



Telessaúde Informa

Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

edição 36 | outubro de 2015



A importância dos agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família

página 4



Experiências para potencializar o pré-natal na Atenção Básica

página 10



Equipe do Telessaúde realiza uma trilha para mostrar os benefícios da caminhada

página 18

Nesta edição

A ideia de trazer o pré-natal como assunto central desta edição surgiu através do diálogo com a Gerência de Coordenação da Atenção Básica de Santa Catarina. Juntos identificamos experiências e nos alegramos com a quantidade de profissionais potencializando e qualificando o atendimento pré-natal no SUS através de diversas atividades. Nossa reportagem principal é um recorte dessas estratégias promovidas pelas unidades de saúde nas diferentes etapas da gestação. Grupos de gestantes, planos de parto e retorno para a AB são só alguns exemplos de temas que contemplamos nessa discussão e que podem ajudar a qualificar o seu trabalho com as futuras mães!

Nesta edição você também se informa sobre os desafios cotidianos do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e lê uma entrevista problematizando o número exagerado de cesarianas no país e propondo algumas soluções para quebrar esse paradigma do parto. E não esqueça de conferir nossa reportagem fotográfica sobre trilhas, pois nós reunimos os profissionais do Telessaúde e partimos para uma caminhada com o objetivo de trazer para você um pouco das belezas naturais da Ilha da Magia!

Agradecemos a todas as pessoas que participaram desse informativo e compartilharam suas experiências conosco! Muito obrigada também pelas sugestões de pauta sempre pertinentes. Continue colaborando conosco! Envie suas ideias para: telessaude.sc@saude.sc.gov.br.

Boa leitura!

Destaque	3
Cotidiano	4
Entrevista	6
Reportagem	10
Click!	18
Teleconsultoria	22
Dicas	26
Agenda	27



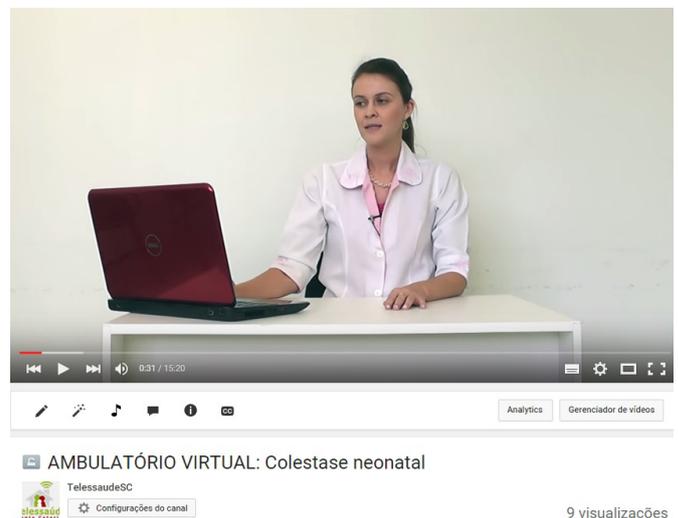
Imagem de uma das vistas da trilha das piscinas naturais da Barra da Lagoa, em Florianópolis



AMBULATÓRIO VIRTUAL

Parceria entre Telessaúde e Hosp. Joana de Gusmão

Nos meses de agosto e setembro, o Telessaúde realizou as gravações do Ambulatório Virtual, um projeto do Hospital Joana de Gusmão que visa informar e orientar os médicos da Atenção Básica quanto aos encaminhamentos na área de gastroenterologia pediátrica. Ao todo foram realizados onze vídeos com médicos do Hospital Joana de Gusmão, que estão disponíveis no canal do Telessaúde no Youtube (acesse em <https://goo.gl/VyL9B1>). A partir do conteúdo dos vídeos, o Telessaúde também realizará um minicurso para capacitar os profissionais da AB sobre encaminhamento de gastropediatria. Fique atento aos nossos canais de comunicação para ter mais informações!



Se você quiser receber **DICAS**, **CURIOSIDADES** e **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** sobre **SAÚDE**, curta nossa **PÁGINA facebook**, [com/TelessaudeSC](https://www.facebook.com/TelessaudeSC) e fique por dentro de todas as **NOVIDADES!**

Telessaúde realiza primeira turma do curso de Consulta de Enfermagem

No último mês, o Telessaúde SC lançou o novo curso "Consulta de Enfermagem". As sessenta vagas disponíveis para o público foram rapidamente preenchidas, devido à grande procura dos profissionais. O curso tem como objetivo apresentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua importância para a atenção em saúde na Atenção Básica. Se você não conseguiu se inscrever, acompanhe nossos canais de comunicação porque outras turmas serão abertas em breve!



A rotina do agente comunitário de saúde no seu trabalho cotidiano com a população

Há 14 anos, Ana Cláudia foi ao Centro de Saúde da Agronômica, em Florianópolis, em busca de uma consulta como paciente e encontrou lá uma oportunidade de emprego. No pequeno cartaz preso em uma das paredes, imperceptível para muitas pessoas que passavam pela unidade, a então jovem de vinte e um anos enxergou a chance de iniciar uma carreira. Nascida e criada no bairro da Agronômica, Ana Cláudia hoje é umas das mais antigas entre as 14 ACSs da sua comunidade.

