



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal Do Paraná
Especialização em Gestão Pública Municipal
Campus Curitiba



ALEXANDRA NUNES MARQUES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO
ÀS GESTANTES DO MUNICÍPIO DE GUARAREMA (SP).**

CURITIBA (PR)

2012

ALEXANDRA NUNES MARQUES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO
ÀS GESTANTES DO MUNICÍPIO DE GUARAREMA (SP).**

Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - Campus Curitiba, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Prof. Orientador MSc. Jorge Carlos C. Guerra

CURITIBA (PR)

2012



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Campus Curitiba
Gerência de Pesquisa e Pós-Graduação
Departamento Acadêmico de Gestão e Economia
Universidade Aberta do Brasil - UAB
I Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal

TERMO DE APROVAÇÃO

ALEXANDRA NUNES MARQUES

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO ÀS GESTANTES DO MUNICÍPIO DE GUARAREMA (SP).

Esta monografia foi apresentada às 16 h 00 min, do dia 01 de Março de 2013, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista no curso de Gestão Pública Municipal, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Curitiba. O candidato foi arguido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após a deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

Prof^ª. MSc Ana Cristina Macedo Magalhães
(UTFPR)

Prof^ª Dr^a Isaura Alberton de lima
(UTFPR)

Prof. MSc. Jorge C. C. Guerra – Orientador
(UTFPR)

Visto da Coordenação:

Prof^ª MSc. Hilda Alberton de Carvalho
Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão
Pública Municipal

Dedico este trabalho à minha mãe Iracema que sempre me incentivou a buscar o conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar forças para seguir na busca dos meus sonhos.

Agradeço à minha família que sempre esteve presente me incentivando e me auxiliando nos momentos difíceis da vida.

À minha tutora presencial REGIANE APOLINÁRIO ROSKOWINSKI pelo incentivo que me foi dado e pela dedicação no cumprimento de suas tarefas.

À equipe de docentes da UTFPR pela dedicação, competência e profissionalismo, principalmente ao meu Orientador Prof. Dr. JORGE CARLOS C. GUERRA pela valiosa contribuição, pelo incentivo e presteza em suas considerações, as quais foram fundamentais para o desenvolvimento das atividades referentes a esta Monografia.

Principalmente agradeço ao meu marido JOSÉ LUIZ FURTADO pela contribuição, apoio, incentivo, paciência, enfim, por tudo o representa na minha vida.

RESUMO

MARQUES, Alexandra Nunes. Políticas Públicas de Saúde: Análise do Acolhimento às Gestantes do Município de Guararema (SP). 2012. 66 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

Este trabalho pretende analisar o Sistema de Saúde do município de Guararema (SP) e as Políticas Públicas voltadas para o acolhimento à Gestante, quais os avanços e os desafios a serem enfrentados pela administração municipal no cumprimento às determinações da Política Nacional de Humanização e qual o modelo de Acolhimento às gestantes do município que atenda satisfatoriamente a população trazendo benefícios como a diminuição dos índices de mortalidade infantil. Busca-se conceituar Políticas Públicas, identificar a importância do pré-natal para uma gestação de qualidade, pesquisar a legislação acerca do assunto e compreender a evolução da Atenção à Saúde da Mulher no Brasil. Pesquisa-se, ainda, alguns casos de sucesso na implantação de Programas de Acolhimento à Gestante nos municípios brasileiros, tomando-os como parâmetro para analisar o que está sendo feito em Guararema (SP). Por fim, propõe-se algumas mudanças no acolhimento às gestantes do Sistema Único de Saúde de Guararema (SP).

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde da Mulher. Acolhimento às Gestantes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Logotipo da Estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde	18
Figura 2 - Logotipo Programa Mãe Curitibana	21
Figura 3 Fluxograma de Assistência ao Pré-natal	Erro! Indicador não definido.
Figura 4 - Logotipo do Programa Mãe Paulistana.....	27
Figura 5 - Gráfico de acompanhamento da Mortalidade Infantil – São Paulo – 1980 a 2008 .	30
Figura 6 - Logotipo do Programa Mãe Mogiana.....	31
Figura 7 - Ala destinada ao Programa Mãe Mogiana na Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes.....	32
Figura 8 - Gráfico da Evolução das Mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em Mogi das Cruzes (SP).....	33
Figura 9 Mapa de Localização Guararema (SP).....	41
Figura 10 Gráfico da Evolução populacional do município de Guararema de 2007 a 2012....	42
Figura 11 Pontos Turísticos de Guararema (SP)	42
Figura 12 Nascidos Vivos x Óbitos Infantis no período de 2006 a 2011 no município de Guararema (SP)	47
Figura 13 Gráfico da Evolução das Mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em Guararema (SP)	48
Figura 14 Fluxograma de Atendimento às Gestantes de Guararema	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Plano de Ação para Atendimento ao Componentes Pré-Natal no município de Guararema (SP)	52
Quadro 2 Plano de Ação para Atendimento aos Componentes Parto e Nascimento no município de Guararema (SP)	53
Quadro 3 Plano de Ação para Atendimento ao Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança no município de Guararema (SP)	54
Quadro 4 Plano de Ação para Atendimento ao Componentes Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação no município de Guararema (SP)	55

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Centro de Acolhimento Psicológico
CESAP	Centro de Especialidades em Saúde e Apoio à População
CRMP	Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana
CRUE	Central de Regulação de Urgência e Emergência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMP	Índice dos Municípios Paulistas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
RMM	Razão de Morte Materna
RN	Recém-nascido
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Geral	11
1.2.2 Específicos	11
1.3 Estrutura do Trabalho	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 Políticas Públicas para a gestante no Brasil.....	13
2.2 Casos de sucesso, ações públicas para gestantes nos municípios brasileiros.	20
2.2.1 Programa Mãe Curitibana – Município de Curitiba (PR).	21
2.2.2 Programa Mãe Paulistana – Município de São Paulo - SP.....	26
2.2.3 Programa Mãe Mogiana – Município de Mogi das Cruzes - SP	31
2.3 Amparo às gestantes e inclusão social.....	34
2.4 Fatores de fracasso na implantação e gestão.....	37
3 METODOLOGIA.....	40
4 ESTUDO DE CASO.	41
4.1 O município de Guararema (SP).....	41
4.2 A estrutura de Saúde do município de Guararema (SP)	43
4.3 Gestantes e Saúde Pública em Guararema (SP)	46
4.4 – Sugestões para atendimento à saúde de gestantes em Guararema (SP).....	50
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização implantada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. Assim, podemos dizer que acolhimento diferencia-se da triagem, uma vez que ele não se constitui como uma etapa do processo, pois é uma postura, uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

A atenção a gestante e o recém-nascido prestadas pelas Unidades de Saúde é aspecto essencial na política de humanização que visa garantir atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, proporcionando a continuidade da assistência quando necessário.

O município de Guararema, localizado na região metropolitana da Grande São Paulo, alcançou alguns avanços na área da Saúde, principalmente com a criação do CESAP, um equipamento projetado para ser referência em saúde no município, com estrutura para atender a diversas especialidades, inclusive atenção ao pré-natal.

O objetivo desse estudo é identificar as Políticas Públicas de saúde voltadas para atenção à gestante e ao recém-nascido, buscando um diagnóstico da situação no município de Guararema e os desafios a serem vencidos para garantir a prestação dessa assistência como parte da humanização dos serviços de saúde.

1.1 Justificativa

A regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990 trouxe avanços significativos nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil. No ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando à redução das altas taxas de mortalidade materna e perinatal, ampliando o acesso ao pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas e promovendo o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.

A assistência à gestante deve cobrir toda a população nessa condição e, se possível, deve incluir toda a família para interagir nesse momento, trazendo mais segurança para a gestante e assegurando o acompanhamento e a continuidade do atendimento, tendo como

objetivo principal prevenir, identificar ou corrigir as intercorrências maternas fetais e instruir a gestante quanto à gravidez, parto e puerpério, além dos cuidados com o recém-nascido.

O desafio da administração pública é proporcionar um acolhimento capaz de suprir as necessidades das gestantes de forma que seja possível acompanhar a gestação, detectando problemas existentes, mas também proporcionando à mulher a possibilidade de aprender sobre si e sobre a criança, buscando a humanização do atendimento e a redução do déficit em acesso e em qualidade da assistência prestada.

O presente trabalho objetiva identificar as Políticas Públicas de Saúde voltadas ao acolhimento às gestantes no município de Guararema, seus avanços e desafios para a atual administração na implementação de um modelo que atenda a população de forma satisfatória e traga benefícios como a redução da mortalidade infantil.

1.2 Objetivos

Neste tópico serão apresentados os objetivos deste trabalho.

1.2.1 Geral

Analisar as Políticas Públicas de Saúde voltadas para o acolhimento às Gestantes no município de Guararema (SP).

1.2.2 Específicos

Pesquisar as Políticas Públicas de Saúde voltadas ao Acolhimento à Gestante;

Levantar os exemplos de Modelos de Acolhimento a Gestantes existentes nos municípios;

Descrever como é feito o acolhimento à Gestante no município de Guararema;

Propor mudanças no acolhimento às gestantes, no Sistema de Saúde em Guararema (SP).

1.3 Estrutura do Trabalho

Este Estudo compõe-se de 6 (seis) Capítulos, assim distribuídos:

Capítulo Introdutório;

Fundamentação Teórica;

Metodologia;

Estudo de Caso;

Levantamento de Resultados e

Considerações Finais

O Capítulo introdutório contextualiza o tema da pesquisa, apresenta justificativa da importância do estudo a ser feito, os objetivos a serem atingidos com o estudo e quais os procedimentos metodológicos utilizados para o seu desenvolvimento.

No capítulo 2 apresenta-se o embasamento teórico inerente ao tema proposto, buscando-se conceituar basicamente as Políticas Públicas, suas aplicações à pessoa gestante no Brasil e explanar alguns casos de sucesso nas ações públicas para gestantes nos municípios brasileiros. Aborda a questão da inclusão social no amparo às gestantes e os fatores de fracasso na implantação e gestão das ações.

O terceiro capítulo apresenta a Metodologia utilizada no desenvolvimento deste trabalho, como se deu a pesquisa e a coleta dos dados.

No capítulo 4 busca-se tipificar o município de Guararema, analisando as ações públicas voltadas à gestante no município, seus avanços e os desafios a serem enfrentados pela administração municipal, buscando oferecer sugestões de melhorias.

O Levantamento dos resultados encontrados está descrito no Capítulo 5.

O sexto Capítulo é destinado às considerações finais e à proposta de novos estudos acerca do assunto.

O trabalho encerra-se com a listagem das referências utilizadas para o seu desenvolvimento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.

Neste capítulo serão abordadas as principais Políticas Públicas voltadas à gestante no país, apresentando alguns casos de sucesso nos municípios e abordando a questão da inclusão social no amparo às gestantes, além dos fatores de fracasso na implantação e gestão destas políticas.

2.1 Políticas Públicas para a gestante no Brasil.

As Políticas Públicas são ações, metas e planos utilizados pelos governos para proporcionar o bem estar da sociedade. Nasceram das demandas apresentadas pelos indivíduos que compõem a sociedade, como resultado de uma seleção efetuada pelo poder público das diversas necessidades apresentadas por estes indivíduos, visto que, de acordo com Rua (2009), “sociedade é um conjunto de indivíduos, dotados de interesses e recursos diferenciados, que interagem continuamente a fim de satisfazer às suas necessidades”.

“A função que o Estado desempenha em nossa sociedade sofreu inúmeras transformações ao passar do tempo. No século XVIII e XIX, seu principal objetivo era a segurança pública e a defesa externa em caso de ataque inimigo. Entretanto, com o aprofundamento e expansão da democracia, as responsabilidades do Estado se diversificaram. Atualmente é comum se afirmar que a função do Estado é promover o bem-estar da sociedade.”(LOPES, et.al. 2008, p. 5)

Portanto, de acordo com Lopes (2008) cabe ao poder público identificar as prioridades e elaborar as Políticas Públicas necessárias ao seu atendimento. Para tanto, o Estado necessita desenvolver uma série de ações e atuar nas diferentes áreas, tais como Saúde, Educação e Meio-ambiente.

Segundo Rua (2009), uma Política Pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Desta forma, segundo Lopes (2008), cabe ao formulador de Políticas Públicas conseguir perceber, compreender e selecionar as diversas demandas e oferecer as respostas à sociedade.

