

Contribuições da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil

Contributions of the São-Borjense Mother-Baby Strategy to qualify the maternal and child health care network

Contribuciones de la Estrategia Madre-Bebé São-Borjense a la calificación de la red de atención maternoinfantil

Camila Malgarin^I, Manoella Malgarin^{II}, Alexandre Antonio Naujorks^{III}, Francisca Georgina Macedo de Sousa^{IV}, Kerstin Hämel^V, Dirce Stein Backes^{VI}

Resumo: **Objetivo:** descrever as contribuições da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil local. **Método:** trata-se de pesquisa-ação desenvolvida no Município de São Borja, Rio Grande do Sul, entre março/2018 e outubro/2019, após um ano de implementação da Estratégia no referido local. Dados coletados por meio de dez grupos focais e categorizados pela Análise Focal Estratégica, com a participação de gestores locais, profissionais de saúde e gestantes, totalizando 55 participantes. **Resultados:** os dados, organizados e categorizados, resultaram em duas categorias: Contribuições que transcendem o fazer técnico-profissional e Contribuições com vistas à qualificação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense. **Conclusão:** a Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense contribuiu, de forma afirmativa e prospectiva, para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil local, especialmente no que se refere às relações e interações entre profissionais e gestantes e a (re)organização dos fluxos e processos de intervenção na rede.

^I Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil. Universidade Franciscana - UFN, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: camilamalgarim@hotmail.com Orcid: 0000-0001-6758-3413

^{II} Enfermeira. Secretária de Saúde de São Borja. São Borja, RS, Brasil. E-mail: manoellaleal4@hotmail.com Orcid: 0000-0001-8442-3980

^{III} Médico. Doutor em Medicina. Universidade Franciscana - UFN, Santa Maria, RS, Brasil, E-mail: alexandre.cardio@gmail.com Orcid: 0000-0001-6111-662X

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luiz do Maranhão, Brasil, E-mail: georginamacedo17@gmail.com Orcid: 0000-0001-8615-0453

^V Socióloga. Doutora em Saúde Pública. Universität Bielefeld, Bielefeld, Alemanha, E-mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de Orcid: 0000-0003-1034-2373

^{VI} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Franciscana - UFN, Santa Maria, RS, E-mail: backesdirce@ufn.edu.br orcid 000-0001-9447-1126

Descritores: Mortalidade perinatal; Assistência perinatal; Indicadores básicos de saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Pesquisa qualitativa

Abstract: Objective: to describe the contributions of the São-Borjense Mother-Baby Strategy to qualify the local maternal and child health care network. **Method:** this is an action research carried out in the municipality of São Borja, Rio Grande do Sul, between March/2018 and October/2019, after one year of implementation of the Strategy in that location. Data collected through ten focus groups and categorized by Strategic Focal Analysis, with the participation of local managers, health professionals and pregnant women, totaling 55 participants. **Results:** the data, organized and categorized, resulted in two categories: Contributions that transcend technical and professional practice and Contributions aimed at qualifying the São-Borjense Mother-Baby Strategy. **Conclusion:** the São-Borjense Mother-Baby Strategy contributed, in an affirmative and prospective way, to qualify the local maternal and child health care network, especially with regard to the relationships and interactions between professionals and pregnant women and (re)organization of flows and intervention processes in the network.

Descriptors: Perinatal mortality; Perinatal care; Health status indicators; Quality indicators, Health care; Qualitative research

Resumen: Objetivo: describir los aportes de la Estrategia Madre-Bebé São-Borjense a la calificación de la red local de atención materno-infantil. **Método:** se trata de una investigación-acción realizada en el municipio de São Borja, Rio Grande do Sul, entre marzo/2018 y octubre/2019, luego de un año de implementación de la Estrategia en ese lugar. Datos recolectados a través de diez grupos focales y categorizados por Análisis Focal Estratégico, con la participación de gerentes locales, profesionales de la salud y embarazadas, totalizando 55 participantes. **Resultados:** los datos, organizados y categorizados, resultaron en dos categorías: Aportes que trascienden la práctica técnica y profesional y Aportes orientados a calificar la Estrategia Madre-Bebé São-Borjense. **Conclusión:** la Estrategia Madre-Bebé São-Borjense contribuyó, de manera afirmativa y prospectiva, a la calificación de la red local de atención materno-infantil, especialmente en lo que se refiere a las relaciones e interacciones entre profesionales y gestantes y (re)organización de flujos y procesos de intervención en la red.