Segundo dados do Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde (MS), já no ano de 2009 eram mais de 200 mil ACSs em todo o Brasil, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Para o MS, o ACS tem sido um personagem muito importante, realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade. Ana Cláudia aprendeu esse papel de interlocutora na prática: “eu percebi que faltava um elo entre a comunidade e o centro de saúde porque quem tá aqui na unidade às vezes está muito distante do usuário; já a gente tá lá na ponta, dentro da casa deles, vendo *in loco*. Então, ocasionalmente, o paciente também não fala nada pra gente, mas a gente percebe, a gente sente, a gente pesca”.

Esse trabalho *in loco*, na casa dos cidadãos, faz com que uma das

premissas do ACS seja a proximidade com a população. O fato de ser um membro da comunidade e possuir um envolvimento pessoal com os integrantes dessa, faz com que o ACS seja, antes de tudo, alguém

que se identifica com as demandas do seu território. “Eu trabalho para a comunidade e o fato de eu pertencer à ela favorece ainda mais esse pensamento. Porque eu vivo aquilo no dia a dia, é a minha realidade também, é o lugar por onde eu passo, é a creche que a minha filha também frequentou, é a rua que eu moro”, reforça Ana Cláudia.

Um exemplo de envolvimento com a comunidade aconteceu há cerca de quatro anos, quando o território onde Ana atua enfrentou um grave problema com o lixo que ficava acumulado em algumas áreas. Segundo Ana Cláudia, aquela situação não incomodava apenas os moradores, mas a incomodava também, porque tinha que passar pelo caminho cheio de sacos de lixo. Assim, surgiu a parceria entre centro de saúde e comunidade: “a própria comunidade se juntou, através de uma associação que existia, e foram construídas lixeiras comunitárias, além da realização de ações de promoção da saúde



Imagem da série fotográfica Saúde da Família - “Um retrato”, do MS

estimuladas por profissionais da unidade”.

Quem também conhece bem essa relação de proximidade com a comunidade é a ACS Neuza Maria Bastos, que trabalha há 16 anos no Centro de Saúde do Rio Vermelho. Catequista e voluntária em várias ações no bairro, Neuza viu na carreira de ACS a chance de ter o primeiro emprego e ainda ajudar a população. Por seus trabalhos sociais e por ser nativa do bairro, Neuza já era bem conhecida pela população da sua área, hoje com cerca de 700 pessoas e quase 360 famílias. “Ser conhecida pela comunidade facilitou meu trabalho como ACS, foi muito natural, a abordagem é mais fácil, não teve resistência”, reforça.

Mas nem sempre o acesso à comunidade é realizado sem resistências. Nos quatorze anos de ACS, Ana Cláudia comenta que não foi apenas sua percepção que mudou, mas o bairro da Agronômica, em Florianópolis, também. A estrutura melhorou, a



área quase dobrou de tamanho, a população cresceu e o perfil dos moradores mudou. Alguns problemas pontuais, como o tráfico de drogas, inibem a experiência e a desenvoltura de Ana Cláudia no trabalho cotidiano. “Porque hoje eu não sei quem são essas pessoas, é muita gente. Essa dinâmica do comércio de drogas causa um desconforto para abordar determinadas pessoas, de bater em certas casas, porque eu não sei o que vou encontrar lá”, explica.

Além dos desafios do trabalho na comunidade, o ACS também enfrenta barreiras no trabalho dentro da unidade. O diálogo construído a partir da relação com a população precisa ser levado para dentro dos centros de saúde e as necessidades apontadas devem servir como ponto de partida para a atuação das equipes. Para isso, o ACS precisa ser ouvido en-

tre os colegas e se sentir valorizado por sua experiência. “Não tenho um diploma de curso superior em nenhuma área da saúde, então o meu entendimento de saúde é o que eu aprendi no trabalho e o que eu encontro na rua. Muitas vezes, a falta do diploma parece que faz com que a tua palavra não tenha tanto peso do que tem uma formação acadêmica”, conta Ana Cláudia.

Mas a ACS diz que essa relação do agente com os outros membros da equipe de Saúde da Família evoluiu muito, pois antes havia uma separação maior, “os funcionários da unidade de um lado e os ACS do outro, como se a gente fosse inferior”. Para Ana Cláudia, a mudança vem acontecendo na prática: “a gente foi mostrando com o trabalho, com opinião, que sabemos como trabalhar com a população. Eu não sou enfermeira,

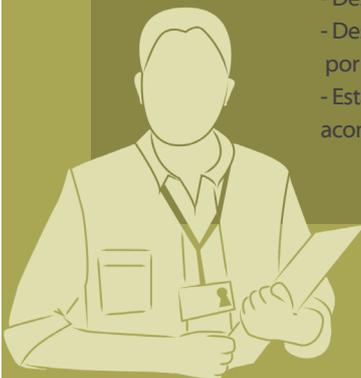
não sou médica, tem muitas coisas que não estão no meu alcance para resolver, mas me foi dada a incumbência de fazer essa conversa entre esses profissionais que tem a capacidade de ajudar na prática e a comunidade que precisa chegar até eles - ou seja, eu sei porque eu estou aqui!”

Profissionais como Ana Cláudia e Neuza ajudam a melhorar a qualidade e o acesso à saúde, e fazem isso com a maior dedicação. Para Neuza, não há palavras que traduzam o quanto ama seu serviço, mas resume: “é meu trabalho, é minha religião”. Já Ana Cláudia está sempre pensando em fazer algo para “ajudar de fato” as pessoas, mas abre um sorriso discreto após comentar isso, pois sabe que já faz a diferença na vida de muitas delas: “o que muitas vezes a gente traz é o olhar genuíno mesmo, de lá de cima da comunidade”.