As principais mudanças nas políticas de saúde brasileiras começaram a ocorrer a partir da década de 70, em conjunto com a articulação dos diversos movimentos sociais.

O final dos anos 1970 se notabilizou pela articulação dos movimentos sociais (de moradia, da saúde, dos médicos, das mulheres, etc.), na luta pela redemocratização do país e, conseqüentemente, pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira. Dentre esses movimentos, destacou-se o da reforma sanitária, tendo como principal bandeira o direito a saúde como um direito de cidadania de toda a população¹.

Neste período, a ditadura militar privilegiava a saúde como elemento individual, deixando de lado o caráter preventivo e coletivo, que tinham papel secundário. Cabe lembrar, ainda, que a assistência individual era oferecida por serviços privados e pelo Instituto de Previdência Social (INPS), este só oferecido aos indivíduos que contribuía com a previdência. Ou seja, o acesso ao atendimento em saúde era limitado, colaborando para o péssimo estado de saúde da população e levando os profissionais da área a se organizarem e formarem associações para defesa dos direitos dos cidadãos, o que resultou no chamado Movimento Sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira.

A crítica principal do Movimento Sanitário estava no modelo do Sistema Nacional de Saúde, promulgado em 1975, centrado no hospital, como prática de reabilitação, não sendo capaz de promover a prevenção da doença.

Por sua vez, as políticas de atenção à saúde das mulheres estiveram também influenciadas por dinâmicas e contextos internacionais, caracterizando-se, até muito recentemente, pelo viés materno-infantil. Tal concepção de saúde se relaciona com o papel subalterno relegado às mulheres na sociedade brasileira até meados dos anos de 1980. Até este período, duas lógicas se alternaram: o país adotou uma postura pró-natalista ao longo do século passado, e para tanto dotou-se de legislação protetiva da maternidade e restritiva em relação ao exercício da autonomia das mulheres sobre seus corpos².

Em 1983, as reivindicações do movimento feminista se integram às discussões mais amplas e há a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, como estratégia de destinação seletiva de recursos, o qual deveria capacitar o sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, de forma integral. A partir de então,

¹ NETO, Edson Theodoro dos Santos; ALVES, Kelly Cristina Gomes; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc. São Paulo, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>> Acesso em 31/10/2012.

² REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2008. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/porta1/trilhas/docs/002.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

passou-se a preconizar a compreensão da mulher como ser integral e sujeito nas ações e processos que envolvem sua saúde. A assistência pré-natal passa a fazer parte da rede de serviços públicos, dando início à implementação gradativa de uma assistência integral. (BRASIL, 1984).

A Constituição Federal de 1988 deu origem ao Sistema Único de Saúde, o SUS, além de estabelecer em seu Artigo 196 que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”(BRASIL, 1988)

O SUS é o resultado de um processo de lutas, participação e esforços de um grande número de pessoas que levaram adiante o movimento sanitário, orientados pela ideia de que todos têm direito à saúde e que o governo, em conjunto com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para atingir tal objetivo.

A história da saúde no Brasil mudou a partir da criação do SUS. Até então o sistema selecionava a clientela a ser atendida, com políticas excludentes e direcionada aos interesses políticos dos governantes. O SUS trouxe, em sua essência, princípios doutrinários que tornariam o sistema mais justo, refletindo a igualdade de direitos para todos os cidadãos.

A Lei 8080/90³ diz que um dos objetivos do SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Prevê ainda a participação da comunidade no desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde.

No ano de 2003, o Governo Federal criou a Secretaria Especial para as Mulheres da Presidência da República, com status de Ministério. Em 2004 é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, ampliando os efeitos do PAISM.

A garantia dessa atenção deve ser assegurada pelo SUS e compreende: atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que

³ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas⁴.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher desenvolve ações que promovem atendimento clínico-ginecológico, planejamento reprodutivo, acompanhamento do pré-natal e atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Em 2006, os gestores da saúde no Brasil em âmbito federal, estadual e municipal, aprovaram o Pacto pela Saúde, abrangendo três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, sendo um dos objetivos principais do Pacto pela Saúde, a redução da mortalidade infantil e materna.

De acordo com UNICEF (2011) uma das metas do Pacto pela Saúde é estabelecer que o acompanhamento pré-natal de qualidade deve ser oferecido à todas as gestantes no próprio município onde vivem.

Vejamos abaixo as principais políticas públicas brasileiras para a garantia do direito à saúde de gestantes, parturientes e crianças recém-nascidas:

<i>Política Pública</i>	<i>Ações desenvolvidas / metas</i>
<i>Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal</i>	Desenvolve ações de prevenção e assistência à saúde de gestantes, parturientes e crianças recém-nascidas, garantindo o acesso e a qualidade dessa assistência. Exige, por exemplo, que os estados e municípios tenham serviços de saúde capazes de acolher todas as gestantes e recém-nascidos.
<i>Política Nacional de Atenção Integral à Mulher</i>	Desenvolve ações que promovem atendimento clínico-ginecológico, planejamento reprodutivo, acompanhamento do pré-natal e atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
<i>Política de Atenção Integral à Saúde da Criança</i>	Tem como uma de suas metas cuidar da saúde dos recém-nascidos, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de desenvolver ações para reduzir a mortalidade infantil e investigar os óbitos dos bebês.

Tabela 1 - Políticas Públicas para a garantia dos direitos das gestantes

Fonte: Adaptado de UNICEF (2011)

⁴ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2008. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>. Acesso em 13/08/2012

Além das Políticas citadas na Tabela 1, há ainda, outros Programas de atenção às gestantes, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído no ano 2000, com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, é parte da Política Nacional de Humanização, conhecida como *HumanizaSUS*, que existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Dentre os conceitos que norteiam os trabalhos da Política Nacional de Humanização está o conceito de Acolhimento. Para o Ministério da Saúde, Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

O Acolhimento se dá com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades dos usuários, pois assim, é possível garantir o acesso oportuno dos usuários a

tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco.

No ano de 2011 o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Rede Cegonha, uma rede de cuidados que tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Puerpério é o nome dado à fase pós-parto.



Figura 1 - Logotipo da Estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde (2011)⁵

Os objetivos da estratégia Rede Cegonha são: propor um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; Redução da mortalidade materna e neonatal.

A Rede Cegonha é um programa que visa garantir atendimento de qualidade às gestantes pelo Sistema Único de Saúde, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê, atuando de forma integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher.

Com investimento previsto em R\$ 9,4 bilhões pelo Ministério da Saúde que serão aplicados em uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, o programa tem início na região Nordeste e na Amazônia, regiões com os mais altos índices de mortalidade materna e

⁵ Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>.

Acesso em 06/12/2012.

infantil. Porém, o Governo Federal tem como meta levar as ações da Rede Cegonha para todo o país até 2014. Para isso, o Governo Federal pretende atuar mais próximo aos Estados e Municípios, procurando garantir maior comprometimento com as mudanças das práticas. Vejamos abaixo as inovações previstas pela Rede Cegonha:

- ✓ Disponibilidade do Teste Rápido de Gravidez em todos os Postos de Saúde, o que possibilita a constatação da gestação de forma mais rápida, possibilitando a antecipação do pré-natal;
- ✓ A partir da confirmação da gestação, ficam garantidas, no mínimo, seis consultas médicas, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais;
- ✓ Vinculação da gestante à maternidade onde será realizado o parto desde o início do pré-natal;
- ✓ Pagamento de auxílio às gestantes para o deslocamento até o local das consultas de pré-natal e para deslocamento até a maternidade quando forem dar à luz.

A Rede Cegonha prevê, ainda, a qualificação de profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, bem como a criação de estruturas de assistência, que funcionarão em conjunto com a maternidade, como a Casa da Gestante e os Centros de Parto Normal.

A Rede Cegonha está dividida em três fases: Pré-natal, Parto e Nascimento e Pós-parto.

2.1.1Pré-natal

Etapa na qual há uma prioridade de atendimento às gestantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É nela que há a realização imediata do teste rápido de gravidez e de todos os exames pré-natais. Também, será neste momento, que a mamãe fará a vinculação com uma maternidade e saberá, desde os primeiros meses, onde terá seu bebê. São promovidas visitas ao local do parto.

2.1.2 Parto e Nascimento

Nesta fase, a Rede Cegonha qualifica as equipes de saúde para prestação de atendimento humanizado e especializado. Há o acolhimento com classificação de risco, ambiente confortável e seguro para a mulher e o bebê e foco na humanização e qualidade do parto. A mulher tem direito a um acompanhante durante o parto e atendimento especial no caso de gravidez de risco. Além disso, a estratégia garante atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.

2.1.3 Pós-parto

Durante esse período, a Rede Cegonha acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses de idade. Há a orientação sobre todos os cuidados necessários para a mulher e seu bebê, promoção e incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do calendário de vacinação. Além disso, as mães podem ter acesso a informações e disponibilização de métodos de planejamento familiar e a consultas e atividades educativas⁶.

De acordo com o Ministério da Saúde, o primeiro ano de funcionamento da estratégia permitiu a redução de 21% dos óbitos maternos.

2.2 Casos de sucesso, ações públicas para gestantes nos municípios brasileiros.

Neste capítulo, analisa-se alguns casos de sucesso na implantação de Políticas Públicas para as gestantes em alguns municípios brasileiros. O município de Curitiba foi pioneiro na implantação de um programa específico para a gestante e serve de referência para todo o país. Abordaremos o município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo e Mogi das Cruzes, município da região metropolitana de São Paulo e o mais próximo de Guararema que possui um Programa específico para gestantes.

⁶ Blog da Saúde. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-a-rede-cegonha/>

2.2.1 Programa Mãe Curitibana – Município de Curitiba (PR).

O Programa Mãe Curitibana é um Programa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, implantado em março de 1999. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do município, o Programa tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessária, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno.

De acordo com BARBOZA e SPINK (2002), o Programa atua em 105 localidades, atendendo uma população estimada em 475 mil mulheres em idade fértil, com 4.849 servidores, que realizam um serviço cuja duração esperada é de 18 a 21 meses.

O objetivo do Programa Mãe Curitibana é humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e crianças de Curitiba. Tornou-se uma experiência exitosa e reconhecida nacionalmente nos cuidados às gestantes e seus bebês.



Figura 2 - Logotipo Programa Mãe Curitibana

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2002)⁷

A soma de esforços institucionais minimiza riscos e sofrimentos às mães e seus bebês. Como marco inicial do processo, as Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba acolhem as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez e vinculando-as

às maternidades de referência para o parto de acordo com o grau de risco. As gestantes e os pais do bebê são convidados a participar de oficinas de preparação ao parto, aleitamento materno, cuidados com o bebê e visitam previamente a maternidade.

“No pré-parto, realizam-se consultas e exames, juntamente com o fornecimento de vacinas, medicamentos e leite para a complementação alimentar. Também nessa fase a gestante participa de uma oficina e faz uma visita guiada ao hospital onde dará à luz.”(BARBOZA e SPINK, 2002, p. 4)

O Programa Mãe Curitibana implica na ordenação racional dos fluxos de referência e contra-referência entre serviços existentes no município e na qualificação técnica dos profissionais envolvidos. A abordagem é global, incluindo todas as etapas desde o pré-natal e o parto até a assistência ao recém-nascido, puerpério e planejamento familiar.

A organização e os investimentos previstos resultam em melhoria do acesso e da qualidade, dando a todas as gestantes de Curitiba oportunidade de acompanhamento pré-natal, identificação dos casos de risco, assistência a possíveis complicações e atendimento especializados, quando necessário, durante a gravidez e no parto.

As maternidades de Curitiba são parceiras imprescindíveis, realizando os partos com a presença do médico obstetra ou do enfermeiro e do pediatra. Com o objetivo de agilizar o atendimento realizam agendamento de consulta na Unidade de Saúde "on line" através do Sistema Integração, facilitando a captação precoce da puérpera e do recém nascido pela equipe de saúde.

“A vinculação entre unidade básica e secundária de assistência garante o atendimento à parturiente em local previamente conhecido e adequado às condições de risco de sua gestação. A vinculação ao hospital acabou com a ‘peregrinação das grávidas’ que algumas vezes precisavam se deslocar de hospital em hospital buscando uma vaga para internação.”(BARBOZA e SPINK, 2002, p. 4)

Para assegurar assistência ao neonato de risco, a Secretaria de Saúde do município incentivou os serviços hospitalares a ampliar o número de leitos de UTI neonatal e criar leitos para recém-nascidos de médio risco. As maternidades parceiras do programa recebem kits, contendo insumos utilizados durante procedimentos do parto normal e da cesárea.