Descritores: Mortalidad perinatal; Atención perinatal; Indicadores de salud; Indicadores de calidad de la atención de salud; Investigación cualitativa

Introdução

A área da saúde materno-infantil vem passando, ao longo dos últimos anos, por importantes avanços. Estimativas globais relacionadas às taxas de mortalidade materna mostram um declínio de 385/100.000 nascidos vivos, em 1990, para 216/100.000, em 2015, com 303.000 mortes maternas em 2015.¹ Esse declínio está associado, em parte, às melhorias estabelecidas nos países de baixa renda, embora as mortes maternas evitáveis continuem a acontecer entre as mulheres mais pobres do mundo.²

No Brasil, a redução da taxa de mortalidade materna foi, entre 1990 e 2015, de 143 para 62 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos. A redução de 56% foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em função dos significativos avanços nas políticas públicas de saúde, mais especificamente a partir da década de 1990. De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, o Brasil registrou, em 2015, 1.738 casos de morte materna, englobando óbitos causados por problemas relacionados à gravidez, ao parto ou aos ocorridos nos 42 dias subsequentes. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, representando uma queda de 16% em relação ao ano anterior.³⁻⁴

Já em relação à mortalidade infantil, houve redução, entre 1991 e 2010, de cerca de 58,94%, o que tem sido relacionado às condições socioeconômicas mais favoráveis em determinadas regiões. Embora as regiões Sul e Sudeste tenham apresentado a maior redução na taxa de mortalidade infantil, no Brasil, existe um diferencial significativo intrarregional, e alguns municípios dessas regiões apresentaram, também, altos números de óbitos infantis.⁵

Permanecem, no Brasil, no entanto, três importantes desafios, com características de epidemias, que necessitam ser enfrentadas nos próximos anos: número de cesarianas, a prematuridade e a obesidade infantil. Não há justificativa para taxas de cesarianas que atingem mais de 50% dos partos, colocando o Brasil em posição de liderança mundial. A epidemia de nascimentos pré-termo, atribuível parcialmente às cesarianas desnecessárias e à baixa qualidade da atenção pré-natal, tem consequências em curto prazo, na morbimortalidade neonatal e, em longo prazo, nos déficits de desenvolvimento intelectual de crianças prematuras. A epidemia de obesidade infantil, por outro lado, traz consequências severas em termos de morbidade por doenças não transmissíveis na idade adulta.⁶⁻⁸

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem implementado, gradativamente, políticas de reorientação do modelo de atenção ao parto e nascimento com práticas baseadas em evidências científicas. Além disso, possibilitou medidas de orientação e qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil. Destacam-se, nessa direção, as melhorias nas Unidades Básicas de Saúde mediadas pela Rede Cegonha, nas quais a mulher é acompanhada desde a concepção até o pré-natal, parto e pós-parto, e a criança, ao longo dos dois primeiros anos de vida. A Rede Cegonha tem, entre seus objetivos, orientar processos de aconselhamento às gestantes sobre a importância do pré-natal, os benefícios do parto normal em detrimento da cesariana, as vantagens do aleitamento materno.⁹⁻¹⁰

Nesse percurso evolutivo, os estudos qualitativos e prospectivos vêm ganhando relevância. As demandas por avaliação têm forçado as diferentes políticas de saúde a criarem desenhos de pesquisa e aportes metodológicos de acordo com a diversidade de campos e objetos de investimento. Estudos avaliativos contribuem, sob esse enfoque, na identificação de potencialidades e fragilidades a respeito de uma intervenção ou sobre um de seus componentes, com vistas a (re)orientar a tomada de decisão e apoiar o planejamento estratégico por meio de aporte teórico-metodológico.¹¹⁻¹²

Concebeu-se e implementou-se, nessa perspectiva, a Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense, alinhada às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto,¹³ em parceria com as autoridades gestoras do município de São Borja, localizado no sul do Brasil. Com base no exposto e com vistas à qualificação da gestão e organização da rede de saúde materno-infantil, questiona-se: Quais as contribuições da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil? Assim, objetiva-se descrever as contribuições da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil local.

Método

Trata-se de pesquisa-ação, desenvolvida de forma cooperativa e participativa, no período de março de 2018 a outubro de 2019. A pesquisa-ação se constituiu em importante ferramenta metodológica para o desenvolvimento de novos saberes e práticas na área sob investigação.¹⁴ A pesquisa possibilitou, de forma construtiva e interativa, a participação multiplicadora dos diferentes atores envolvidos na rede de atenção à saúde materno-infantil do referido município.