O trabalho do ACS dentro da Estratégia de Saúde da Família

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
 - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;
 - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;
 - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, bem como realizando o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar*.

*informações da Política Nacional de Atenção Básica



Quer saber mais sobre as atribuições do agente comunitário?

Você encontra mais informações no [Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde](#) (clique nos nomes para acessar os documentos) e na [Política Nacional de Atenção Básica](#).



Como desnaturalizar a cesariana?

Os desafios para mudança cultural do modelo de parto

A resolução apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em junho deste ano, com normas que visam estimular o parto normal - e, por consequência, diminuir o número de cesarianas desnecessárias - reacendeu o debate sobre as escolhas relacionadas ao momento do nascimento. Segundo dados do MS, o percentual de partos cesáreos no Brasil chega a 84% na saúde suplementar e 40% na rede pública. Somente em 2013, foram realizados cerca de 440 mil procedimentos de cesariana. Os principais indicadores que apontam a necessidade de mudança desse modelo de parto, quando adotado sem indicação clínica cientificamente fundamentada, são a mortalidade neonatal e materna elevadas, grande porcentagem dos óbitos infantis por asfíxia intraparto, intensa medicalização do nascimento, além da exposição de mulheres e de bebês a mais riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, nascimentos prematuros e mortes. O parto cesáreo, de acordo com o MS, também aumenta em 120 vezes o risco de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Por isso, um dos maiores desafios a serem enfrentados na saúde brasileira é a mudança desse cenário, que significa confrontar a medicalização do parto, o cooperativismo médico e a lógica dominante da cultura pró-cesárea. Para falar sobre o assunto, entrevistamos uma profissional com vasta experiência nessa área, a doutora Roxana Knobel, médica ginecologista e obstetra, e professora adjunta do Departamento de Tocoginecologia do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina

Como se criou e como se sustenta essa lógica de que a cesariana é o procedimento padrão? Como se naturalizou a cesariana?

Roxana Knobel - É uma pergunta difícil porque é multicultural e multifatorial. Tem um fator cultural de que a cesariana é mais fácil mesmo, mais rápido, e mais "tranquilo." Tem um fator, eu diria que social, que se vende a cesárea como um bem de consumo, que as pessoas ricas podem optar por uma cesárea e as pessoas que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde, não. E tem uma questão médica mesmo, clínica. Como os clínicos, os médicos, deixaram de acreditar no parto normal como uma via natural e começaram a achar que a cesariana é melhor. Existe também um fator de comodidade e a questão de ser melhor remunerado, de você conseguir - para os médicos - fazer seus horários de uma maneira mais

tranquila. Mas o fato é que hoje em dia, na situação em que a gente está, os médicos realmente acreditam que a cesariana é melhor. Tanto é que a maioria dos médicos, ou uma grande porcentagem, prefere fazer uma cesariana para o nascimento dos seus filhos. Então, é uma questão de crença mesmo. Se tornou uma crença no procedimento.

Como fazer com que os profissionais da saúde desconstruam essa lógica?

R.K. - Acho que você tem que desconstruir um pouco essa segurança da cesárea, que na verdade não é real. O que acontece é que quando se tem um problema durante o parto normal, ele geralmente acontece no momento do parto. A vivência das pessoas no Brasil é que se tivessem feito uma cesariana aquele desfecho não seria desfavorável. Enquanto que a gestante



Roxana Knobel possui graduação em Medicina e residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Campinas, especialização em medicina chinesa e acupuntura pela Escola Paulista de Medicina; mestrado e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas e pós-doutorado em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.



que têm um desfecho desfavorável por causa, ou em consequência, da cesariana, nunca é visto que aquilo foi o procedimento que causou. Por exemplo, o bebê que vai pra UTI, às vezes ele vai para lá porque foi tirado antes da hora, foi feita a cesárea antes do momento, mas as pessoas não vêem isso, elas pensam: “nossa! Foi pra UTI, mesmo fazendo a cesariana.” Então, a gente não consegue achar a causalidade. A gente vê a cesariana como o máximo que se tem, que se pode oferecer. É uma questão de conhecimento técnico mesmo, de você achar que isso é o melhor que você pode oferecer pra mulher e que, então, está tudo bem. Na verdade, você está oferecendo mais risco tanto para mãe (pelo procedimento cirúrgico, a anestesia, as camadas da barriga que são cortadas), quanto para o bebê (que pode nascer prematuro, ter mais dificuldade para respirar, ter consequências futuras dessa cesárea). Mas, como desconstruir isso? Acho que você mostrando, desde a faculdade, o parto como um processo fisiológico natural e que pode ser agradável, fazendo com que as usuárias também vejam isso e pressionem os médicos. Acho que essa é uma forma de mudar.

Como você analisa as novas normas que estão sendo inseridas pelo MS dentro desse contexto de estimular o parto normal?