⁷ Disponível em < <http://www.maecuritibana.com.br/ProgramaMaeCuritibana> >. Acesso em 03/01/2013.

Na proposta do município de Curitiba, está inserido o Agente Comunitário em Saúde (ACS), encarregado de monitorar as gestantes de sua área de responsabilidade, prestando as orientações pertinentes.

Segundo BARBOZA e SPINK (2002), na fase dos pós-parto, as usuárias do Programa recebem a visita do Agente de Saúde e, a partir daí, inicia-se o acompanhamento à criança com consultas, exames e vacinas específicos a esse estágio de seu desenvolvimento.

O Programa Mãe Curitibana volta-se ainda, às usuárias que apresentam elevado risco de complicações e até mesmo probabilidade de óbito durante a gravidez ou parto. Às mulheres com risco reprodutivo são ofertados em todas as Unidades de Saúde, aconselhamento, orientação e métodos de anticoncepção, indicados após avaliação individual, conforme os procedimentos incluídos no segundo volume, referente ao Planejamento Familiar e Risco Reprodutivo.

“Sua alta complexidade é determinada por rotinas específicas para a detecção e o cuidado diferenciado nas situações de baixo, médio e alto risco; e por ser dividido em quatro fases distintas – pré-parto, parto, puerpério e atenção ao bebê – cuja duração e tipos de cuidado requeridos são bastante diversificados.”(BARBOZA e SPINK, 2002, p.4)

De acordo com BARBOZA e SPINK (2002), utilizando a estrutura física das Unidades de Saúde e os recursos humanos disponíveis, a operacionalização do Programa consistiu basicamente na criação e aplicação de um novo Protocolo e na informatização do serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba desenvolveu um Protocolo de Atendimento às Gestantes do município atendidas pelo Programa, fator que colaborou para que o Programa se tornasse referência.

A criação do Protocolo de Atendimento criou uma padronização dos fluxos e condutas do Programa Mãe Curitibana e teve participação das equipes da rede municipal de saúde e de membros das comunidades, representados pelos participantes do Conselho Municipal de Saúde, além de prestadores de serviços da área de saúde no município.

“Esse Protocolo é seguido criteriosamente e não é difícil ver nos locais de trabalho um exemplar do manual que descreve suas rotinas. A presença do manual sobre as mesas, às vezes aberto, grifado, manchado pelo manuseio, indica que ele é estudado pelos profissionais e que orienta de fato o atendimento.”(BARBOZA e SPINK, 2002, p. 6)

Além da criação do Protocolo, o investimento em informatização do serviço trouxe melhorias no atendimento, inclusive, nas relações humanas, transformando a rotina de atendimento, tornando-as mais eficiente.

Vejamos, a seguir, o Fluxograma de Atendimento definido no Protocolo:

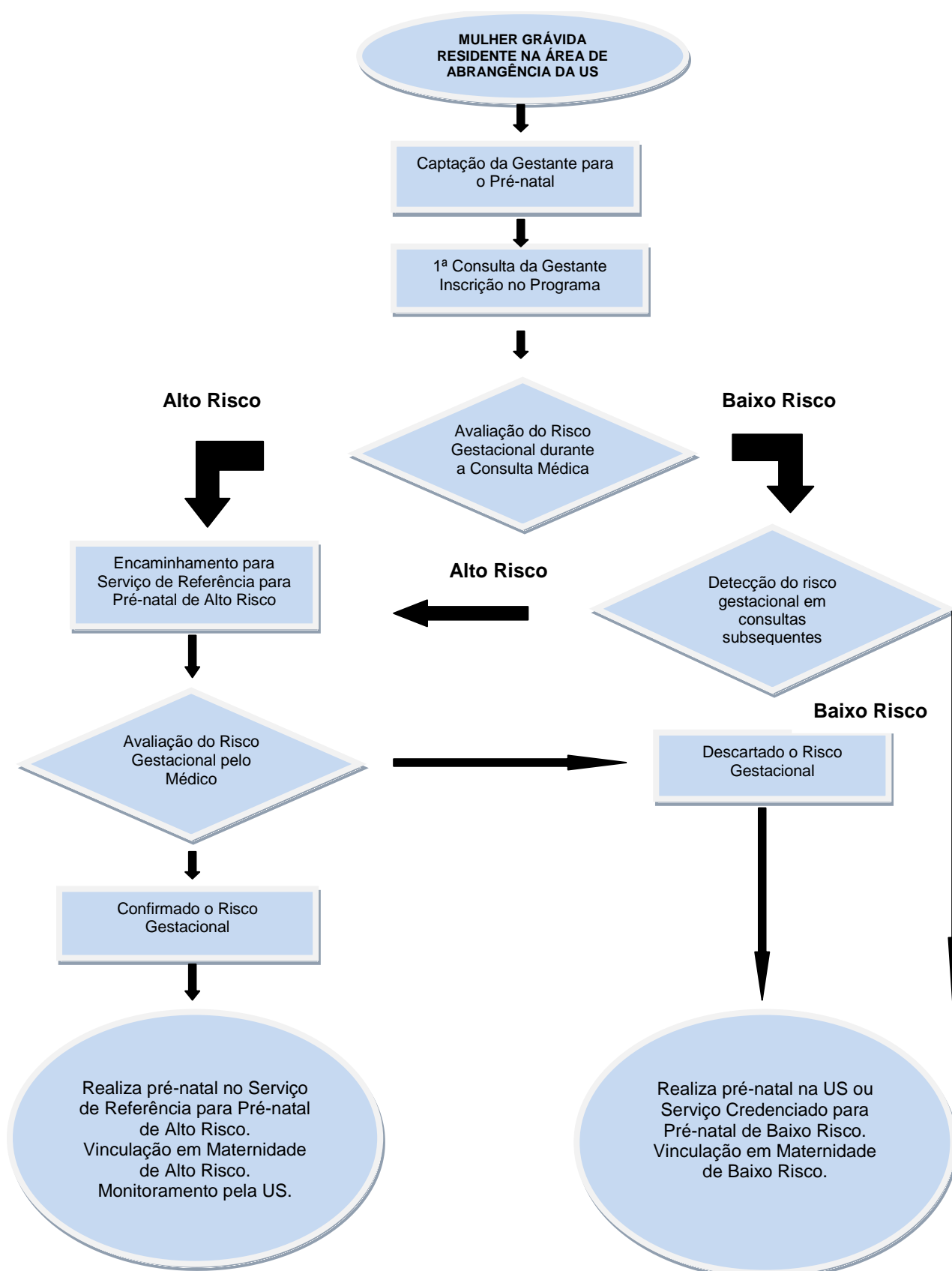


Figura 3 Fluxograma de Assistência ao Pré-natal

Fonte: VOLPI, Ademar Cezar, et. al. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba: 2012.

A taxa de Mortalidade Infantil registrada em Curitiba em 2010, ficou em 9,11 por mil nascidos vivos e foi 42% menor que a brasileira no período, segundo dados do IBGE, sendo que no ano de referência da pesquisa, o Brasil apresentou 15,6 óbitos por mil. De acordo com a Secretaria de Saúde de Curitiba, em 2011, o índice caiu ainda mais para 8,68 por mil, o que representa uma taxa 41,2% menor desde 1999, ano de implantação do Programa Mãe Curitibana. Em 1998, a taxa foi de 16,64.⁸

Percebe-se, analisando o Fluxograma acima, que a Avaliação de Risco Gestacional, é efetuada logo na primeira consulta, faz com que a gestante seja encaminhada ao serviço adequado às suas necessidades. Nota-se, também, que a detecção do Alto Risco pode acontecer em outros momentos ao longo do pré-natal, ou seja, essa avaliação é constante, não se limitando à primeira consulta. É possível perceber que o risco gestacional detectado na primeira consulta também não é definitivo, podendo a gestante sair dessa condição ao longo do pré-natal. Fator importante é a vinculação da gestante à maternidade, logo após a Avaliação de Risco.

A adoção de um fluxograma de atendimento auxilia os profissionais no desempenho de suas funções e serve de suporte às avaliações de processos, facilitando a identificação de possíveis deficiências e a adoção de medidas corretivas.

2.2.2 Programa Mãe Paulistana – Município de São Paulo - SP

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana é um programa municipal de saúde da prefeitura do município de São Paulo. Implantado em 2006, o programa é voltado para a mãe e para a criança, tendo como objetivo assistir a gestante durante o ciclo de gravidez, desde as consultas de pré-natal (no mínimo sete), o parto, o puerpério até o primeiro ano de vida do bebê.

Regulamentado pelo Decreto 46.966 de 22 de Fevereiro de 2006, pelo então Prefeito José Serra, o Programa tem por objetivo o desenvolvimento de ações e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, promovendo acesso às ações

⁸ Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba. Disponível em <
<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/mortalidade-infantil-de-curitiba-e-42-menor-que-a-nacional/26558>
>

e serviços e à qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do município de São Paulo.⁹

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, em seis anos de Programa, os números melhoraram ainda mais, sendo 669.798 mães inscritas. Desde março de 2006 foram realizados 653.562 partos.



Figura 4 - Logotipo do Programa Mãe Paulistana

Fonte – Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo (SP): 2006

O Programa Mãe Paulistana está presente em 436 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 23 Ambulatórios Especialidades, em 37 hospitais, sendo 11 Municipais, 9 Estaduais, 4 Conveniados ao SUS, 5 OSs Estaduais, 2 OSs Municipais, 5 Universitários e 1 Casa de Parto.

“Até 2006, um dos problemas de saúde mais críticos na cidade de São Paulo era a dificuldade de acesso das gestantes às maternidades no momento do parto. Não havia uma rede organizada de serviços de saúde do SUS no município, que integrasse todos os estabelecimentos de saúde municipais, estaduais e federais, fato que deixava para as gestantes a busca pela vaga no momento do parto.”(CAMPOS, TERRA e CARVALHO, 2009)

Em relação ao pré-natal, desde março de 2006 foram realizadas 4.081.480 consultas, 5.105.054 exames e 642.138 ultrassonografias obstétricas. O índice de aprovação entre as participantes do programa chega a 94%, segundo pesquisa do Ibope (outubro/2006).

O cadastramento das pacientes no Programa se dá logo após a confirmação do estado gestacional, quando a própria unidade de saúde que a atendeu realiza o cadastramento no

⁹ Decreto 46,966 de 02/02/1996, disponível em: <
http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03022006D469660000 > Acesso em 18/01/2013.

Programa. A gestante cadastrada no Programa Mãe Paulistana recebe, além do acompanhamento das consultas do pré-natal e a realização de todos os exames necessários para acompanhar a gravidez, os seguintes benefícios:

- Garantia de referência para um hospital da região em que mora;
- Visita à maternidade onde será realizado o parto;
- Transporte municipal gratuito para realizar consultas e exames, durante a gravidez e no primeiro ano de vida do bebê;
- Enxoval básico para o bebê. Este benefício é concedido somente para as mães residentes na capital e que tenham realizado o pré-natal na rede municipal de saúde.

O vale-transporte é oferecido somente para as pacientes que necessitem de condução para chegar ao local da consulta e ou exame. Caso haja necessidade, a gestante recebe o cartão da SPTrans e os créditos são liberados conforme a necessidade de utilização, após avaliação na consulta médica.

Entre os avanços alcançados pelo Programa Mãe Paulistana, está a criação da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana – CRMP, que passou a regular especificamente os casos obstétricos e neonatal. Antes da criação da CRMP, a regulação de partos do município de São Paulo era feita pela CRUE – Central de Regulação de Urgência e Emergência.

A CRMP conta com uma equipe de 26 médicos reguladores que se dividem de forma a cobrir as 24 horas do dia, 2 funcionários administrativos e 1 coordenador. Segundo CAMPOS, TERRA e CARVALHO (2009), a CRMP regula gestantes de Alto e Baixo Risco, abortamentos, patologias obstétricas, leitos de UTI Materna, UTI Neonatal, Cirurgia Pediátrica, entre outras.