Salienta-se que a Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense foi concebida e implementada a partir de um projeto de pesquisa-ação, em parceria com as autoridades gestoras locais, bem como com a participação de profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde daquele município, com o objetivo principal de qualificar a organização e a atenção na área da saúde materno-infantil do referido município. A economia do município de São Borja é caracterizada pela agricultura e pecuária. Dados demográficos, econômicos e de saúde¹⁵ podem ser evidenciados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas, econômicas e de saúde do município de São Borja. São Borja, Rio Grande do Sul (RS). 2019.

Características	Dados
Habitantes	61.670 (IBGE 2010) ¹³
Densidade Populacional	17,05 Km ² (IBGE 2010)
Perfil Demográfico/Etário	Menos de 15 anos = 22,14%
	Entre 15 a 64 anos= 68,25%
	Mais de 65 anos = 9,60% (IBGE 2010)
Nascimentos por ano	764 no ano de 2018 (Cartório de Registro Civil) ¹⁴
Mortalidade Infantil	7% de redução nos últimos 10 anos (SMS, 2019) ⁶
Mortalidade Materna	90% de redução nos últimos cinco anos (SMS, 2019)
Fatores econômicos	Renda per capita R\$705,72
	% Extremamente pobres 2,72 % Pobres 8,98 (CENSO 2010)

Fonte: Informações da Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, RS, 2019.

Fizeram parte do estudo, cinco gestores locais, 27 profissionais de saúde das 15 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 23 gestantes atendidas por essas mesmas unidades, do Município de São Borja, RS. Entre os cinco gestores locais, figuram o Prefeito e o Secretário da saúde municipal, a administradora e gerente de enfermagem do hospital local e a coordenadora da Atenção Básica de Saúde. Entre os profissionais de saúde, figuram quatro Enfermeiros, um Médico e 17 Agentes Comunitários de Saúde.

Os dados de pesquisa foram coletados por meio de dez (10) grupos focais, assim constituídos: um grupo focal de dois encontros com os gestores locais; quatro grupos focais, de um encontro cada um, com os profissionais de saúde (seis ou sete profissionais em cada grupo); cinco grupos focais, de um encontro cada um, com as gestantes (quatro ou cinco gestantes em cada grupo). As questões que nortearam a coleta de dados foram: Como você avalia a Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense, implantada em seu município? Em sua opinião, quais as principais contribuições da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense? Que sugestões você daria para qualificar a Estratégia em questão? Consideraram-se, ainda, outras questões que foram despertadas ao longo do processo.

A participação dos gestores e profissionais de saúde se deu por meio de convite formal, a partir de um levantamento prévio dos que haviam participado ativamente do processo de implementação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense no referido município. Excluíram-se os profissionais em férias ou afastados do serviço por algum motivo. Assim, todos os convidados participaram dos grupos previstos. As gestantes, por sua vez, foram selecionadas aleatoriamente por meio das fichas cadastrais, com o critério de terem participado de, pelo menos, seis consultas pré-natais no ano de 2019 e terem idade superior a 18 anos.

A duração dos encontros foi de aproximadamente duas horas e contaram com o apoio de um mediador/facilitador, a fim de focalizar no objetivo proposto. Os dados foram gravados com a permissão dos participantes e analisados com base na Análise Focal Estratégica. As informações relacionadas às taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, as taxas de partos normais e cesarianas e o número de consultas pré-natais, realizadas no período, foram validadas em dados estatísticos complementares, arquivados na Secretaria de Saúde do Município.

A Análise Focal Estratégica propõe a inclusão dos participantes da pesquisa, tanto no processo de análise e síntese como no delineamento prospectivo de metas, com o propósito de ampliar a apreensão e a compreensão do fenômeno sob investigação, nesse caso, as contribuições da Estratégia para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil do município.¹⁵ Buscou-se, nesse percurso, sintetizar e analisar de forma construtiva e prospectiva as contribuições/potencialidades identificadas no percurso investigatório. Por fim, os dados-síntese foram retomados pelos pesquisadores à luz do referencial teórico-metodológico proposto, no sentido de delimitar as categorias de análise.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 2.993.555, em 31 de outubro de 2018. Para manter o anonimato dos participantes, os depoimentos foram identificados, ao longo do texto, com as iniciais dos participantes: GL1...5 (Gestor Local); PS1...27 (Profissional Saúde); G1...23 (Gestante).