R.K. - São pífias. São o básico do básico. Eu não entendo qual é a revolta disso. A norma diz que a mulher pode optar por uma cesariana desde que informada dos riscos e assinando um consentimento livre e esclarecido. Nada mais justo, mais óbvio e mais necessário. O acompanhamento ao parto tem que ter

um partograma, que é uma análise gráfica de que você pelo menos esperou o tempo para o bebê nascer. Não basta o médico dizer que vai operar essa mulher porque passou da hora, você tem que ter um pouco mais de criatividade para enganar as mulheres, mas é só isso. Ou seja, é o início de uma coisa muito

“A gente vê a cesariana como o máximo que se tem, que se pode oferecer para a gestante”

rudimentar de algum controle externo sobre a atitude dos médicos de operar todo mundo, de fazer cesariana sem necessidade.

O que seria efetivo, na sua opinião, para diminuir o número de cesáreas desnecessárias?

R.K. - Uma das medidas que eu achei interessante é que tanto o médico quanto a instituição têm que tornar pública a sua taxa real de cesarianas. Não está funcionando porque as usuárias conseguem acessar apenas os dados do convênio, ou seja, ela não sabe o que o médico atende sem ser do convênio. Então isso pode gerar distorções. Mas já é um início. Eu acho que isso é uma forma de você, no setor suplementar, escolher o profissional, o hospital e o convênio que quer utilizar. Outra forma seria justamente o controle externo do número de cesarianas no sentido não de não pagar essas cesarianas, mas de haver algum tipo de supervisão dizendo “não, isso aqui não justifica, não pode ser, não carece”. Se a gente pensar que, em um

cenário muito pessimista, mais ou menos 30% da população das mulheres querem cesariana, certo? E, também num cenário bastante pessimista, 15% das mulheres precisam de uma cesariana. Supondo que nenhuma das que querem são as que precisam, a gente teria uma taxa de cesariana de 45%~50%, assim, seria um absurdo de exagerado. E a gente tem uma taxa de cesariana no serviço suplementar de 80%. Ou seja, tem 30% de mulheres ali que estão sendo enganadas ou estão sendo levadas a querer uma outra coisa diferente do que elas querem. Então a gente precisa mostrar isso pras mulheres, oferecer alternativas. Mas nada disso vai mudar se não mudar a forma de pagamento, a infraestrutura dos hospitais, a forma com que se enxerga o parto. No Brasil, se vende não só a cesariana como um item de consumo, como o cuidado um-a-um como item de consulta: “eu quero que o meu médico me assista no meu parto”. E para ser viável o seu médico assistir o seu parto, ou é caro ou é uma cesárea. E como um profissional pode estar disponível para todas as suas clientes 100% dos dias, sete dias por semana? Eu acho que uma forma de diminuir essa necessidade de que seja o “meu médico que atenda o meu parto” é: ou uma equipe atende o pré-natal e uma equipe atende o parto, ou descentraliza isso. Enfim, faz todo mundo atender da mesma maneira.

Focando na Atenção Básica, como mudar esse olhar do próprio profissional para que ele estimule o parto normal? Você destaca quais estratégias?

R.K. - Eu vejo várias, mas a principal é que a gente, enquanto classe,



tem que mudar a assistência obstétrica. Não adianta você dizer que a cesárea é horrível e o parto é ótimo se o parto que se oferece no seu município é horrível. As mulheres nunca vão mudar de ideia se você tem uma opção: ou uma cesárea limpinha, confortável, bonita, ou um parto horrível com uma mulher deitada, com episiotomia e uma série de intervenções desnecessárias. Inicialmente, precisa mudar a assistência e garantir que essas mulheres tenham atendimento digno e bom. A partir do momento que você consegue garantir essa assistência para as mulheres, é preciso mostrar para elas que o parto não é uma coisa terrível, dolorosa, que machuca, que sofre. É uma coisa que é difícil sim, que dói sim, mas é muito possível ter um parto muito legal, satisfatório, muito prazeroso, com garantia de saúde. Mas a gente só consegue falar dessa parte se você oferecer uma assistência ao parto muito boa.

Como o profissional vai indicar o parto normal para a sua paciente, se ele não tem segurança no serviço?

R.K. - Sem segurança no serviço, não dá. É o que eu falo, se você vai optar entre uma cesariana e um parto assistido de uma maneira violenta, que opção você tem? É o que a [Simone Diniz](#) fala, você ofe-

rece o parto violento e vende a cesariana pra fugir desse parto. Você dá o veneno e você dá o antídoto. Como são as mesmas pessoas que vendem a cesariana e as que oferecem essa assistência, então é antiético. A gente tem que lutar contra isso. Outra forma de mudar é justamente colocando enfermeiras obstétricas e parteiras formadas pela universidade dentro dos hospitais, dando assistência ao parto. Então você tem um profissional que é menos especializado, mas que para assistência ao parto normal sem risco, há evidências suficientes dizendo que é muito bom, é muito eficaz, é mais barato. As enfermeiras e parteiras são mais treinadas para oferecer um parto sem intervenções do que os médicos. Então, mudando essa realidade que só o médico atende ou, pelo menos, tendo médicos e enfermeiras atendendo, isso diminuiria o trabalho para todo mundo e abriria esse campo pras enfermeiras.

Em quais casos a cesariana é importante?

