REDE CEGONHA EM TRÊS LAGOAS, MATO GROSSO DO SUL

THIEISE MADALENA CALDERON DE MOURA; MARA CRISTINA RIBEIRO FURLAN

RESUMO

A Rede Cegonha (RC) foi criada em março de 2011 através da Portaria M/SGM nº 1.459 com intuito de garantir atenção qualificada aos direitos das mulheres que corresponde ao pré-natal, parto, puerpério e até 24 meses de nascimento da criança, onde a mulher recebe acolhimento de suas necessidades no período gravídico-Puerperal. A partir da experiência cotidiana com grávidas, parturientes e puérperas em uma unidade de saúde da Cidade de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul com muitas dificuldades para manter uma boa assistência, viu-se a necessidade de oportuniza-las com a implantação da Rede Cegonha. O objetivo geral deste estudo é analisar de forma crítica o funcionamento da rede cegonha no município de Três Lagoas, MS. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que seguiu a abordagem qualitativo, descritiva baseada numa revisão de literatura com busca de dados nas bases de dados na LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico foram consultadas, determinando como abrangência temporal os dez anos. Os achados na literatura sobre o componente parto, nascimento e puerpério imediato, há fragilidades no pré-natal o que expõem toda rede hospitalar do município, assim como em outros estados brasileiros. Desta forma, a Rede Cegonha prevê abordagens sobre a humanização do parto, sendo este seguro para mães e filhos.

Palavras-chave: Rede Cegonha; Saúde da mulher; Saúde materno-infantil.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aqui descrito surgiu como uma síntese crítica de natureza explanatória de um assunto muito estudado dentro da literatura de saúde pública da mulher e das crianças, pois trata-se de um tema da saúde materna e infantil, incluindo principalmente o enfoque da gestação e da mortalidade infantil, sabe-se que a persistência da mortalidade materna em níveis muito elevados e de evidências de baixa qualidade do processo do parto e do nascimento ainda estão fortemente ligados ao nosso sistema de saúde brasileiro.

A mortalidade mulheres e bebês sempre foram um desafio para o sistema de saúde, desde os anos 90 busca-se todas as formas para reduzir a mortalidade materno-infantil, entre as inciativas apontou-se a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) em 1993, onde as palavras de Michel Odent foram inspiradoras na reconstrução da forma de nascer em nosso país. A frase que ficou em destaque foi: "Para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer" (Brasil, 2014, p. 114, Diniz, 2005; Rattner *et al*., 2010).

O Ministério da Saúde em 1998, criou as medidas para a redução da mortalidade materna e melhoria da qualidade do atendimento ao pré-natal, ao parto, a redução do número de cesarianas e de violência contra a mulher (Brasil, 1996; Zanardo *et al*., 2017). Entre a violência contra a mulher de maior ênfase dentro das maternidades temos a violência obstétrica.

DOI: 10.51161/conasf2024/31498

Sendo este tipo de violência contra a mulher é muito comum dentro das unidades de saúde materno-infantil (Zanardo *et al*., 2017).

A falta de humanização pela figura da mulher ou da gestante, exercida principalmente pelos serviços de saúde, que caracteriza-se por negligência e maus-tratos dos profissionais com as mulheres, "incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros" (Gomes, 2014 *apud* Zanardo *et al*., 2017, p. 6). Sabe-se que quando uma pessoa vai em busca de atendimento médico seja por qualquer necessidade, é porque necessitamos de atenção e acolhimento, no entanto boa parte dos serviços não estão preparados para mudar paradigmas.

A PNAISM incorporava um enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como um princípio norteador, onde buscava consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual em todas as dimensões que vem desde o abuso a violência obstétrica (Jorge *et al*., 2015).

Muitas foram as tentativas de minimizar o número de óbitos materno e infantil, mas somente a partir da compreensão que as morbimortalidades materna e infantil são eventos bastante complexos e com causas multifatoriais é que conseguiu-se reduzir as preocupações no quesito controle e eliminação destes ocorridos, principalmente decorrente dos altos indicadores que encontramos no dataSUS de óbitos materno-infantil em 2021, os maternos são 3.030 casos, enquanto os infantis são 31.856 casos (Brasil, 2023).

Na perspectiva a Rede Cegonha foi criada com o intuito de "assegurar atenção qualificada, respeitando os direitos das mulheres durante o período gravídico-puerperal e das crianças até os 24 meses" (Nunes *et al*., 2022, p. 2). O acolhimento as gestantes e recém-nascidos pelos profissionais de saúde é muito importante para um resultado positivo na recuperação da mulher no ciclo puerperal, o atendimento humanizado e com diálogo permanente.

