aumentam os indicadores de morbi-mortalidade materno-infantil, pois por muitas vezes as mulheres vão agravando seu estado de saúde devido não encontrarem um lugar para parir. Não podemos esquecer da questão da violência institucional praticada por vários profissionais de saúde à mulher grávida nas várias etapas do processo: pré-natal, parto, puerpério e/ou planejamento familiar.

Os estudos ainda estão incipientes sobre a temática, mas já começam a apontar pontos que seguramente forçarão a implementação da estratégia.

Dentro da política materno-infantil o Brasil já avançou bastante, mas precisa atingir ainda algumas metas, como reduzir as taxas de mortalidade materna, assim como conseguiu reduzir a mortalidade infantil. Já teve a iniciativa de criar várias estratégias para melhorar a assistência à saúde da mulher, que foram citadas nesse artigo e que por mais que precise de implementação já o coloca a frentes de alguns países emergentes no que diz respeito a temática.

Os desafios são muitos, pois não basta apenas formular políticas e não fazer a população conhecer os seus direitos. Precisa-se garantir os direitos da mulher e da criança, reduzir o número de cesareanas, diminuir a prática de medicalização no parto, dentre outros.

Tem muitos municípios que aderiram a estratégia, mas não cumprem a normatização deixando as grávidas inclusive sem a realização dos exames do pré-natal,

muitos não tem maternidade com UTI Neonatal, UTI adulto para atender as puérperas vítimas de eclampsia, Centros de Parto, Classificação de risco e vulnerabilidade, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, dentre outros.

Os gestores por sua vez apontam que os recursos são insuficientes para garantir a qualidade da assistência à saúde da mulher, pois relatam que os procedimentos pagos pela tabela do SUS não cobrem os gastos que tem, mesmo sabendo que o financiamento tem que ser tripartite, sem contar que por muitas vezes assumem pacientes de outro município, por conta da universalização de pacientes, que as vezes nem realizaram o pré-natal e surgem para se hospitalizar no município mais desenvolvido não respeitando a regulação de leitos que deveria ser eficaz.

Por fim espera-se que os formuladores da estratégia Rede Cegonha busquem realizar mais debates com os gestores, profissionais de saúde, usuárias e a quem mais interessar nesse processo para que cada um demonstre onde está suas dificuldades e juntos possam vencer-las e assim poder garantir um atendimento de qualidade as Brasileiras que busquem os serviços.

Dedico essa publicação a minha parceira de elaboração, Dra Maria auxiliadora Pereira, que faleceu no último dia 06 de Agosto de 2021. Que Deus a acolha na sua infinita misericórdia!

Seguirei na luta avaliando as políticas de saúde materno-infantil e as demais políticas de saúde que é direito de todo cidadão brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; SILVA, K. S.; BONAN, C.; FONSECA, V. M. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 694-706, JUL-SET 2015.

ALVES, Thaynara Oliveira et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.4, p.14860-14872 jul./aug. 202.

ALVES, Maria Luzia Pereira. Adequação da atenção à Saúde da Mulher e da Criança no município do Paudalho segundo olhar da rede cegonha / Maria Luzia Pereira Alves. - Recife: [s.n.], 2012. 25 p. Plano de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção primária à saúde nos estados/Conselho Nacional de Secretários de Saúde-Brasília:CONASS,2011; VII: 275-318.

BRASIL. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>, acesso em: 01 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco – Cadernos de Atenção Básica 32 - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; · CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; · MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011 · ISSN 1980-5756. Disponível em: Acesso em: 12 maio 2014.

CARNEIRO, Júlia Dias. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá meta da ONU. BBC Brasil. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/03/mortalidade-materna-cai-no-brasil-mas-nao-atingira-meta-da-onu.html>. Acesso em 05 de abr. 2016.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface (Botucatu) vol.17 n.44 Botucatu Jan./Mar. 2013

FERNANDES, Roberta Zanelli Sartori; VILELA, Maria Filomena de Gouveia. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Ciênc. saúde coletiva vol.19 n.11 Rio de Janeiro Nov. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013>>. Acesso em: 15 out. 2015.

FERREIRA, Maria Verônica Ferrareze. Controle de infecção relacionada a cateter venoso central: revisão integrativa. Dissertação de mestrado em enfermagem apresentada a

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2011. Breve análise da mortalidade no período 2000-2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Acesso em: 14 out. 2015. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MONTEIRO, Viviane dos Santos Jacob. Qualidade da Informação na atenção ao pré natal pelas equipes de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro. / Viviane dos Santos Jacob Monteiro. -- 2015. 96 f.: tab.; graf.

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido; RODRIGUES NETO, João Felício. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400006>. Acesso em: 14 de out. 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6.

TERTULIANO, M.L.P. et al. A percepção do parto: vivência de estudantes inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Rev Med Minas Gerais 2014; 24 (Supl 1): S13-S19.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. A revisão integrativa : metodologia atualizada. Journal of Advanced Nursing de 2005, V.52, n.5, p. 546-553, Blackwell Publishing Ltd. Disponível em: [http://users.php.ufl.edu/rbauer/ebpp/whitemore\\_knafl\\_05.pdf](http://users.php.ufl.edu/rbauer/ebpp/whitemore_knafl_05.pdf) >. Acesso em : 08 out. 2015.