Resultados

Dos dados organizados e codificados por meio da Análise Focal Estratégica, resultaram as seguintes categorias: Contribuições que transcendem o fazer técnico-profissional; Contribuições com vistas à qualificação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense.

Contribuições que transcendem o fazer técnico-profissional

O atendimento prestado pelos profissionais foi mencionado pelas gestantes como “maravilhoso”, “ótimo”, entre outros adjetivos. Nessa direção, as gestantes destacaram, sobretudo, as habilidades relacionais e interativas dos profissionais de saúde. Várias gestantes mencionaram, em suas descrições, o atendimento diferenciado/humanizado das equipes de Estratégia de Saúde da Família, conforme segue:

Nas minhas consultas, posso conversar abertamente com as enfermeiras [...] elas me deixam bem à vontade. Me sinto bem na unidade. (G12)

Algumas coisas, ainda, podem/devem melhorar, como o agendamento de exames [...], mas a relação com os profissionais de saúde é muito boa. (G15)

Um destaque especial foi atribuído pelas gestantes ao acolhimento dos profissionais de saúde. Nessa relação, as gestantes sentiram-se respeitadas e acolhidas em suas decisões, além de responsáveis. Enfim, mostraram-se envolvidas e comprometidas com o fazer dos profissionais, embora as gestantes não tenham atendido a todas as recomendações. Uma dessas situações diz respeito ao não comparecimento regular às consultas de pré-natal. As gestantes demonstram, no entanto, ciência de suas omissões e o não comparecimento regular às consultas agendadas. Reconhecem-se parte do processo de qualificação da rede, conforme segue:

Fui bem acolhida na unidade quando descobri a gravidez. E mesmo não “obedecendo” a agente de saúde e faltando a algumas consultas, elas continuam me tratando bem. (G2)

Todos me acolhem muito bem. Eles conseguem sanar minhas dúvidas e me ajudaram a compreender a importância de fazer um pré-natal bem feito. (G17)

Me sinto bem quando venho aqui [...] às vezes estou triste em casa e me lembro que é dia de grupo, aí eu meloro meu astral e venho aqui cuidar da saúde do meu bebê. (G18)

Nessa mesma direção, os profissionais de saúde reconheceram que a Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense contribuiu para a (res)significação do fazer profissional reduzido, frequentemente, à técnica e às rotinas. Destacaram a importância dos grupos focais, nos quais tiveram a oportunidade de refletir e avaliar a sua prática profissional, de acordo com o exposto a seguir:

Para mim esta Estratégia está sendo de grande ajuda. Eu consegui rever muitas coisas da minha prática profissional e pensar em algumas coisas que precisam ser diferentes. (PS11)

Os encontros que realizamos foram muito importantes. Dei-me conta de que estava sendo muito técnica no trabalho. Me dei conta de que muitas coisas podem ser diferentes e muito do que acontece e/ou não na saúde depende de nossas ações. (PS18)

Com a estratégia sendo realizada, ficou mais fácil atingir aquela mulher que não se importa muito com a sua saúde. Algumas não querem fazer nem o pré-natal, mas com a possibilidade de ganhar uma bolsa com presentes para o bebê elas se animam a vir. (PS22)

Um destaque foi atribuído pelos profissionais de saúde ao acolhimento das gestantes. Os profissionais compreenderam, ao longo dos encontros focais, que “acolher a gestante” requer respeito, empatia e atendimento singularizado. Perceberam que julgar a gestante pelo não comparecimento a alguma consulta pré-natal pode ser considerada uma atitude desumana e desrespeitosa.

O acolhimento é uma atribuição importante do enfermeiro [...] para nós, profissionais de saúde, que precisamos trabalhar diretamente com as pessoas, faz uma grande diferença quando

conseguimos acolher de forma singular cada gestante. Na medida em que acolhemos bem, elas se abrem mais e confiam mais na gente. (PS5)

Nós, com facilidade, julgávamos a gestante quando ela não vinha a alguma consulta. A Estratégia, principalmente os encontros, nos fizeram perceber que não comparecer a uma consulta pré-natal nem sempre significa negligência, mas uma necessidade [...]. (PS19)

Os gestores locais, por sua vez, destacaram a participação e o comprometimento dos profissionais em todo o processo, isto é, da concepção à implementação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense. Reconheceram a iniciativa e o apoio em todo o processo, sendo que a proposta foi desenvolvida de forma colaborativa e dialógica. Na fala de um dos gestores locais, ficou evidente que o sucesso de uma iniciativa municipal depende da participação ativa e responsável de todos os atores, ao mencionar: “O sucesso de uma iniciativa municipal depende da participação ativa e responsável de todos os interessados que precisam ser ouvidos e envolvidos no processo”.