Observe que a intenção do Ministério da Saúde é a luta pela redução da morbimortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde lançou em março de 2011 a Rede Cegonha que foi instituído através da portaria MS/GM nº 1.459/2011. A assistência humanizada ao parto é um dos pilares da Rede Cegonha em nosso país, tendo como objetivo central "reduzir a mortalidade materna e neonatal a partir da promoção de um modelo qualificado e humanizado atenção" (Lamy *et al*., 2021, p. 952).

Sendo importante abordar que a Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para o enfrentamento não apenas da mortalidade materna, mais também "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" (Giovanni, 2013, p. 23).

Para melhor explicar os estudos de Miriam Di Giovannu sobre a luz da concepção à implantação da Rede Cegonha, os autores Santos Filho e Souza (2021) referem que a Rede Cegonha foi instituída como uma estratégia para "garantir atenção humanizada no pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil até 24 meses, além da atenção ao planejamento sexual, reprodutivo e ao abortamento" (p. 776). A rede também buscou organizar as condutas entre profissionais e os gestores de saúde para garantir o direito das mulheres e das crianças ao acolhimento, além do atendimento qualificado e ao acesso a informações, pois proporcionar condições para o parto seguro e para o desenvolvimento infantil saudável é um direito das famílias (Ferreira *et al*., 2020).

Para Lamy *et al*. (2021, p. 952) é imprescindível que as ações devam ser inteiramente voltadas para a promoção de: [...] "partos e nascimentos saudáveis, garantindo privacidade, autonomia e protagonismo da mulher, sem intervenções desnecessárias". Essas "mudanças envolvem os aspectos ligados ao processo de trabalho, a relações mais igualitárias entre gestão

e assistência, entre categorias profissionais e entre profissionais e usuárias" (Lamy *et al*., 2021, p. 952).

No entanto, em 2020, a Organização Mundial da Saúde relata que mais de meio milhão de mulheres ao ano em todo o mundo morrem vítimas de complicações no parto, havendo cerca de 10 milhões de mulheres com sequelas irreversíveis, o que acarreta num grande impacto à saúde pública decorrente dos gastos com reabilitação e tratamento das sequelas deixadas depois do parto (Ruas *et al*., 2020 *apud* Moreira e Rodrigues, 2023, p. 1).

Sendo "importante destacar que a Rede Cegonha é uma política que em dez anos, vem aumentado, o acesso das usuárias do SUS às boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos hospitais públicos, mistos e nas 606 maternidades que participaram do estudo" (Minayo e Gualhano, 2021, p. 1). Dando a essas mulheres e bebês a garantia de um parto verdadeiramente humanizado e seguro, onde a mulher tem o direito de escolher como terá seu bebê e não aceitar que seus direitos sejam desrespeitados diante do momento mais importante para elas.

Entretanto, deve-se avaliar onde está esta problemática na hora do parto, pois há uma equipe responsável pelo momento, a culpa não deve ser colocada apenas no trabalho dos profissionais de enfermagem, mais no conjunto de pessoas que compõem a saúde da mulher no período gestacional. Pois segundo os estudos Silva *et al*. (2021) as autoras defendem que a Rede Cegonha vem buscando cumprir os seus princípios ao conseguir reduzir iniquidades em mulheres mais vulneráveis como as negras e as menos escolarizadas apontadas na literatura como as mais discriminadas e abandonadas nos serviços de atenção ao parto, mas está meta ainda é um desafio para a Rede Cegonha.

A meta da Rede Cegonha é reduzir as dificuldades ao acesso das gestantes às unidades de saúde na hora do parto sem dificuldades e com possibilidades desta mulher ser atendida como tem que ser. Cavalcanti e colaboradores apresentam em seus estudos como deve ser as ações às mulheres grávidas e o recém-nascidos que compreende quatro componentes importantes: "(1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação" (BRASIL, 2011g; 2011e *apud* Cavalcanti et al., 2013, p. 1301).

O objetivo geral deste estudo é analisar de forma crítica o funcionamento da rede cegonha no município de Três Lagoas, MS.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Essa revisão seguiu a abordagem qualitativo, descritiva baseada numa revisão de literatura com busca de dados nas bases de dados na LILACS (*Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Google Acadêmico foram consultadas, determinando como abrangência temporal os dez anos, empregando os descritores: Rede Cegonha, Saúde da mulher, Saúde materno-infantil, nos idiomas inglês e português, conforme apresentação do vocabulário contido nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como estratégia de busca definiu-se que os descritores deveriam constar no título e/ou resumo dos artigos. Em seguida, os artigos potencialmente elegíveis para inclusão nesta revisão foram submetidos aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos, artigos de pesquisa de campo, de revisão sistemática da literatura, de coorte, transversal, caso-controle e ensaio clinico randomizado. Foram excluídos os artigos de revisão da literatura, duplicados e os de acesso pago. Após a avaliação dos títulos e resumos as publicações foram lidas, analisadas e selecionadas para comporem o estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como componente parto, nascimento e puerpério imediato, sentimos todas as fragilidades que o pré-natal expõem a rede hospitalar de nosso município, pois assim como em outras falas dos autores acima supracitados, não seria diferente aqui no Mato Grosso do Sul.