R.K. - Indicações absolutas de cesarianas, na verdade, são poucas. A placenta prévia, que é a placenta na frente do bebê, é uma indicação de cesariana; as apresentações fetais complexas, por exemplo: um bebê que não está apresentando a cabeça e está apresentando o om-

bro, ele é uma indicação de cesariana; um prolapso de cordão também é uma indicação de cesariana; uma desproporção cefalopélvica diagnosticada durante o trabalho de parto, é uma indicação de cesariana; um batimento cardíaco fetal não-tranquilizador com um bebê que ainda vai demorar muito para nascer, é uma indicação de cesariana. Basicamente é isso. Então, existem indicações, faz parte da garantia à saúde da mulher e do bebê que essa cesariana esteja disponível rapidamente quando necessária. O problema é o abuso da cesariana.

O que é violência obstétrica e como preparar uma equipe de saúde para que ela não reproduza esse comportamento?

R.K. - Primeiro, é um termo novo, há muita confusão com o que é a violência obstétrica, mas toda a prática que você faz de uma maneira violenta ou que é percebida pela mulher como violência, pode ser dita que é uma violência obstétrica. Tratar a mulher mal, não individualizar a própria pessoa, chamar ela de "mãezinha", dizer coisas ruins, fazer procedimentos dolorosos e desnecessário, tudo isso. A parte óbvia da violência obstétrica, eu acho que a gente nem precisa dizer, mas ninguém faz isso, eu acredito, propositalmente. As pessoas são treinadas dessa forma e reproduzem as coisas que elas aprenderam. O importante é você fazer procedimentos quando são necessários. E, principalmente, respeitar a autonomia daquela mulher naquele momento. Se você acha que é melhor, por exemplo, fazer toque de duas em duas horas, mas não tem nenhuma evidência para isso e nem é

Fique por dentro do assunto!

Na edição 23 do Telessaúde Informa, produzimos uma reportagem fotográfica sobre parto humanizado, acompanhando o nascimento de um bebê através do parto normal na água. Confira as fotos [aqui!](#)

O Programa Sem Censura, da TV Brasil, também trouxe para o

debate as questões relacionadas ao parto [nesta edição](#) (clique para ver o vídeo).

Conheça também o [projeto fotográfico 1:4](#), que busca materializar as marcas invisíveis deixadas pela violência obstétrica que atinge uma em cada quatro mulheres brasileiras.



necessário para aquele caso, é uma violência você realizar esse toque sem necessidade. Mesma coisa é uma “episiotomia”, que é um procedimento de corte no períneo, cujo uso é muito restrito. Então você faz o corte, mesmo com a mulher dizendo que não quer que o faça, isso é uma violência. A principal forma da gente combater a violência é abrir um canal para a comunicação das mulheres com a equipe para perceber o que as mulheres acham sobre o nosso atendimento e abrir esse espaço para elas dizerem, abaixar a guarda, ou seja, reavaliar nossas próprias condutas, nossos próprios modos de agir e de atuar, avaliando se isso de alguma maneira pode ser alterado, acho que é uma forma. E estar sempre atuando de acordo com as melhores evidências. Não adianta você fazer o que você fazia há 20 anos se isso mudou. A prática obstétrica há 20 anos era diferente, se achava que a “episiotomia” era necessária, se achava que posição deitada para parir era melhor e hoje em dia a gente sabe que não. E uma série de coisas que podem ser oferecidas pra mulher para melhorar, para dar melhor conforto pra ela, presença do acompanhante, posição vertical no parto, caminhar durante o trabalho de parto, não fazer “episiotomia”, fazer parto na água, são coisas que podem ajudá-la, e você privá-la disso é uma violência também.

Como quebrar a lógica que está no imaginário popular e também profissional de que parto normal é sinônimo de violência obstétrica?

Não vai ter jeito se continuar sendo violento, as pessoas vão continuar achando violento. Então nós

temos que parar de oferecer parto violento e oferecer um parto digno. Não é tão difícil seguir as boas práticas obstétricas que a gente fala, na verdade, é bastante simples. A equipe tem que sentir essa necessidade de estudar, reciclar condutas, melhorar o mobiliário, ajudar a garantir a intimidade das mulheres, colocar uma cortina pra ela ficar mais à vontade, permitir acompanhante. Humanizar, mas humanizar é tão vago. É aplicar as boas práticas, que são as melhores evidências. É melhor a evidência de parto vertical? Então não pode ter só uma maca deitada pra mulher parir. E se tiver só uma maca deitada, o profissional tem que estar afim de propor outras condutas, de propor outras posições pra mulher poder se sentir à vontade.

Durante o pré-natal, a indução à cesariana também é uma forma de violência obstétrica?

Eu não sei. Acho que é uma forma, mas na verdade é tudo muito complexo. Tudo o que a gente falar a esse respeito vai ser simplificar uma coisa que é muito difícil de dizer, mas você levar uma mulher a acreditar que o corpo dela não é capaz de parir, você levar a mulher a acreditar que o bebê dela vai sofrer de alguma maneira uma injúria por ela estar tentando um parto normal, você mentir pra mulher sobre indicações de cesáreas falsas, sem dúvida, não são éticos. Não sei se é uma violência obstétrica, mas é antiético você hiper-diagnosticar, oferecer riscos que na verdade não existem, colocar responsabilidades que na verdade não são da mulher, por exemplo: “você que quis um parto normal e você arca com isso”, isso não é ético. Não sei se eu chamaria de vio-

lência obstétrica, mas é anti-ético.

Como mudar a realidade obstétrica do Brasil?