Contribuições com vistas à qualificação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense

O processo participativo da concepção à implementação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense possibilitou, na fala de gestores e profissionais da saúde, reduzir as taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, reduzir os índices de cesarianas, aumentar o número das consultas pré-natais, além de ampliar as boas práticas de assistência ao parto e nascimento, pela atuação colaborativa e responsável de todos os atores envolvidos.

Eu vejo que discutimos sobre as atitudes profissionais, reorganizamos processos e fluxos de trabalho, promovemos ações para a atuação em rede. Melhoraram muitas coisas, mas

outras precisam melhorar, como as taxas de cesarianas, que ainda são altas para o número de nascimentos. (GL4)

Com a implantação da Estratégia, nós melhoramos os indicadores relacionados à saúde materno-infantil do município. Acredito que todos estão mais conscientes sobre o que e como devem proceder, mas algumas coisas devem melhorar. Ainda tivemos seis óbitos neonatais até sexto dia de vida e nove óbitos fetais no município. (PS13)

Para os gestores locais, a Estratégia contribuiu, de forma significativa, para a (re)organização da rede de atenção à saúde materno-infantil. Uma das lideranças mencionou maior continuidade e diálogo entre os setores e serviços de saúde, embora reconheça que a qualificação desse processo se dá de forma gradual e permanente.

Melhoramos muito a organização da rede. Hoje os profissionais conversam entre si e reconhecem a sua função nos diferentes setores. Esse percurso não está pronto, mas sabemos onde queremos chegar. (GL3)

Qualificar a Estratégia, na opinião dos profissionais de saúde, requer ações proativas e prospectivas em médio e longo prazo. Entendem que os diferentes processos e fluxos operacionais necessitam de melhorias contínuas e permanentes. Além disso, destacaram a necessidade de melhor organização dos grupos de gestantes nas Estratégias de Saúde da Família, a partir de encontros mais frequentes, com vistas ao fortalecimento do acolhimento e do vínculo profissional-gestante.

O atendimento pré-natal, na fala dos profissionais de saúde, também precisa ser qualificado a fim de comprometer as gestantes na busca autônoma de suas melhorias. Reconhecem que as metodologias de intervenção precisam ser continuamente repensadas e qualificadas, no sentido de promover relações profissionais dialógicas e horizontalizadas, com vistas ao empoderamento das gestantes.

Tanto os profissionais de saúde como as gestantes reconhecem que o vínculo médico obstetra e gestante precisa ser fortalecido, já que cada consulta pré-natal é realizada com outro médico, considerando ser este o profissional de referência no atendimento às gestantes, conforme segue:

A gente faz todo o pré-natal com um médico e quando chega a hora do parto, o plantão é outro. A gente fica com medo, fica insegura, não conhece aquele médico. (G20)

Outra melhoria necessária está relacionada às questões culturais, mais precisamente aos significados atribuídos ao SUS pelos usuários de saúde em geral. O sistema de saúde público é considerado, para algumas gestantes, como um sistema ineficiente e, por isso, algumas não o procuram ou o consideram dispensável.

Observa-se que muitas mães não acreditam no SUS. Elas atrasam as consultas e até mesmo o teste do pezinho, não buscam informações e esperam pela visita da Agente de Saúde em sua casa, mesmo que isso demore um mês. Outras gestantes gostariam que o agente de saúde intensificasse as suas visitas no período da gestação, para fins de orientação e outros encaminhamentos. (PS23)

Outras melhorias sinalizadas pelos profissionais da saúde estão associadas à logística e aos espaços adequados para o atendimento das gestantes. Os profissionais reconhecem que carecem de um espaço próprio para o acolhimento diferenciado da gestante, considerando a necessidade de singularizar cada atendimento.