Para melhor compreensão destas dificuldades irei expor como este componente ocorre cada momento. Portanto, o pré-natal realizado no município de Três Lagoas, MS é extremamente falho e expõem várias fragilidades que poderiam ser sanadas com uma gestão de enfermagem ativa sobre as unidades básicas de saúde.

É possível perceber a deficiência de empoderamento da enfermagem frente ao pré-natal e a coordenação das unidades básicas de saúde, pois o enfermeiro não realiza consultas de enfermagem na unidade básica de saúde, e tão pouco realiza as consultas alternadas do pré-natal de baixo risco, como é realizado em outras cidades de Mato grosso do sul. sentimos uma deficiência muito grande nas informações passadas as pacientes, pois as próprias pacientes referem por diversas vezes que não conhecem a enfermeira responsável pelo pré-natal nas unidades. O não preenchimento da caderneta da gestante, falta de exames realizados, como por exemplo, a coleta de estreptococos b, e segunda fase de HIV e SIFILIS, e outros exames importantes para o parto e nascimento.

Segundo os estudos de Magalhães Junior (2014, p. 20):

> Esse componente, o do pré-natal, tem potência para impactar fortemente os indicadores de mortalidade materna pela redução das gestações de alto risco, especialmente com redução das suas principais causas: infecção, hipertensão e diabetes, e começa pela ampliação dos processos de planejamento reprodutivo e pela redução de abortamento inseguro. As principais ações definidas nesse componente foram: ampliação do financiamento para exames básicos de patologia clínica e ultrassonografia; introdução dos testes rápidos para gravidez e para sífilis e HIV; distribuição dos kits para parteiras tradicionais e indígenas; equipamentos para Unidades Básicas de Saúde (UBS) (balança antropométrica e sonar); capacitação de parteiras e de profissionais de saúde, incluindo a ampliação de residências multiprofissionais e de enfermagem obstétrica; ampliação do novo sistema de informação do pré-natal e formulação de novas diretrizes para o pré-natal, o nascimento e o puerpério, disseminadas pelos Cadernos da Atenção Básica.

O autor apresenta todo o processo do componente segundo as ações que devem ser tomadas pela equipe de saúde, conforme a atenção básica de saúde e como informação complementar.

Sendo importante ressaltar que além nascimento também devemos respeitar a hora de ouro do aleitamento materno na primeira meia hora de vida desse recém-nascido, mas com a deficiência de todos esses exames no pré-natal, o recém-nascido entra em aleitamento materno pelo menos duas horas após o parto, e essa é uma das principais dificuldades no pós-parto imediato. Importante ressaltar que a paciente desconhece a importância de todos esses procedimentos importantes no pré-natal.

Hoje na instituição hospitalar temos um grande número de partos prematuros causados por infecções urinárias não tratadas, ou simplesmente tratadas de maneira inadequadas. Muitos partos prematuros de mães adolescentes multíparas, ou seja, um problema de saúde pública sem solução que causa uma gravidez de alto risco para essa paciente.

Como plano de ação a instituição realiza curso de gestantes nas unidades básicas de saúde e realiza o curso de gestante nas dependências da instituição. Nesses cursos conseguimos sanar muitas dúvidas dessas pacientes sobre o parto e nascimento, pois sentimos essa deficiência de informações na hora do parto.

É possível perceber claramente quando os estagiários realizam a consulta de pré-natal na rede básica de saúde , pois as pacientes são atendidas pelos professores e estagiários , e na maioria das vezes chegam na maternidade com a carteirinha de pré-natal preenchida e os exames daquele período gestacional realizado, o que nos faz pensar no possível empoderamento da enfermagem nas unidades básicas de saúde e talvez uma mudança nas estratégias de enfermagem para realização de um pré-natal seguro e com as devidas informações relevantes

DOI: 10.51161/conasf2024/31498

para o parto e nascimento.

As gestantes e puérperas precisam conhecer e confiar na equipe multidisciplinar que realiza seu pré-natal, pois a confiança e as informações são fundamentais para uma gestação saudável e um parto e nascimento seguro.