Se a gente quiser mudar a realidade obstétrica no Brasil, essa história das cesarianas, a gente tem que começar a oferecer um parto digno. Não adianta a gente querer proibir ou mortificar a cesárea, ou achar que a cesárea é ruim e que as mulheres que querem cesárea fazem essa escolha porque elas não vêem outra alternativa. Elas têm medo. Mas elas têm razão de ter medo. Então, se a gente oferecer um parto normal digno, legal, respeitoso, que respeite a mulher como um indivíduo, que siga as melhores práticas. O parto continua sendo dolorido, continua sendo difícil, o parto normal não é fácil, mas é muito mais saudável e as mulheres vão acabar percebendo e querendo vivenciar isso. A gente não pode mudar uma realidade sem mudar a outra, as coisas andam juntas. Enquanto profissionais da rede básica, a gente pode ajudar as mulheres ensinando-as e incentivando-as a fazer um plano de parto, um papel dizendo o que elas desejam para os seus partos, de forma clara, concisa, consciente de que isso pode mudar se acontecer uma dificuldade, mas que é importante para a mulher pensar nos procedimentos e saber o que ela pode querer. É uma forma de a equipe de saúde primária ajudá-la a pensar sobre isso.

Indicamos o filme “O renascimento do parto”, que retrata a grave realidade obstétrica do país e também apresenta modelos humanizados de atenção à gestante. (www.youtube.com/watch?v=1zB-5ASFqm0)

E para quem gosta de animação, o humorado curta-metragem “Parcialmente Nublado” conta a história de uma nuvem que “cria” filhotes para as cegonhas levarem. (www.youtube.com/watch?v=mR3DzRMob-c).



O PRÉ-NATAL

na Atenção Básica

Ao longo dos dois últimos meses, conhecemos experiências de trabalho que nos mostraram alternativas para potencializar o pré-natal realizado na rede pública. Nessa reportagem, buscamos construir um panorama do trabalho com o pré-natal na Atenção Básica a partir do relato dessas diferentes atividades promovidas por equipes de saúde espalhadas por Santa Catarina. Também nos preocupamos em mostrar a Rede Cegonha como estratégia estruturante que interliga e permeia todos os processos, visando qualificar o atendimento à mãe e ao bebê. O objetivo dessa reportagem é possibilitar que você conheça exemplos positivos de trabalho com pré-natal e, a partir deles, possa refletir sobre sua própria prática.



Em setembro de 2012, a enfermeira Ramona Sant'Ana Maggi de Moraes recebeu a notícia que estava grávida daquela que hoje é a linda menina de olhos pretos e cabelos cacheados chamada Morena. Pensando na gestação, Ramona já fazia acompanhamento e planejamento familiar com sua colega de trabalho, a médica de família e comunidade do Centro de Saúde do Saco Grande, em Florianópolis, Fernanda Lazzari. Com a novidade do bebê a caminho, a enfermeira apenas deu continuidade a um processo que já havia escolhido fazer na Atenção Básica (AB), o pré-natal.

Como Ramona, muitas mulheres realizam o pré-natal na AB todos os anos. Segundo o Ministério da Saúde, nessa etapa a mulher necessita de uma série de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida, por isso é indispensável o acompanhamento integral da gestante, indentificando e intervindo nas situações de risco. Um pré-natal de qualidade tem implicação direta na redução dos índices de mortalidade materna-infantil, por exemplo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2010, 98% da mortalidade materna anual em todo o mundo se concentrava em apenas 75 países, sendo o Brasil um deles. Felizmente, dados de 2013 do Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização das Nações Unidas (ONU), mostram que a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55% de 1990 a 2011, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. O documento também mostra que o país já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância e seus indicadores estão acima da média

mundial. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011.

Para dar continuidade nesses índices, é preciso assegurar um pré-natal integral e de qualidade. Ramona, que é enfermeira há seis anos, garante: "Na AB, a gestante é 100% assistida. Eu fiz todos os exames de sorologia no meu Centro de Saúde, todos os exames de sangue marcados pela unidade através do SISReg e realizados em laboratórios da prefeitura, fiz as consultas de pré-natal, também a avaliação de saúde bucal com a equipe de odontologia, a profilaxia, tive um acompanhamento multiprofissional, enfim, tudo". Um exemplo da evolução do trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no pré-natal é o aumento significativo na quantidade de consultas oferecidas às gestantes. O número de atendimentos chegou a 19,4 milhões em 2009 - aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas 8,6 milhões.

A médica Fernanda Lazzari destaca que essas consultas precisam atender para dois aspectos: "tem a questão técnica, de se fazer um pré-natal de qualidade para prevenir desfechos negativos (questão de solicitação de exames, avaliação, etc) e tem toda a questão de apoio e de entendimento desse momento da vida, das mudanças psicológicas e corporais da mulher, de olhar pra toda a singularidade desse momento". É através da avaliação das particularidades de cada gestante que se promove o cuidado integral e a equidade, "individualizando cada atendimento dentro das necessidades de cada uma", reforça a médica.

Além do momento da consulta, há outros espaços onde os profissionais podem dialogar e orientar as futuras mães, como os grupos de

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.



3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.



4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".



7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".



9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.





gestantes realizados em muitas UBS. Segundo Fernanda, “o grupo de gestante permite que as situações singulares apareçam e que as mulheres compartilhem essas experiências”.