De acordo com CAMPOS, TERRA e CARVALHO (2009), dentro do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde e do Plano Nacional de Saúde, a garantia de referências hospitalares definidas para a assistência materno-infantil é etapa fundamental para a redução mortalidade neonatal e materna.

A CRMP é uma ferramenta fundamental para acabar com a procura direta por vaga da gestante no momento do parto, o que gera uma peregrinação da gestante, colocando em risco a saúde da mãe e do bebê.

Vejamos na tabela abaixo a evolução das solicitações de vagas no período de 2004 a 2008:

<i>Período</i>	<i>Número de Solicitações de Vagas</i>	<i>Resolutividade</i>
2004	6.095	65,10%
2005	3.974	60,20%
2006	4.632	97,24%
2007	11.837	94,51%
2008	13.571	92,70%

Tabela 2 Evolução das Solicitações de Vagas para Gestantes no Município de São Paulo (SP)

Fonte: CAMPOS, TERRA e CARVALHO (2009)

Percebe-se que a CRMP tem uma taxa de resolutividade média de 95%, demonstrando a efetividade da integração de todas as instituições componentes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, com comprometimento e colaboração mútuas. Antes da implantação do Programa, as gestantes eram conhecidas como “mães peregrinas”, devido à dificuldade de obtenção de vaga em maternidades públicas.

De acordo com a Secretaria de Saúde do município de São Paulo (2010)¹⁰, de Março de 2006 até hoje o Programa Mãe Paulistana conseguiu várias conquistas importantes. Reduziu a mortalidade materna causada por hipertensão em 30%, por meio de monitoramento da pressão durante a gravidez.

¹⁰ Revista Mãe Paulistana. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP): 2010, disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/comunicacao/arquivos/cartilhas/cartilha_ma_e_paulistana_5anos.pdf Acesso em 13/01/13.

Outra vitória foi o significativo aumento no número de consultas de pré-natal. Em 2009, o percentual de mulheres que realizaram sete ou mais consultas cresceu e chegou a 73,80%, quando em 2004, foi de 65,40%, sendo que 97,76% fizeram o pré-natal até o fim da gestação. Constatou-se, ainda, uma antecipação na realização do acompanhamento, o que é muito positivo também. Antes as gestantes chegavam para o pré-natal no 4º ou 5º mês de gestação e agora elas chegam mais cedo.

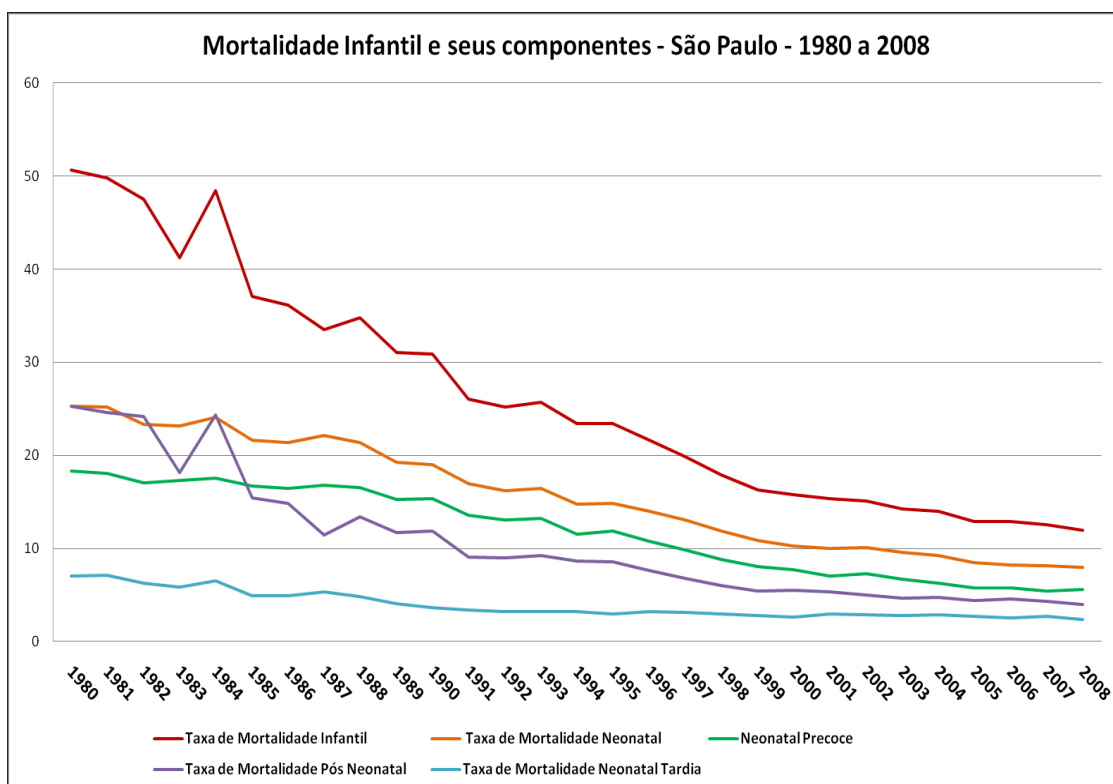


Figura 5 - Gráfico de acompanhamento da Mortalidade Infantil – São Paulo – 1980 a 2008

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 2010.

Nota-se a tendência de queda da mortalidade infantil desde 1980. Porém, partir de 2006, com a implantação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, a queda foi acentuada, devido à assistência constante dos médicos nos pré-natais, nos exames laboratoriais e de imagem. Diminuiu de 13,96 mortes para cada mil nascidos vivos em 2004, para 11,9 em 2009.

Do início do Programa em 2006, até 2010 foram realizados mais de 500 mil partos, mais de 2,7 milhões de consultas de pré-natal e mais de 3,4 milhões de exames.

2.2.3 Programa Mãe Mogiana – Município de Mogi das Cruzes - SP

O Programa Mãe Mogiana é um Programa desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Mogi das Cruzes, por meio de um convênio entre a Prefeitura Municipal e a Santa Casa de Misericórdia local, com o objetivo de oferecer maior conforto às gestantes que realizam pré-natal na rede municipal de saúde. Entre os objetivos do Programa, destaca-se:

Ampliação do Programa de Parto humanizado, abrangendo todas as gestantes que realizam pré-natal na rede municipal de saúde;

Garantir o atendimento hospitalar de forma adequada, por meio das informações geradas pelo atendimento ambulatorial pré-hospitalar;

Promover o acolhimento das gestantes, inclusive as consideradas de alto risco;

Oferecer assistência psicológica individual ou em grupo, objetivando a preparação para o parto, o pós-parto, promovendo a humanização do atendimento;

Incrementar o apoio pós-natal, garantindo o retorno à rede municipal de saúde tanto da mãe, quanto da criança.



Figura 6 - Logotipo do Programa Mãe Mogiana

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Mogi das Cruzes, 2009

Até a 28^a semana de gestação, a gestante realiza suas consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência. A partir da 29^a semana, a paciente é encaminhada ao Programa Mãe Mogiana, onde realizará suas consultas até a realização do parto.

O objetivo do Programa é integrar a gestante à equipe que realizará o seu parto, oferecendo maior conforto e humanização no acolhimento. As pacientes são atendidas pela equipe multifuncional do Programa, que inclui Técnicos em Enfermagem, Enfermeiros Obstétricos e Médicos especializados em Ginecologia e Obstetrícia que compõem o corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes, a fim de que as pacientes tenham contato com a equipe que realizará o parto.



Figura 7 - Ala destinada ao Programa Mãe Mogiana na Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes

Fonte: Secretaria de Comunicação da Prefeitura de Mogi das Cruzes (2009)¹¹

Dentre os serviços oferecidos pelo Programa, destaca-se o acompanhamento psicológico, que procura envolver não somente as pacientes, mas a família, em palestras que visam à orientação quanto ao parto e o pós-parto, não dispensando o atendimento individual, quando necessário.

A participação do pai ou de um membro da família da paciente escolhido pela própria gestante faz parte da humanização do parto. Essas atividades visam aumentar o grau de segurança das parturientes, principalmente, àquelas que irão dar à luz pela primeira vez.

“A presença do acompanhante faz com que se recobre um pouco o contexto familiar, vivenciado nos partos em domicílio. Este acompanhamento representa o apoio de que a mulher necessita para enfrentar esse momento difícil, pois sua impessoalidade ocasiona insegurança e medo, razão por que deve ser uma pessoa significativa para a parturiente, podendo ser o pai da criança, sua genitora ou mesmo as doulas (mulheres preparadas para dar apoio e conforto durante as dores do parto).”(MOREIRA, et. al., 2011)

¹¹ Disponível em < <http://www.mogidascruzes.sp.gov.br/comunicacao/noticia.php?id=929> >

Além do acompanhamento psicológico, outro serviço oferecido às gestantes cadastradas é a inserção no Programa de Aleitamento Materno, que procura incentivar a amamentação por leite materno, no mínimo, pelos seis primeiros meses de vida dos bebês.

Como a transferência das gestantes da Unidade Básica de Saúde para o Programa é feita de forma compulsória, o Programa oferece o Cartão Cegonha, um cartão de vale-transporte válido no município de Mogi das Cruzes, para que a paciente possa deslocar-se de sua residência até o local da consulta ou para a realização de exames. Completam os benefícios do Programa a entrega de um kit de enxoval básico para a gestante na última consulta antes da data do parto.

Para garantia do retorno à rede municipal de saúde, ao receber alta hospitalar a mãe e o recém-nascido saem do hospital com a primeira consulta agendada para a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, na qual ela realizou o pré-natal até a 28ª semana de gestação.

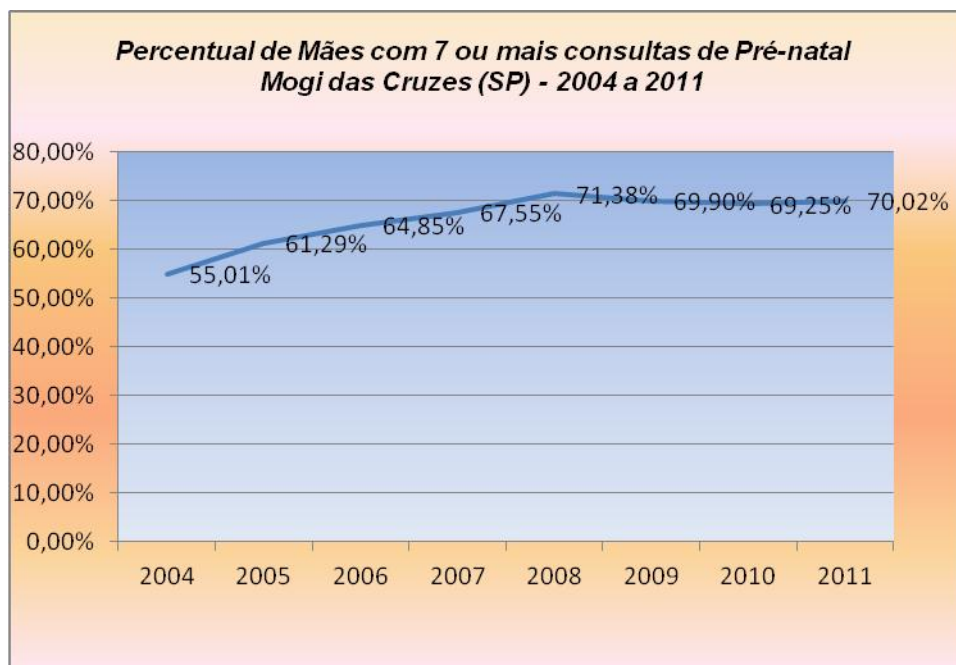


Figura 8 - Gráfico da Evolução das Mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em Mogi das Cruzes (SP)

Fonte: Informações dos Municípios Paulistas – IMP / Fundação SEADE¹²

¹² IMP/ SEADE. Disponível em < <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela> >

O gráfico acima nos mostra que houve uma evolução de 15 pontos percentuais com relação às mães que realizam sete ou mais consultas de pré-natal, passando de 55,01% em 2004 para 70,02% em 2011.

No período de 2009 a 2011, o Programa Mãe Mogiana cadastrou 3.420 gestantes e realizou 2.726 partos. Por mês, o Programa de Aleitamento Materno atende uma média de 350 mães de recém-nascidos, esclarecendo dúvidas a respeito da amamentação e orientando quanto às dificuldades que por ventura surgirem. São, ao todo, mais de mil consultas e procedimentos diversos realizados pelo Programa.