4 CONCLUSÃO

A partir da experiência relatada pelos autores citados durante o referencial teórico e a vivência em uma unidade de saúde que recebe mulheres desde o componente pré-natal ao puerpério foi encontrado falhas na assistência as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, mesmo depois da implantação da Rede Cegonha no ano de 2011 estas falhas nas ações às mulheres grávidas estão presentes em algumas maternidades de nosso país, como é o caso de Três Lagoas, MS.

Diante das informações citadas em nosso município Três Lagoas, MS, não seria diferente dos demais estados brasileiros, pois as desigualdades na assistência a mulher e ao recém-nascido ainda permanece como foi mostrado pelos autores estudados, onde teve uma redução na morbimortalidade materna-infantil, mas ainda permanece um índice alto.

Pois ainda há muitas maternidades que adotam a medicalização, as intervenções desnecessárias ao parto, negligência no acolhimento, maus tratos diante das etnias, raça e gênero além da violência obstétrica. Algo que já deveria ser abolido de nosso sistema de saúde, mas que ainda perdura, conforme falas dos autores em comparação a Três Lagoas.

Deixando desta forma, uma reflexão sobre a Rede Cegonha e a atuação dos profissionais de saúde, mostrando que todos devemos repensar suas práticas como responsáveis pela melhoria da assistência desde o componente pré-natal as crianças de até 24 meses de nascimento.

A Rede Cegonha prevê uma abordagem mais efetivas sobre o parto humanizado e seguro para mãe e filho, pois todas as informações colocadas neste estudo servirão de base para a construção de outros produtos voltados a ciência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabnet. DataSUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>. Acesso em: 11 nov. 2023.

Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. P. 465. – (Cadernos HumanizaSUS); v. 4.

Ministério da Saúde. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Presidência da República. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF; 1996.

CALVACANTI, P. C. S.; GURGEL JUNIOR, G. D.; VASCONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1297-1316, 2013.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Revista de Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, 2005, p. 627-637.

FERREIRA, V. C.; SILVA, M. R. F.; MONTOVANI, E. H.; COLARES, L. G.; RIBEIRO, A. A.; STOFEL, N. S. Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação médica: agravos no contexto de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44 (sup. 1) : 2020, p. e0147.

FERNANDES, B. B.; NUNES, F. B. B. F.; PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36(esp), 2015, p. 192-9.

GIOVANNI, M. D. **Rede Cegonha:** da concepção à implantação. 99f. Monografia (Especialização em gestão pública) – Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Brasília/ DF, 2013.

JORGE, H. M. F.; HIPÓLITO, M. C. V.; MASSON, V. A.; SILVA, R. M. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, jan./mar., 2015, p. 140-148.

LAMY, Z. C.; GONÇALVES, L. L. M.; CARVALHO, R. H. S. B. F.; ALVES, M. T. S. S.; KOSER, M. E.; MARTINS, M. S.; LEAL, N. P.; THOMAZ, E. B. A. F. Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021, p. 951-960.

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VILELA, M. E. A.; ALVES, M. T. S. S.; NERI, M. A.; QUEIROZ, R. C. S.; SANTOS, Y. R. P.; SILVA, A. A. M. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021, p. 823-835.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **DIVULGAÇÃO EM Saúde PARA Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, Out, 2014.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO. Rede Cegonha: nascer sob a proteção do SUS. **Saúde Coletiva**. [online]. 2021, vol.26, n.03, pp.823 – 83.

MOREIRA, L. M. S.; RODRIGUES, A. C. E. Análise epidemiológica dos óbitos maternos no estado do Piauí, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, e17912441013, 2023.

NUNES, A. L.; THOMAS, E. B. A. F.; PINHO, J. R. O.; SILVA, L. C.; CHAGAS, D. C.; ALVES, M. T. S. S. B. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados â Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(4):e00228921.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L. DOS; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. pag.215-228, 29 nov. 2010.

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021, p. 775-780.

SILVA, L. B. R. A. A.; ANGULO-TRUESTA, A.; MASSARI, M. T. R.; AUGUSTO, L. C. R.; GONÇALVES, L. L. M.; SILVA, C. K. R. T.; MINOIA, N. P. Avaliação da rede cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(3):931-940, 2021

SILVA, L. N.; SILVEIRA, S. F. R. Políticas públicas de saúde para a mulher no Brasil: uma análise das conquistas. **VII Encontro Brasileiro de Administração Pública**, Brasília/DF, 11, 12 e 13 de novembro de 2020.

VILELA, M. E. A.; LEAL, M. C.; THOMAZ, E. B. A. F.; GOMES, M. A. S. M.; BITTENCOURT, S. D. A.; GAMA, S. G. N.; SILVA, L. B. R. A. A.; LAMY, Z. C. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(3):789-800, 2021.

ZANARDO, G. L. P.; CALDERÓN, M.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29: 2017, e155043.