Os grupos de gestantes

A realização de grupos com futuras mães é um trabalho consolidado entre os profissionais da AB da cidade de Urussanga, no Sul do Estado. Há doze anos, o município vem realizando encontros de gestantes em cada uma das suas oito

ticipantes também recebem kits com pacotes de fraldas, algodão, cotonete, termômetro e o certificado de participação, que encerra com uma visita à maternidade.

A coordenadora de Saúde da Mulher e da Rede Cegonha do município, Shirley Oliveira Richter, comenta os bons resultados: “as gestantes se sentem mais seguras, chegam no hospital já tendo uma noção maior do parto e se empoderam desse momento e de todo o seu processo de gestação, com um conhecimento maior também

para os cuidados com o bebê”. Foi o que ocorreu com a balconista Simone Mendes, que esperava por seu primeiro bebê quando participou do curso. “Sou ansiosa por

natureza, com essa gravidez então minha ansiedade triplicou. O curso me ajudou a ficar mais calma e preparada para receber minha tão esperada criança”, disse.

E não são apenas as mães de primeira viagem que aprendem com o curso. A auxiliar de produção Lara de Souza, que aguarda a chegada do seu segundo filho, afirma que sentiu muita falta desta orientação na sua primeira gravidez. “Às vezes a gente acha que sabe tudo, pensa que está cuidando direito, mas descobre com os profissionais que estava equivocada”, conta. Segundo Shirley, muitas vezes a mulher é aconselhada por familiares sobre alguns cuidados, como não lavar o cabelo e outras práticas presentes no senso comum. “E daí as gestantes dizem ‘não, a Shirley falou que não precisa!”, comenta sorrindo.

Para as futuras mães que não participam nem dos grupos e nem

do curso, os profissionais organizam outra estratégia: agendar o maior número de gestantes para consultarem no mesmo dia da semana. Assim, eles aproveitam para fazer encontros na sala de espera, visando abordar as dúvidas e também estimular a participação no curso.

Para as UBS que ainda não possuem curso ou grupos de gestantes e têm interesse de começar, Shirley aconselha: “Primeiro fazer um levantamento de todas as gestantes do seu território e identificar aquelas que tem interesse em participar dos grupos, ver a disponibilidade das gestantes e então começar a programar a dinâmica do curso”. Com o trabalho consolidado, atualmente o objetivo do município de Urussanga é começar a utilizar o plano de parto, que consiste em um documento com itens relacionados ao momento do nascimento, ajudando a gestante a refletir e registrar suas escolhas.

O plano de parto

A utilização dos planos de parto já é uma realidade na Unidade de Saúde da Guarda do Cubatão, no município de Palhoça, região da Grande Florianópolis. A estratégia foi apresentada para os profissionais da unidade durante uma capacitação de pré-natal promovida pelas enfermeiras da maternidade do Hospital Regional de São José, instituição de referência para o centro de saúde. “Como, aqui em Palhoça, a gente está fazendo a revisão do protocolo de Saúde da Mulher, resolvemos incluir esse plano na nossa prática”, comenta a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da unidade, Flávia Chiquetti Goulart.

Assim, por volta das trinta e seis semanas de gestação, as gestantes

“As gestantes se sentem mais seguras e chegam no hospital já tendo uma noção maior do parto, se empoderando desse momento”

UBS. Porém, como algumas possuíam poucas gestantes, os profissionais resolveram juntar esforços e realizar encontros à nível municipal, para todas as mães da rede. Assim, com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Curso de Gestantes de Urussanga vem sendo promovido semestralmente há cerca de três anos, em paralelo aos grupos das unidades.

No último ano, aproximadamente 40 pessoas participaram do curso, entre profissionais da saúde e gestantes de todo o município. A dinâmica das reuniões vem agradando o público: são cerca de sete encontros, sempre com a presença de dois profissionais, que podem ser das unidades ou convidados. Os temas abordados englobam desde o parto humanizado, a amamentação, os primeiros cuidados com o bebê, aspectos psicológicos da gestante, entre outros. As par-



da Guarda do Cubatão montam um documento com informações como o tipo de parto, quem será o acompanhante, etc. A médica Fernanda Lazzari explica que o plano é um planejamento mínimo que a mãe leva para a maternidade no dia do nascimento e usa para conversar com a equipe que vai assisti-la. Segundo a profissional, a vantagem é que a mulher vai mais preparada para o que pode acontecer no hospital, pra não gerar maiores frustrações e também pra mostrar para a equipe da maternidade aquilo que ela deseja.

Essas estratégias de diálogo, como os planos de parto, são fundamentais principalmente porque a mulher é assistida por equipes diferentes na AB e na Atenção Hospitalar, com protocolos distintos. Para a enfermeira Flávia, os benefícios dessa articulação entre os dois níveis de atenção impactam diretamente na sua rotina profissional: “hoje eu me sinto muito mais confiante de estar referenciando essa gestante para a maternidade do Hospital Regional de São José, pois passei a conhecer quais são as atividades deles e também o que

chega lá de nós, que podemos estar melhorando, nesse intercâmbio entre profissionais da saúde”.

Segundo a enfermeira Ramona, da unidade do Saco Grande, em Florianópolis, os profissionais precisam conhecer os dois tipos de serviço e entender os protocolos de ambos os atendimentos. “Quem trabalha na parte de obstetrícia do hospital tem que conhecer como funciona o pré-natal na AB, porque é onde a maioria das gestantes está realizando essa etapa. O que adianta a gente trabalhar para elaborar um plano de parto, e quando a gestante chega no hospital, o plantonista do dia nem imagina o que é aquilo?”, reforça.