Os dados apresentados mostram um avanço considerável, porém a Taxa de Mortalidade Infantil do município de Mogi das Cruzes ficou acima da média da Grande São Paulo, em 13,43 por mil nascidos vivos. Ainda assim, houve melhora em relação à 2009, quando o índice de Mogi das Cruzes ficou em 14,21 por mil nascidos vivos.

2.3 Amparo às gestantes e inclusão social.

Inclusão Social pode ser definida como um conjunto de meios e ações que combatem a exclusão da vida em sociedade e está ligada às pessoas que não têm as mesmas oportunidades dentro da sociedade.

“Apesar dos ganhos extraordinários da mortalidade infantil observados no Brasil, a exclusão social de parcelas significativas de sua população e a manutenção das desigualdades sociais e regionais têm sido um forte obstáculo a reduções mais significativas de seus níveis.”(IBGE, 1999)

Levando-se em consideração a extensão territorial do nosso país, é sabido que há diversos locais de difícil acesso, dificultando a chegada de profissionais da saúde e tornando quase impossível o deslocamento da gestante a uma Unidade Básica de Saúde para início e acompanhamento pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que

fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2006).

Diante desses fatos, é de extrema importância a criação de Políticas Públicas de saúde que facilitem tal acesso, visto que o acompanhamento pré-natal de qualidade é, sem dúvida, fator de redução da mortalidade materna e neonatal.

“A morte materna e neonatal continuam sendo problemas sociais relevantes no país: em 2003, a Razão de Morte Materna (RMM) foi de 51,74 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sabendo-se que 92% dos casos de mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis (Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Informações do SIM e do Sinasc sem aplicação de fator de correção). Do total de mortes de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, sendo que grande parte delas está associada à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério.”(BRASIL, 2006)

Já vimos que a atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período.

Nos municípios onde há Programas de Atenção às Gestantes não são raros os casos onde é necessário um atendimento integrado entre as Secretarias de Saúde e Assistência Social, devido às necessidades sociais das famílias que participam do Programa. Com a utilização de equipe multiprofissional, envolvendo Médicos, Enfermeiros e Psicólogos é possível identificar problemas sociais e atender de acordo com as necessidades de cada gestante e de sua família, integrando e promovendo a participação em outros programas que possam proporcionar melhorias na qualidade de vida da família, reduzindo os Fatores de Risco da gestação.

Embora a maioria das gestantes deseje a gestação, há ainda muita gravidez não planejada e, por falta de orientação e informação, levam à ausência da Avaliação Pré-Concepcional¹³, instrumento importante para a redução dos fatores de risco, principalmente entre as adolescentes.

Os Programas de Atenção à Gestante nos municípios proporcionam a inclusão social, pois devem contar com discussões em grupos de gestantes, objetivando, principalmente:

¹³ Entende-se por Avaliação Pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. (BRASIL, 2006)

- ✓ Criar vínculo entre as participantes do grupo, favorecendo uma relação de apoio, troca de experiências, esclarecimentos e reflexões acerca da gestação e da nova condição. Nesse sentido, deve haver uma interação entre as mulheres que experimentam a primeira gestação e outras com experiência;
- ✓ Proporcionar oportunidades de discussão entre as gestantes, dispondo de informações em relação a medidas de prevenção na área da saúde física e emocional por meio da socialização dos principais temas que definem o ciclo gravídico-puerperal e seu entorno social, propiciando o vínculo materno;
- ✓ Promover a conscientização quanto às vantagens do aleitamento materno, modificações na gestação, sinais de trabalho de parto, técnicas de analgesia, pré-natal, direitos e deveres da gestante, atividade física e alimentação, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar;
- ✓ Favorecer e incentivar o seguimento do pré-natal, informando principalmente sobre a importância da participação regular às consultas possibilitando assim, melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas;
- ✓ Contribuir para o estabelecimento de condições favoráveis ao seu desenvolvimento físico, mental, emocional, dentro do ambiente familiar e na convivência social, com a valorização da família e aumento do vínculo entre pais e filhos.

Para que todos esses objetivos sejam alcançados, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que compõem as equipes dos Programas Saúde da Família (PSF) é de extrema importância, pois são eles que realizam a busca ativa das gestantes da comunidade para que elas iniciem o atendimento pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. Em Curitiba, esse é o diferencial para o sucesso do Programa.

“Ao visitar as moradias, os agentes de saúde verificam na Caderneta da Gestante se ela compareceu às consultas marcadas, se fez todos os exames e se tomou as vacinas ou medicações necessárias. Caso seja detectado pela Unidade de Saúde a falta da usuária a uma consulta marcada, o agente é encarregado de realizar uma busca ativa, o que significa visitar a gestante em casa, conversar com ela, orientar-lhe sobre a importância do pré-natal para a manutenção do seu bom estado de saúde e também do bebê. O agente monitora o desenvolvimento da gravidez e promove o envolvimento das gestantes de sua microárea.”(BARBOZA e SPINK, 2002, p. 12)

Outro fator que não pode deixar de ser considerado é o aumento de gestantes com dependência química, que exige uma atenção diferenciada no sentido de proteção à mãe e ao feto. Nesses casos, quanto antes houver a avaliação de risco da gestação, maiores são as chances de proporcionar um grau de proteção maior ao feto, através de um pré-natal adequado.

Casatti (2011) relata que os efeitos obstétricos devido à exposição às drogas na gestação dependem da realização inadequada do pré-natal com menos de cinco consultas e maior frequência de abortamento provocado, dieta inapropriada, idade materna, entre outros fatores. As ações educativas existentes num modelo de acolhimento minimizam os riscos, orientando as gestantes usuárias e buscando proteger a saúde do bebê, tornando-se de suma importância.

2.4 Fatores de fracasso na implantação e gestão.

Sabe-se que as Políticas Públicas surgem como uma forma de equacionar os problemas econômicos e sociais, criando condições estruturais de promoção do desenvolvimento.

“A rigor, uma decisão em política pública representa apenas um amontoado de intenções sobre a solução de uma problema, expressas na forma de determinações legais: decretos, resoluções, etc. Nada disso garante que a decisão se transforme em ação e que a demanda que deu origem ao processo seja efetivamente atendida. Ou seja, não existe vínculo ou relação direta entre o fato de uma decisão ter sido tomada e sua implementação. E também não existe relação ou vínculo direto entre o conteúdo da decisão e o resultado da implementação.”(RUA, 2009)

O principal desafio para a obtenção de sucesso na implantação de Políticas Públicas está em atender as demandas reais da sociedade. Isso envolve mais do que uma decisão e requer uma série de ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.

De acordo com RUA (2009), desde a década de 1970, o estudo das políticas públicas indica haver algo como um “elo perdido”, situado entre a tomada de decisão e a avaliação dos resultados: a implementação, o momento em que o planejamento e a escolha transformam-se em atos que buscam atingir aquilo que foi planejado.

“A implementação compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos.” (RUA, 2009, p.94)

Para LOPES, et.al.(2008), estudiosos apresentam dois modelos de implementação das Políticas Públicas: o de Cima para Baixo (que é a aplicação descendente ou, em outras palavras, do governo para a população) e o de Baixo para Cima (que é a aplicação ascendente ou da população para o governo).

“Em outras palavras, a implementação consiste em fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Envolve os mais diversos aspectos do processo administrativo: desde a provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, elaboração de editais para aquisição de bens e contratação de serviços.” (RUA, 2009, p.95)

De acordo com Rua (2009), alguns tipos de política podem ser mais ou menos difíceis de implementar. A escolha do modelo de implementação de uma Política Pública também é determinante para definir o grau de participação da sociedade nesse processo, visto que os modelos apresentados acima possuem características diferentes.

“O modelo de Cima para Baixo representa um modelo centralizado, onde apenas um número muito pequeno de funcionários participa das decisões e opina na forma da implementação das Políticas Públicas. Ele reflete uma concepção hierárquica da administração pública, segundo a qual a decisão tomada pela administração pública seja acatada e cumprida pelos demais envolvidos, sem questionamentos. Já o modelo de Baixo para Cima é caracterizado pela descentralização. Ou seja, ele supõe a participação dos beneficiários ou do usuário final das políticas em questão. Os beneficiários são chamados a participar.” (LOPES, et.al, 2008, p.15)

Pode-se dizer que, no caso das ações voltadas à atenção às gestantes, no âmbito das políticas públicas de saúde, passa por diversos momentos, inclusive, antes do período gestacional. A atenção básica deve estar presente na vida das mulheres em idade gestacional, visando uma melhor preparação para a gravidez.

Nesse sentido, a informação é um forte aliado na obtenção de sucesso e ou fracasso na implementação de ações públicas. Além disso, é preciso criar mecanismos que possibilitem aumentar o grau de participação social nas Políticas Públicas.

Acontece que, muitas vezes, o Programa existe, mas as pessoas que mais necessitam deles não têm conhecimento sobre o mesmo, principalmente as gestantes em situação de vulnerabilidade social, que possuem acesso limitado à informação.

“A participação social é algo fundamental para o êxito de uma gestão pública eficiente. Muitos prefeitos não são bem aceitos pela população local, apesar de terem realizado uma boa gestão porque não souberam informar à sociedade o que estava sendo feito e porque estava sendo feito.” (LOPES, et.al, 2008, p.15)

Segundo Rua (2009), o acompanhamento de uma política deve levar em consideração a existência de uma percepção precisa acerca da política que se implementa. Isto nem sempre ocorre. Ou seja, nem sempre os indivíduos que atuam na implementação de uma política sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo tão abstrato como uma política.

É preciso considerar, ainda, que muitas ações que partem da administração pública têm objetivos de visibilidade eleitoral, não sendo possível avaliar se realmente atendem às necessidades da população que as utilizam.

“Frequentemente o estudo e acompanhamento da implementação enfrentam a dificuldade de identificar o que é que efetivamente está sendo implementado, porque as políticas públicas são fenômenos complexos. Eventualmente, esta complexidade é deliberada, ou seja, em certos casos, as políticas formuladas podem ter apenas o objetivo de permitir que os políticos ofereçam ao público satisfações simbólicas, sem que haja nenhuma intenção verdadeira de implementá-las.” (RUA, 2009, p.102)

Por isso, de acordo com Lopes, et. al. (2008), no caso de alguns municípios pode ser necessário mobilizar a população para que esta participe efetivamente do processo.

Dentre os principais fatores que determinam o fracasso da implantação e gestão dos Programas de Atenção à Gestante, podemos listar:

Dificuldade de acesso, principalmente às gestantes em situação de vulnerabilidade social, devido à falta de informação acerca dos Programas;

Déficit de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que auxiliam na identificação de gestantes e o encaminham aos Programas;

Déficit de profissionais da área de saúde em todas as especialidades: médicos, enfermeiros, auxiliares, impedindo a destinação de profissionais específicos para atendimento aos Programas.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é qualitativa e exploratória, com levantamento bibliográfico e de referências.

De acordo com Neves (2006) a Pesquisa qualitativa, em sentido amplo, pode ser definida como uma metodologia que produz dados a partir de observações extraídas diretamente do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o pesquisador procura estabelecer uma interação direta para compreender os fenômenos estudados.

Em relação ao Estudo de Caso, Ponte (2006), considera que:

“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais especial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenômeno de interesse.”(PONTE, 2006, p. 2)

Neves (2006) considera que a pesquisa qualitativa, geralmente, parte de questões mais amplas, que só vão tomando uma forma mais definida à medida que se desenvolve o trabalho. Assim, utilizou-se neste trabalho, além da pesquisa qualitativa, o método de Estudo de Caso, buscando analisar as Políticas Públicas específicas para gestantes no município de Guararema (SP), comparando-as com as de outros municípios.

A coleta dos dados da pesquisa se deu através de da pesquisa bibliográfica em literatura especializada e em meio eletrônico e por meio de pesquisa documental junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Guararema.

4 ESTUDO DE CASO.

4.1 O município de Guararema (SP)

O município está localizado há 81 quilômetros da Capital do Estado de São Paulo, sendo um dos 11 municípios do Alto Tietê e um dos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo, o maior Polo de riqueza nacional. Guararema tem como cidades limítrofes Biritiba Mirim, Jacareí, Mogi das Cruzes, Salesópolis, Santa Branca e Santa Isabel.