Atualmente percebo que os pré-natais têm sido complicados. Há uns anos, existia um lugar próprio que atendia somente as gestantes e funcionava muito bem, diferente de hoje [...]. (PS2)

Consideraram, ainda, melhorias relacionadas à autorização das laqueaduras. Tanto os profissionais de saúde como as gestantes mencionaram que a autorização da laqueadura pelo sistema público de saúde é efetivada, na maioria dos casos, depois

que a gestante já realizou o parto, o que requer um novo procedimento cirúrgico. Reconhecem que tal procedimento gera mais custos para os Órgãos públicos, além de maior desconforto, tempo e gastos para as usuárias.

No que se refere à cesariana, existe uma grande dificuldade em unir o momento do parto com a laqueadura, por exemplo, isso dificulta e faz com que seja necessária uma nova cirurgia e mais custos para os Órgãos públicos [...]. (PS5)

As contribuições com vistas à qualificação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense estão associadas, em sua maioria, à (re)organização de processos e fluxos operacionais, os quais demandam a (re)orientação do ser e fazer profissional. Tais melhorias requerem, conforme mencionado pelos gestores e profissionais, além de readequações, uma mudança cultural de todos os envolvidos.

Discussão

No Brasil, nascem pouco mais de três milhões de crianças por ano. Esses números podem impactar tanto positiva como negativamente nos indicadores de saúde e na economia de um município, estado e país. Cada nascimento envolve, por parte do sistema público de saúde, atenção às mães e aos bebês no que se refere à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças gestacionais, bem como estratégias relacionadas ao desenvolvimento saudável da criança.⁵

Embora os avanços na área da saúde materno-infantil tenham sido crescentes e, na maioria dos casos, induzidos pelos órgãos federativos, persistem importantes lacunas em todos os níveis de atenção. Mesmo que o Ministério da Saúde tenha instituído, no mínimo, oito consultas pré-natais para o acompanhamento mais efetivo das gestantes, essa prática segue muito aquém da desejada, na maior parte dos estados brasileiros. Nessa direção, um estudo evidenciou que um número expressivo

de gestantes não vai às consultas pré-natais e, em outros casos, os agentes de saúde não as visitam regularmente e, em outros ainda, a demanda é maior que a oferta, ou mesmo não existe uma rede de atendimento efetiva.¹⁶

As demandas anteriormente mencionadas podem/devem ser identificadas e consideradas em nível local. Para além das políticas indutoras, em nível federal e estadual, é importante que os municípios se organizem e articulem, no sentido de conceber as suas próprias estratégias, com base em demandas regionais e locais específicas, a exemplo da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense.

Tais iniciativas requerem, no entanto, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para o planejamento, a integração, a gestão e a regulação de uma rede local de serviços de saúde, em uma perspectiva de complementaridade, resguardadas as especificidades e necessidades de cada componente. O fortalecimento dessa concepção pressupõe, também, o (re)pensar de atitudes e posturas profissionais e de gestão no sentido de potencializar a sinergia entre os diferentes atores envolvidos no processo.^{11,17}

É preciso considerar, nesse contexto de avanços, a necessidade de monitorar e continuamente avaliar as políticas de saúde, no sentido de identificar demandas e qualificar iniciativas em âmbito local e regional e, dessa forma, subsidiar decisões políticas na alocação de recursos do SUS. Planejamento, gestão e avaliação de melhorias relacionadas à rede de atenção à saúde materno-infantil é uma temática abrangente, atual e com significados para os diferentes atores envolvidos no processo.¹¹⁻¹²

A consolidação da rede de atenção à saúde materno-infantil em âmbito local, regional e nacional, ainda desafia a criatividade de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, no que se refere à proposição de estratégias e experiências que demonstrem abordagens inovadoras de intervenção, como também de avaliação do processo. Requer-se, gradativamente, referenciais teórico-metodológicos capazes de

estimular a participação de todos os atores,¹⁸ conforme explicitado por um dos gestores: “o sucesso de uma iniciativa municipal depende da participação ativa e responsável de todos os interessados que precisam ser ouvidos e envolvidos no processo”.