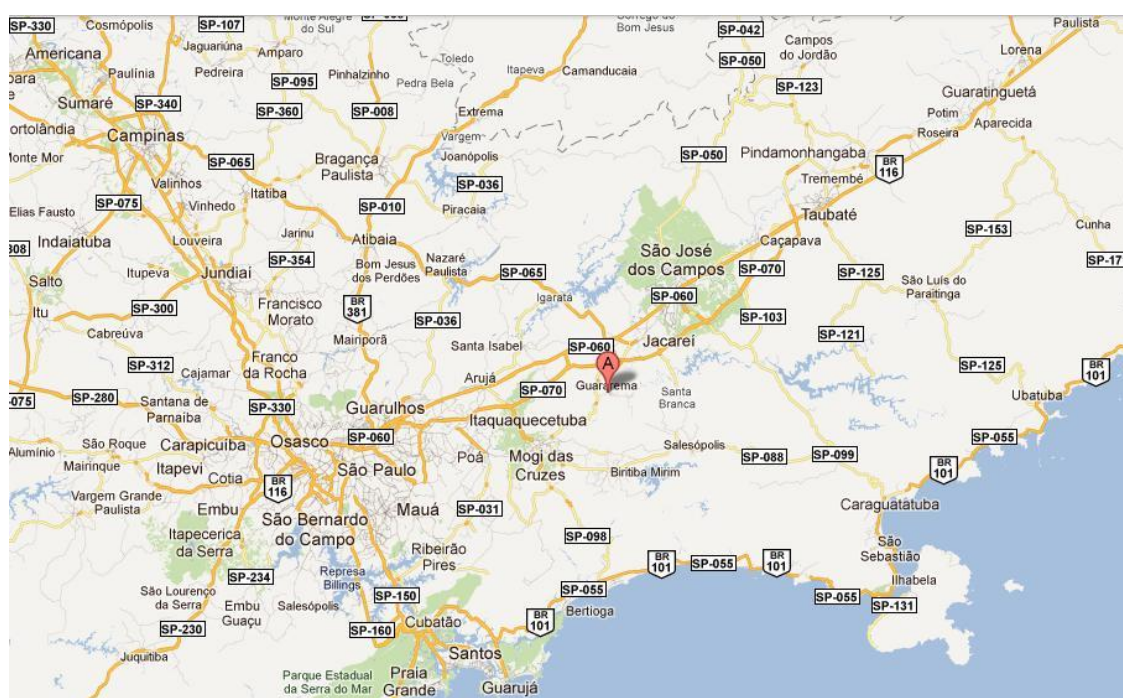


Figura 9 Mapa de Localização Guararema (SP)

Fonte: Google (2012)

Segundo dados do IBGE (2009), o município de Guararema possui 26.974 habitantes que ocupam uma área de 270,5 km², resultando numa densidade demográfica de 101,988 habitantes por km².

A evolução do crescimento populacional do município de Guararema de acordo com a Fundação SEADE, está disposta na Figura 10:

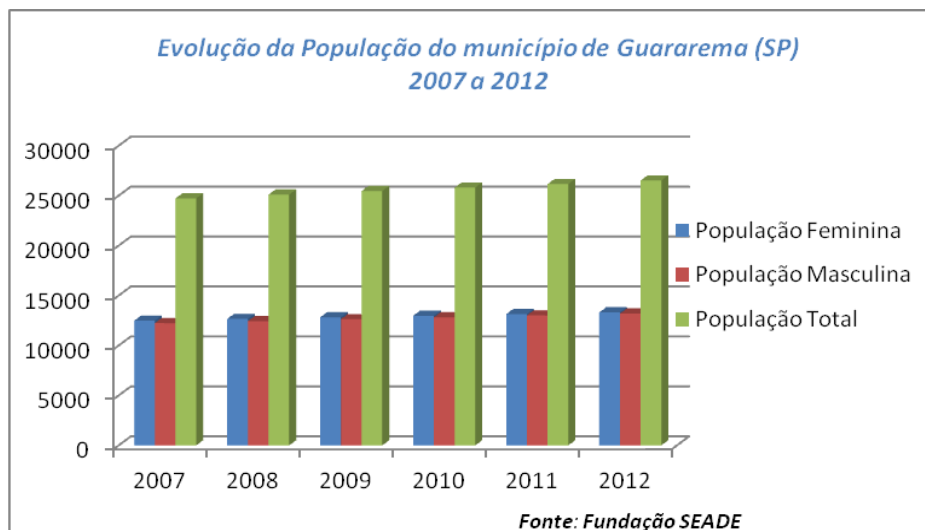


Figura 10 Gráfico da Evolução populacional do município de Guararema de 2007 a 2012
Fonte: Informação dos Municípios Paulistas – IMP / Fundação SEADE¹⁴

Verifica-se que a taxa de crescimento populacional do município de Guararema é relativamente baixa, ficando abaixo de 2% ao ano. Nota-se, ainda, um equilíbrio com relação ao sexo dos habitantes do município, sendo 50,22% composto pelo sexo feminino e 49,78% do sexo masculino.



Figura 11 Pontos Turísticos de Guararema (SP)

Fonte: Elaborado pela autora com base nas imagens da Prefeitura Municipal de Guararema (SP)¹⁵

¹⁴ Disponível em < <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela> >. Acesso em 22/01/2013

¹⁵ Prefeitura Municipal de Guararema. < www.guararema.sp.gov.br >

Devido aos vários atrativos naturais e histórico-culturais, o município aposta no Turismo como nova fonte de recursos para o desenvolvimento socioeconômico. Uma das principais ações da Prefeitura para atrair os turistas é o Programa Guararema Cidade Natal, que consiste na produção de enfeites natalinos com a utilização de garrafas pet, para decoração da cidade no mês de Dezembro, o que atrai milhares de turistas. Além disso, o Programa gera renda para os munícipes que trabalham na Oficina de Natal e desperta nos moradores a educação ambiental, retirando as garrafas do meio ambiente e transformando-as em algo atrativo. Em 2012 foram utilizadas 3 milhões de garrafas pet na decoração da cidade, que atraiu cerca de 80 mil turistas ao município.

4.2 A estrutura de Saúde do município de Guararema (SP)

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Guararema é responsável pela elaboração, coordenação e execução de políticas municipais de saúde voltadas aos munícipes. Responde, ainda, pelo Controle e Fiscalização das ações e serviços de saúde do município, realização de campanhas preventivas de saúde pública e vacinação em massa da população residente no município, além de estudos epidemiológicos.

Em articulação com os órgãos competentes da Prefeitura Municipal, a SMS executa programas de Vigilância e Inspeção Sanitária e executa ações voltadas ao Controle de Zoonoses do município, bem como vetores e roedores em parceria com órgãos federais e estaduais. A SMS também é responsável por gerir o Sistema Único de Saúde, oferecendo os serviços municipais de saúde de acordo com as diretrizes dos SUS.

Em sua estrutura estão duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Especialidades de Saúde e Apoio ao Cidadão (CESAP), a Casa de Acolhimento Psicológico (CAP) e a Santa Casa de Misericórdia, único hospital do município.

As Unidades Básicas de Saúde e o CESAP funcionam de Segunda a Sexta-feira apenas no horário comercial, sendo que as Urgências e Emergências fora desse horário são encaminhadas à Santa Casa de Misericórdia. As UBSs e o CESAP estão equipados para oferecer aos cidadãos guarareenses a atenção básica de saúde.

UBS Guiomar Franco da Cunha (Jardim Dulce) – equipada com 3 clínicas básicas, 1 clínica de odontologia, 3 salas de enfermagem, 1 sala de imunização e 1 sala de nebulização

(inalação). Além disso, há ainda os serviços de Diagnóstico por Imagem, Posto de Coleta de Materiais Biológicos, Ambulância e Eletrocardiógrafo.

UBS Benedito Antônio Mariano (Lambari) – Equipada com 3 clínicas básicas, 1 clínica de odontologia, 1 sala de enfermagem, 1 sala de imunização e 1 sala de nebulização (inalação). Além disso, há ainda os serviços de Diagnóstico por Imagem, Posto de Coleta de Materiais Biológicos, Ambulância e Ultrassonografia.

CAP – Centro de Acolhimento Psicológico – O CAP é o serviço de saúde mental do município que disponibiliza atendimento psicológico em grupo ou individual, atendimento psiquiátrico e grupos de apoio para familiares de pessoas com transtorno mental e alcoolismo. O objetivo principal deste equipamento é prestar atendimento humanizado, através do acolhimento do paciente em seu sofrimento psíquico buscando sua recuperação, fortalecimento e proteção da saúde.

O CAP absorve a demanda de psiquiatria encaminhada pelas UBSs e do CESAP no município, contando para isso com 1 Consultório, 2 Clínicas Especializadas e 5 Salas de Atendimento em grupos. Em se quadro de pessoal, o CAP possui 2 Médicos Psiquiatras, 4 Psicólogas, além de funcionários administrativos.

CESAP – Centro de Especialidades e Apoio ao Cidadão – O CESAP foi projetado para ser referência em Saúde Pública em Guararema, dispondo de uma estrutura para atendimento de especialidades como fisioterapia, laboratório, oftalmologia, neurologia, psiquiatria, urologia, exames laboratoriais, entre outros.

O objetivo do CESAP é manter e melhorar a organização do serviço de saúde no município, fazendo com que cada instituição cumpra o seu devido papel dentro do SUS, ou seja, o município assumiu a responsabilidade em sanar as necessidades primárias e secundárias no que diz respeito à saúde. O CESAP trouxe melhorias no atendimento à saúde da população e sua criação proporcionou uma diminuição na demanda da Santa Casa do município, principalmente, no atendimento às especialidades.

O CESAP está assim equipado:

a) Instalações físicas para assistência

2 Salas de curativo;

1 Sala repouso/observação - feminina

1 Sala repouso/observação - masculino

1 Sala repouso/observação - pediátrica

- 3 Clínicas básicas
- 5 Clínicas especializadas
- 3 Odontologia
- 6 Sala de enfermagem (serviços)
- 1 Sala de imunização
- 1 Sala de nebulização

b) Serviços de apoio

Ambulância

Central de Esterilização de Materiais

Farmácia

SAME ou SPP-Serviço de Prontuário de Paciente

c) Serviços especializados

Serviço de atenção a saúde auditiva

Serviço de atenção ao pré-natal parto e nascimento

Serviço de atenção em saúde bucal

Serviço de diagnóstico de imagem

Serviço de diagnóstico por laboratório

Serviço de oftalmologia

d) Equipamentos

Ultrassom convencional

Equipamentos para Optometria

Eletrocardiógrafo

Monitor de ECG

Equipamento para Audiometria

Equipamentos de Odontologia

A Santa Casa de Misericórdia de Guararema é o único hospital do município, uma entidade filantrópica sem fins lucrativos. O Hospital dispõe de 35 leitos, divididos em:

Cirurgia Geral (9), Clínica Geral (11), Obstetrícia (7) e Pediatria (8), desses 28 são para atendimento à pacientes oriundos do SUS¹⁶.

A Santa Casa de Guararema recebe subvenção da Prefeitura Municipal para custear o seu funcionamento. A subvenção recebida é responsável por custear 85% das despesas, valores que podem ser usados para folha de pagamento, compra de medicamentos, serviços médicos e manutenção da entidade. Os outros 15% são oriundos de doações, atendimentos particulares, planos de saúde e repasses do SUS.

4.3 Gestantes e Saúde Pública em Guararema (SP)

O município de Guararema foi um dos últimos municípios a aderir ao SUS – Sistema Único de Saúde em 2005 e ainda não possui um Programa específico de atenção à saúde da mulher, que contemple ações de acolhimento às gestantes do município.

Em 2011, com a implantação da Rede Cegonha pelo Governo Federal, a Secretaria de Saúde do Município iniciou os estudos para a criação de um Programa que atenderá as Gestantes.

A Lei Municipal nº 2.822 de 21 de Outubro de 2011¹⁷ incluiu na Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde o *Setor de Saúde Materno-Infantil*, o qual será responsável pela implantação de um Programa de Atenção voltado às gestantes, inicialmente denominado Programa Nascer com Saúde. Será de responsabilidade do novo Setor a adequação do Sistema de Saúde do município para que os equipamentos de saúde possam atender ao determinado pela Rede Cegonha.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o Setor de Saúde Materno-Infantil terá, entre as suas atividades:

- a) Acompanhamento (Visita Domiciliar) de Gestante de Alto Risco;
- b) Acompanhamento de criança de risco (com baixo peso, prematuros);
- c) Visita Domiciliar para puérperas e RN no 10º dia de vida;
- d) Busca Ativa de Gestantes e Crianças faltosas nas consultas;
- e) Acompanhamento do Planejamento Familiar;
- f) Criação dos Protocolos de Atendimento.

¹⁶ CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / Datasus. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=3518302773333>

O objetivo principal da criação de protocolos de atendimento é servir de orientação aos profissionais da Atenção Básica e da Maternidade no seu dia-a-dia, na assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, pois a padronização e a criação de rotinas são ferramentas importantes na obtenção de informações necessárias para cada nível de decisão.

Os índices de Mortalidade Infantil do município chegaram a um patamar preocupante nos anos de 2006 e 2007, conforme nos mostra a Figura 12:

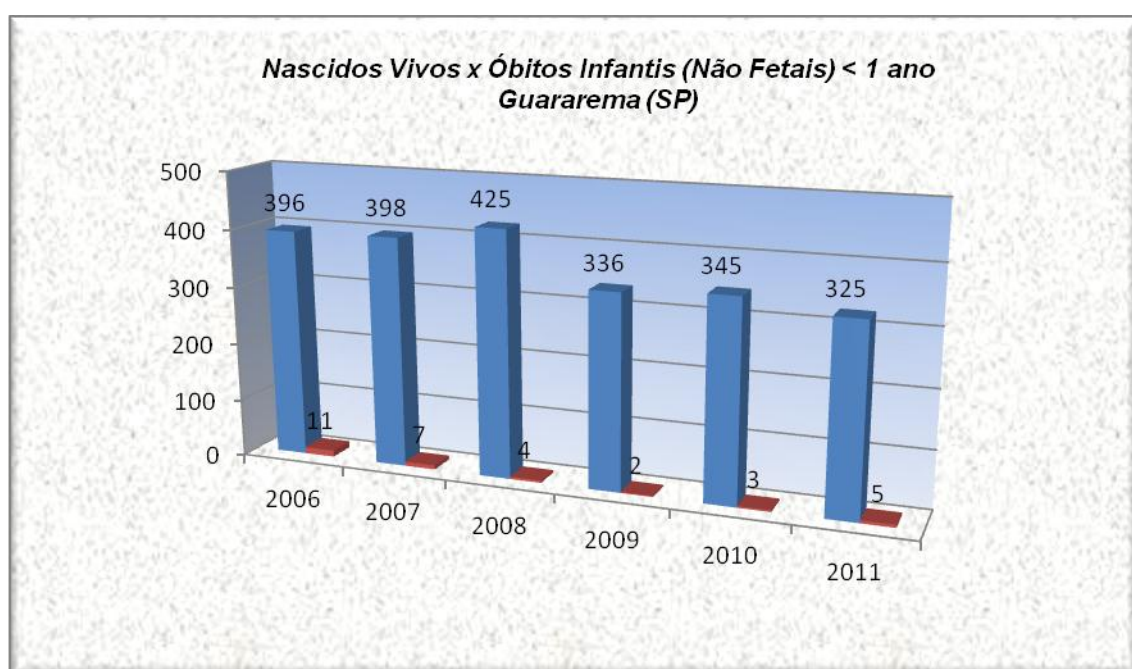


Figura 12 Nascidos Vivos x Óbitos Infantis no período de 2006 a 2011 no município de Guararema (SP)
Fonte: Secretaria Municipal de Guararema (SP)

Os dados apresentados no gráfico acima mostram que, em 2006, o percentual de crianças nascidas vivas que vieram a óbito com menos de 12 meses de vida era muito alto, chegando a 2,77%, baixando em 2011 para 1,54%.

Considerando que o município não dispõe de equipamento que permite atender às gestantes consideradas de Alto Risco, estes dados ficam prejudicados, uma vez que o parto da gestante de Alto Risco, quase que necessariamente, são realizados em outros municípios.

Vimos que o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal.

De acordo com BRASIL (2006), Estados e municípios, por meio de unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir, entre outras, a realização de, no mínimo, 6 (seis) consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

Vejam, na Figura 13, a evolução do número de consultas pelas mães do município de Guararema desde o ano de 2004:

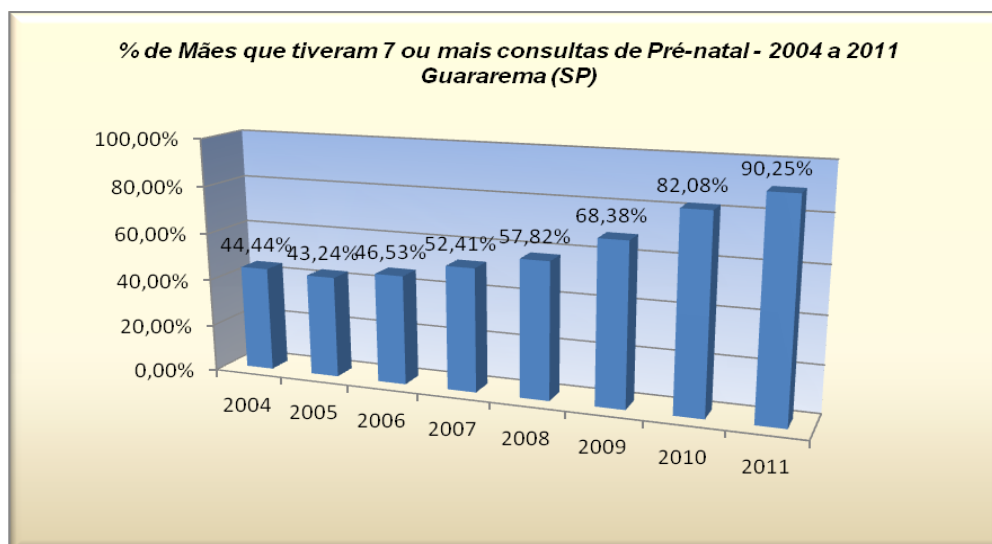


Figura 13 Gráfico da Evolução das Mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em Guararema (SP)

Fonte: IPM / Fundação Seade

Percebe-se que, em 2004, somente 44,44% das mães de Guararema realizavam sete ou mais consultas de pré-natal, ou seja, menos da metade das mães realizavam as consultas necessárias para garantir uma gestação tranquila e sem muitos riscos. Esse número chegou a mais de 90% em 2011.

O maior número de consultas, porém, não evitou que aumentassem os índices de crianças nascidas com baixo peso, ou seja, com menos de 2,5 kg. De acordo com o Índice Paulista de Municípios da Fundação SEADE, o percentual de crianças nascidas com baixo peso no município de Guararema passou de 6,79% em 2004 para 8,25% em 2011.

A Estratégia Rede Cegonha prevê que a gestante seja vinculada a uma maternidade logo no início da gestação. Esta exigência, no caso de Guararema, fica prejudicada, visto que

o município não dispõe de equipamento que garanta o atendimento à Gestante de Alto Risco. A Santa Casa do município não possui UTI – Unidade de Tratamento Intensivo e, por conta disso, precisa encaminhar os pacientes que necessitem de tais cuidados para outros municípios da região, dependendo, no momento do parto, da Central de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde.

Vejamos o Fluxograma de atendimento à Gestante no município de Guararema, expresso na Figura 14:

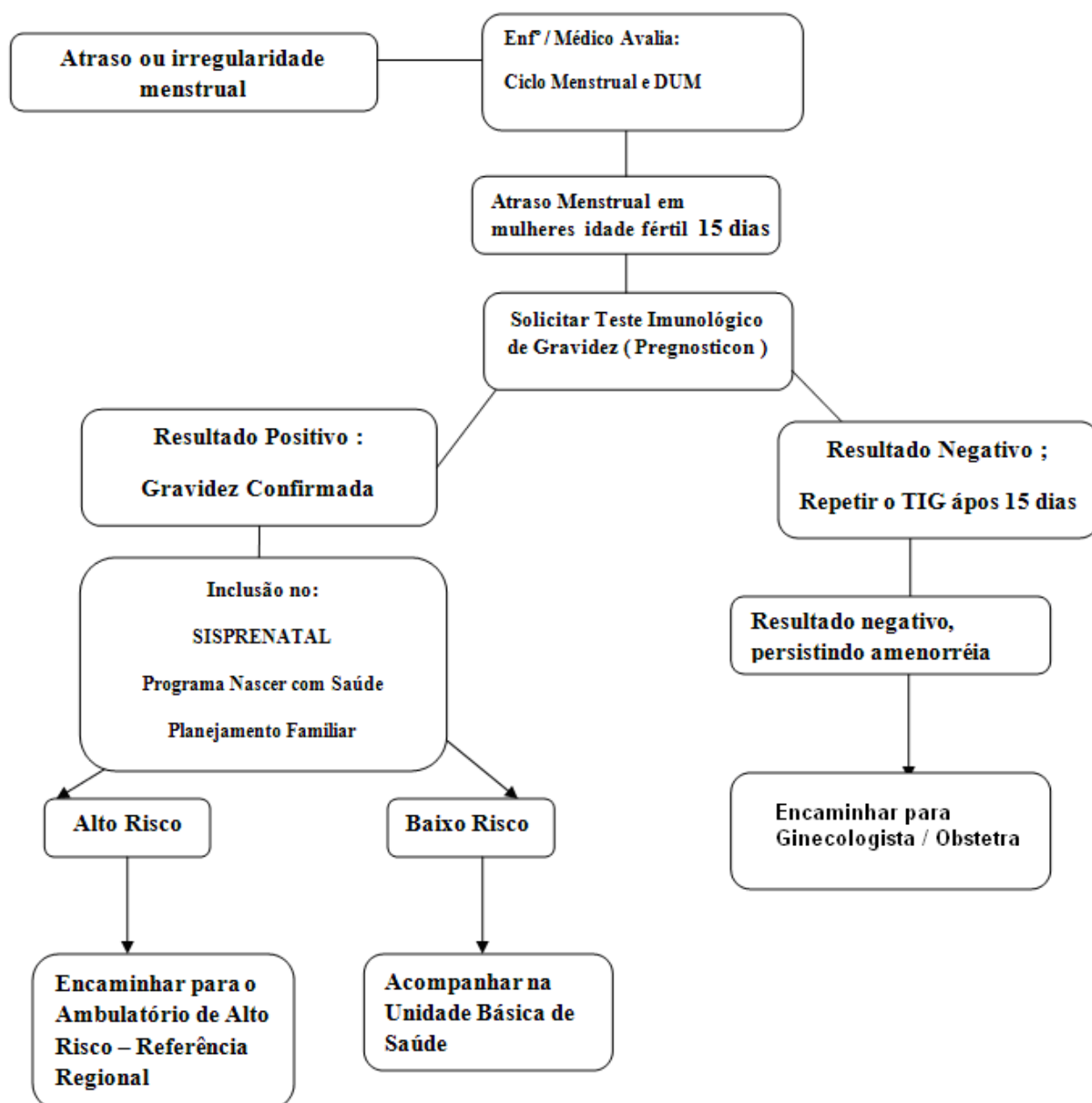


Figura 14 Fluxograma de Atendimento às Gestantes de Guararema

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2010)

As gestantes de classificadas como de Alto Risco pela Unidade Básica devem aguardar a Regulação para saber o local para onde serão encaminhadas. A região do Alto Tietê trabalha com déficit de leitos de Maternidade, principalmente os municípios maiores como Mogi das Cruzes e Suzano. Assim, os casos de Gestação de Alto Risco no município geralmente são encaminhados para a cidade de Ferraz de Vasconcelos, cidade localizada à 56 quilômetros de Guararema.

O fato de ter de realizar o pré-natal e o parto em outra localidade pode prejudicar a adesão das pacientes ao pré-natal, pois, mesmo que o município disponibilize o transporte até o local referenciado, o transtorno existe. Além disso, não é possível garantir a presença de um acompanhante no momento do parto, descaracterizando o conceito de humanização do parto.

Alguns avanços já podem ser notados no atendimento às gestantes no município de Guararema, como a inserção do Setor de Saúde Materno-Infantil no Organograma da Prefeitura Municipal, definindo atividades específicas para o atendimento ao preconizado pela Estratégia Rede Cegonha. A ideia do Programa Nascer com Saúde é boa, porém, é preciso colocar em prática as ações do Programa.