Protagonizar estratégias com vistas à qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil significa investir em saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento saudável de um país.¹² Embora se mantenha o foco no imperativo de equidade da agenda inacabada de mortalidade evitável, associada à gravidez e ao parto, é essencial abordar a crescente carga de doenças que ameaçam as mulheres ao longo de seu ciclo de vida como crianças, adolescentes, mães, avós, produtores de saúde e desenvolvimento econômico, social e humano. A agenda de saúde materna deve considerar uma abordagem centrada no viver saudável da mulher. O desafio é continuar a impulsionar a saúde materna para além da gravidez e do parto, a fim de possibilitar que todas as mulheres realizem o seu potencial em todas as facetas de suas vidas.¹⁶

Enfim, no presente estudo, visa-se disponibilizar para a comunidade em geral uma produção inédita, desenvolvida de forma colaborativa e prospectiva, com diferentes olhares e com o compromisso de qualificar a rede de atenção à saúde materno-infantil. Intenta-se, dessa forma, contribuir com a inovação, o fortalecimento e a consolidação da rede de saúde materno-infantil em âmbito local, regional e nacional.

As limitações do estudo estão associadas à pouca participação dos profissionais médicos, cuja participação se limitou aos encontros focais. Outra limitação está associada à disponibilidade de horários para a realização das atividades propostas, tanto por parte dos profissionais de saúde como das usuárias, previamente contadas.

Conclusão

A Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense contribuiu, de forma afirmativa e prospectiva, para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil local, especialmente no que se refere às relações e interações entre profissionais e gestantes e a (re)organização dos processos e fluxos de intervenção na rede. As contribuições estão associadas, ainda, à (re)organização de processos e fluxos operacionais, embora demandem crescente (re)orientação do ser e fazer profissional.

A participação e o comprometimento dos profissionais da saúde em todo o processo, isto é, da concepção à implementação da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense, foram fundamentais para o alcance dos resultados. O processo, como um todo, demonstrou que o sucesso de uma iniciativa municipal depende do engajamento responsável de todos os atores.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 5ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2019 jul 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
2. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):192-207. doi: 10.1590/0102-311X00133213
3. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(2):252-61. doi: 10.1590/1414-462X201600020171
4. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(7):1999-2010. doi: 10.1590/1413-81232014197.08622013
5. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e

desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. doi: 10.1590/0102-311x00195815

6. Guimarães TA, Rocha AJSC, Rodrigues WB, Pasklan ANP. Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2019 out 10];18(2):81-5. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8381>

7. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00175116. doi: 10.1590/0102-311x00175116

8. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [acesso 2019 set 15];37(3):140-7. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>

9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

10. Vala J, Castro P. Pensamento social e representações sociais. In: Vala J, Monteiro MB. *Psicologia Social*. 9ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2013. p. 569-602.

11. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia Rede Mãe Paranaense [Internet]. Curitiba: SESA; 2014 [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaamaeparanaense_final_2017.pdf

12. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003

13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

14. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013

15. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(12):548-54. doi: 10.1590/So100-720320140005038

16. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*.

2016;50(5):733-40. doi: 10.1590/s0080-623420160000600004

17. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Colet.* 2014;22(1):46-53. doi: 10.1590/1414-462X201400010008

18. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(2):281-7. doi: 10.1590/S0080-62342013000200002

19. Reis ZSN, Lage EM, Eura M, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 out 13];36(2):65-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>

20. Calderon TM, Cestari MEW, Dobkowski AC, Cavalheiro MD. O uso da internet como ferramenta de apoio ao esclarecimento de dúvidas durante a gestação. *J Health Biol Sci (Online).* 2016;3(2):18-22. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v4i1.523.p18-22.2016

21. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev Latinoam Enferm (Online).* 2015;23(3):520-6. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583

22. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(4):e20275. doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 10 jul. 2019.

Editor Científico Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Científico: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Autor correspondente

Camila Malgarin

E-mail: camilamalgarim@hotmail.com

Endereço: Mancias Alves, 2963, São Borja, RS, Brasil

CEP: 97670000

Contribuições de Autoria

1 - Camila Malgarin

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção e análise e/ou interpretação dos dados, bem como a redação do artigo.

2 - Manuella Malgarin

Concepção ou desenho do estudo/pesquisa, análise e/ou interpretação dos dados

3- Alexandre Antonio Naujorks

Análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

4 - Francisca Georgina Macedo de Sousa

Análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

5 - Kerstin Hämel

Análise e/ou interpretação dos dados, revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

6 - Dirce Stein Backes

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção e análise e/ou interpretação dos dados, bem como a redação do artigo.

Como citar este artigo

Malgarim M, Malgarin M, Naujorks AA, Sousa FGM, Hämel K, Backes DS. Contribuições da Estratégia Mãe-Bebê São-Borjense para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil. Rev. Enferm. UFSM. 2020 [Acesso em: Ano Mês Dia]; vol.10 e94: 1-19. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769241672>