Outro avanço importante é a implantação de palestras direcionadas a grupos específicos de gestantes, que são divididas de acordo com a fase do período gestacional, como por exemplo, gestantes do primeiro trimestre recebem palestras que abordam assuntos específicos dessa fase, e assim por diante.

Verificamos que o principal problema a ser resolvido pelo município, refere-se a gestação de Alto Risco, devido a falta de um hospital de referência na cidade.

4.4 – Sugestões para atendimento à saúde de gestantes em Guararema (SP)

Para melhoria do acolhimento à gestante no município de Guararema, sugere-se a adequação e estruturação do município de acordo com o preconizado pela Estratégia Rede Cegonha do governo federal. Assim, pode-se sugerir a elaboração de um Plano de Ação, contemplando os seguintes componentes: Componentes Pré-natais, Componente Parto e Nascimento, Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

4.4.1 – Componentes Pré-natais

- a. Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b. Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c. Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d. Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e. Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f. Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h. Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i. Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consulta de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.

<i>FRAGILIDADES</i>	<i>PROPOSTAS DE AÇÃO</i>
Ausência da cobertura de ACS	Implantar cobertura por agentes comunitários de saúde como estratégia de busca ativa das gestantes no território.
Atualização dos profissionais da rede de saúde.	Fomentar Educação Permanente no organograma dos municípios.
Processo de trabalho nas unidades básicas	Organização do processo de trabalho nas unidades de saúde através do acolhimento das mulheres em idade fértil, efetiva vigilância à saúde no espaço territorial da unidade, trabalho em equipe multiprofissional, humanização e responsabilização pela usuária.
Gestantes usuárias de álcool e drogas	Investimento em ações intersetoriais nos municípios através de articulação com outras secretarias como educação, promoção social, cultura, segurança. Fomentar a educação popular em saúde e as atividades de promoção à saúde
Falta de visitas das gestantes ao local de parto	100% de garantia das pactuações entre os gestores do parto e vinculação da gestante ao hospital. Pactuações definidas e regulação efetiva das gestantes
Acompanhar o pré- natal de alto risco e exames preconizados (USG com Doppler)	Pactuar com a região.

Fragilidade nas ações intersetoriais	Reconhecer, mobilizar, pactuar fluxo de atenção intersetoriais.
Dificuldade na busca, conscientização e tratamento do parceiro das gestantes com Sífilis.	Qualificar os profissionais para a abordagem do parceiro para a redução da Sífilis Congênita.
Alimentação inadequada do SISPRENATAL	Qualificação dos profissionais envolvidos na SISPRENATAL desde a coleta dos dados alimentação do sistema
Números de Profissionais de Saúde para realizar o preconizado pela rede cegonha	Adequar as equipes de Atenção Básica garantindo as ações e cobertura recomendadas pelo MS.
Transporte para o deslocamento de gestantes	100% de adesão do Vale Transporte Implantação do Transporte Sanitário.

Quadro 1 Plano de Ação para Atendimento ao Componentes Pré-Natal no município de Guararema (SP)

Fonte: Plano de Ação Materno-infantil da SMS - Guararema

4.4.2 – Componentes Parto e Nascimento

- a. Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b. Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c. Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d. Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e. Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f. Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g. Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

<i>FRAGILIDADES</i>	<i>PROPOSTAS DE AÇÃO</i>
Referência para Parto de alto risco	Pactuar e garantir as referências com a região
Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento	<p>Propor as mudanças e acompanhar a execução</p> <p>Garantir e estimular práticas úteis como: avaliação do risco gestacional durante pré-natal; respeito ao direito da mulher à privacidade no local de parto;</p> <p>respeito à mulher quanto escolher seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; monitoramento (partograma); prevenção de hipotermia do bebê; apoio ao início da amamentação na primeira hora após parto</p> <p>Eliminar práticas prejudiciais como: enema; tricotomia;</p> <p>Exploração manual uterina após parto e outros.</p> <p>Manter cautela nas práticas sem evidências suficientes: métodos não farmacológicos; manipulação ativa do feto no momento do parto; clampeamento precoce do cordão umbilical e outros.</p> <p>Não realizar práticas frequentemente usadas de modo inadequado: restrição líquida e alimentar durante trabalho de parto; monitoramento eletrônico fetal e outros.</p>
Ambiência da Maternidade orientada pela RDC nº 36/2008 da ANVISA	Readequar espaço físico
Estruturas hospitalares deficientes e com necessidade de adequação	Adequar as estruturas físicas, atendendo às normas sanitárias vigentes e a Política Nacional de Humanização (ambiência)
Não atendimento às propostas da PNH	Discutir com os prestadores a inserção do acompanhante no momento de pré parto e parto, além do atendimento humanizado nestes.
A maternidade de Guararema não consegue garantir o acompanhante nas etapas preconizadas	Adequar espaço físico na maternidade que garanta a presença de acompanhante

Quadro 2 Plano de Ação para Atendimento aos Componentes Parto e Nascimento no município de Guararema (SP)

Fonte: Plano de Ação Materno-infantil da SMS - Guararema

4.4.3 – Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

a. Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;

- b. Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c. Busca ativa de crianças vulneráveis;
- d. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e. Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f. Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

<i>FRAGILIDADES</i>	<i>PROPOSTAS DE AÇÃO</i>
Atualização dos profissionais para aleitamento materno	Capacitação dos profissionais em aleitamento materno
Ausência da ACS no município	Implantação do ACS

Quadro 3 Plano de Ação para Atendimento ao Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança no município de Guararema (SP)

Fonte: Plano de Ação Materno-infantil da SMS - Guararema

4.4.4 – Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

- a. Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b. implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c. implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

<i>FRAGILIDADES</i>	<i>PROPOSTAS DE AÇÃO</i>
Regulação dos leitos de UTI neonatais, CI, leito canguru, UTI adulto, Garantir o comparecimento das gestantes ao pré-natal	Pactuar na Regulação Estadual, com avaliação de risco em tempo hábil para encaminhamento e para o hospital com a tecnologia adequada. Fornecer o vale transporte

Quadro 4 Plano de Ação para Atendimento ao Componentes Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação no município de Guararema (SP)

Fonte: Plano de Ação Materno-infantil da SMS - Guararema

Ressalta-se que ações aqui propostas são para resolução no curto prazo, mas a administração municipal deve prever no Planejamento Estratégico e viabilizar recursos financeiros para a adequação da Santa Casa de Misericórdia, visando a instalação de um Centro de Terapia Intensiva que permita ao município a atenção integral às gestantes, inclusive as de Alto Risco, para que as mesmas possam realizar seus partos no município de origem.

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto. É importante acolher o acompanhante de escola da gestante, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Portanto, sugere-se a construção de uma Casa de Partos, em prédio anexo à Santa Casa para incentivo ao Parto Normal das gestantes de Baixo Risco. Tal local pode ser utilizado também para as reuniões de grupos de gestantes e a participação de acompanhantes, visando promover a humanização do acolhimento à gestante.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apesar de alguns avanços alcançados pelo município de Guararema em relação à Atenção Integral à Saúde da Mulher, percebe-se que o município ainda não atende às exigências do Manual Técnico de Atenção Qualificada e Humanizada do Pré-natal e Puerpério. Os Índices de Mortalidade do município podem não traduzir a realidade, uma vez que as pacientes classificadas como de Alto Risco são encaminhadas para outro município da região, visto que o único hospital existente não tem condições de absorver esta demanda, principalmente porque não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva e a probabilidade de uma paciente nessas condições necessitar desse equipamento é muito grande.

No ano de 2011, com a intenção de aderir à Estratégia Rede Cegonha, programa do governo federal composto por um conjunto de medidas para garantir à todas as pacientes dos Sistema Único de Saúde (SUS), atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez até os primeiros 24 meses de vida da criança, a Prefeitura Municipal de Guararema criou o Setor de Saúde Materno-Infantil na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. O Setor tem tarefas e atividades pré-definidas para buscar a adequação do município às exigências do governo federal na implantação da Rede Cegonha.

Verifica-se que, dos Programas existentes nos outros municípios, o grande diferencial está na vinculação da gestante à maternidade na qual se realizará o parto. Nesse sentido, o principal desafio a ser enfrentado pela administração municipal de Guararema é a disponibilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, a fim de viabilizar o atendimento às gestantes classificadas como de Alto Risco.

As sugestões colocadas para melhoria do acolhimento às gestantes do município de Guararema foram colocadas num Plano de Ação, dividido em 4 componentes principais, envolvendo: Componentes Pré-natais, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Componente Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. As ações aqui propostas são de Curto Prazo e não esgotam os desafios, uma vez que não acaba com a inexistência de leitos de UTI no município.

Por fim, para atender integralmente as exigências de um Programa de Acolhimento às Gestantes dentro do especificado pela Rede Cegonha, sugere-se a viabilização de recursos financeiros para a construção de uma Casa de Partos no município, visando o incentivo ao Parto Normal e a adequação física da Santa Casa de Misericórdia, a fim de receber as gestantes classificadas como Alto Risco e oferecer humanização no atendimento, permitindo a

presença de acompanhante no momento do pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto, conforme preconizado pelo governo federal.

Os objetivos iniciais deste trabalho foram atingidos, sugerindo-se para estudos futuros os seguintes temas: “Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento: acolhimento às gestantes usuárias de drogas” e “Programas de Acolhimento às Gestantes e seu impacto na redução dos Índices de Mortalidade Infantil no Brasil”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Guararema tem como principal desafio a disponibilização de leitos de UTI, a fim de viabilizar o atendimento integral às gestantes classificadas como Alto Risco.

As ações propostas neste trabalho, principalmente no que diz respeito à pactuação com hospitais da região para atendimento às gestantes de Alto Risco, são medidas paliativas, para resolução no curto prazo. A administração municipal deve prever no Planejamento Estratégico a viabilização de recursos financeiros para a construção de uma Casa de Partos, incentivando o parto normal e adequação da Santa Casa de Misericórdia, visando o atendimento às gestantes de alto risco, possibilitando às gestantes nessa condição, a realização de seus partos no município de origem, vinculando-as à maternidade, permitindo a presença de acompanhante no momento do pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto, promovendo a Humanização e atendendo às exigências do Governo Federal.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREFEITURA DE CURITIBA. Mortalidade Infantil de Curitiba é 42% menor que a nacional. Curitiba, 2012 Disponível em < <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/mortalidade-infantil-de-curitiba-e-42-menor-que-a-nacional/26558> >

BLOG DA SAÚDE. Entenda a Rede Cegonha. Disponível em: < <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-a-rede-cegonha/> > Acesso em 15/01/2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Ministério da Saúde, Brasília: 2000.

BRASIL. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº 5. 3ª Edição Revisada, 2006.

BARBOZA, Hélio Batista; SPINK, Peter. Experiências de Gestão Pública e Cidadania – Ciclo de Premiação 2001. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2002. Disponível em: <http://www.eaesf.fgvsp.br/subportais/ceapg/Acervo%20Virtual/Cadernos/Experi%C3%AAncias/2001/12%20-%20mae%20curitibana.pdf> Acesso em 09/01/2013.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / Datasus. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=3518302773333 Acesso em 13/01/2013.

CASSATTI, Gilzaneide F. da Silva. Projeto de Intervenção Social com Gestantes e/ou Puérperas, usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas. Revista Ensaio e Ciência, Vol. 15, nº 1, 2011.

FUNDAÇÃO SEADE. Informação dos Municípios Paulistas. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela> Acesso em 22/01/2013.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. Disponível em: [http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/\\$File/NT00040D52.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/$File/NT00040D52.pdf) Acesso em 08/10/2012.

MOREIRA, Katia de Abreu Peixoto. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/07/humanizacao-no-parto-um-estudo.html> . Acesso em 15/01/2013.

NETO, Edson Theodoro dos Santos; ALVES, Kelly Cristina Gomes; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc. São Paulo, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>> Acesso em 31/10/2012.

NEVES, José L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, n.3, 2º sem. 1996.

PONTE, João Pedro. Estudos de Caso em Educação Matemática. Bolema: 2006.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2008. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**/ Maria das Graças Rua. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARAREMA. **Plano de Ação do Materno Infantil**. Guararema, 2012.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES PARA A INFÂNCIA. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf. Acesso em 02/11/2012. Acesso em 06/12/2012.

VOLPI, Ademar Cezar, et. al. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.