O diálogo entre profissionais

O uso dos planos de parto pelas gestantes da Guarda do Cubatão é apenas um exemplo das práticas que podem ser construídas em conjunto pelas equipes da AB com a Atenção Hospitalar. Esse diálogo é fundamental, pois durante nove meses a futura mãe desenvolve uma relação de confiança com o profissional da AB que não pode ser quebrada no momento do parto.

Uma grande propulsora desse diálogo deve ser a Rede Cegonha, como ocorreu em Palhoça. Segundo dados do Ministério da Saúde, essa rede de cuidados está sendo implementada para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Flávia explica que a aproximação entre os profissionais da AB começou quando a Rede Cegonha contactou a Coordenação de Saúde da Mulher do município e chamou os enfermeiros de todas as unidades para uma reunião com o pessoal da maternidade do Hospital Regional de São José. “Foi a partir disso que começamos a ter esse entrosamento, a ver o envolvimento deles para trabalhar o parto humanizado”.

A Rede Cegonha também auxiliou, através de capacitações, na educação dos profissionais da AB sobre o parto normal. Flávia, que fez cesariana quando teve suas filhas, comenta que se sentia insegura para trabalhar essa temática com as gestantes. “Depois que eu fiz a capacitação, eu saí de lá com outra visão sobre o parto normal. Após fazer o curso, eu cheguei em casa e fui assistir a um parto normal humanizado com a minha filha de oito anos e depois até comentei com as minhas colegas: ‘olha, eu não consegui ter essa mentalidade sobre o parto à tempo, mas eu tenho duas meninas e eu vou batalhar pra construir isso com elas’, comenta orgulhosa.

São mudanças de pensamento assim que ajudam a desnaturalizar o número exagerado de cesáreas

Direcionando investimentos

Além da participação efetiva da equipe, um pré-natal de qualidade não se faz sem investimento. Quem encontrou uma boa alternativa para superar esse ponto foram os profissionais do município de Vidal Ramos, onde o recurso conquistado pelas equipes de saúde através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) retorna para os usuários por meio de atividades coletivas de promoção e prevenção realizadas pela AB diretamente com a população, principalmente os grupos de gestantes. Isso significa recurso garantido para

o grupo de gestantes Roda Materna, destinado para compra de materiais educativos, como folders e cartilhas, materiais personalizados para os grupos como bonés, camisetas, kits gestante (com bolsa, fraldas, itens de higiene, roupas infantis, etc), além de recursos para uma assistência mais qualificada (fisioterapia, educador físico, psicologia).

Essa estratégia mostra a importância da gestão estar conectada e interagindo com os profissionais para identificar a prioridade de investimento dos recursos públicos, como o caso do PMAQ.

que ocorrem no país. Para a médica Fernanda Lazzari está tudo interligado: a educação e o diálogo entre as diferentes áreas dará mais confiança para o profissional indicar o parto normal, e a gestante, por sua vez, se sentirá mais segura para optar por ele. “Em outros países, com taxa de cesárea dentro do esperado, o que acontece é que, mesmo os profissionais da AB e da atenção Hospitalar sendo distintos, a língua falada no pré-natal é a mesma que chega na maternidade, não tem discrepância. Acho que esse é o grande nó no Brasil e podemos mudar essa realidade através da educação, da troca entre profissionais e também mudanças políticas maiores, como começam a ocorrer”, conclui a médica.

O retorno para a AB

A responsabilidade da AB não termina quando a gestante é encaminhada para a Atenção Hospitalar. Uma vez realizado o pré-natal e o parto, é preciso garantir o retorno da puérpera e do bebê para a atenção primária. Esse é o objetivo do programa “Acolher ao Nascer”, estratégia de acolhimento realizada há cerca de oito anos pela Secretaria de Saúde de Palhoça.

O programa surgiu pela necessidade de dar continuidade ao vínculo da mãe com a unidade de saúde, explica a coordenadora de Saúde da Criança, Andréia de Brito Fernandes Vieira. Para isso, a técnica de enfermagem da Secretaria de Saúde, Adriana Lamim, visita as maternidades públicas pactuadas todos os dias. “Eu chego no quarto das mães sorrindo e digo: ‘bom dia! Como vocês estão, passaram bem?’, ou seja, tem que acolher já no momento do quarto”, reforça Adriana,

ANTES DA GESTAÇÃO

Avaliação pré-concepcional e planejamento familiar

- Introdução do ácido fólico até 3 meses de gestação



IDENTIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO:

. Acolhimento: garantia de um atendimento integral

- O cuidado se dá por iniciativa da gestante e/ou da equipe: articulação intersetorial, interdisciplinar e dinâmica com corresponsabilidade

UBS <-> gestante <-> domicílio

O QUE TODO PROFISSIONAL PRECISA SABER

- O Pré-natal é o principal indicador de prognóstico ao nascimento

- Trimestres gestacionais: 1° - até a 12ª semana / 2° - 13ª até 24ª semana / 3° - a partir da 24ª semana até o final

- São realizadas no mínimo seis consultas, alternando médico e enfermeiro. É importante levar em conta a classificação de risco (processo dinâmico que deve ser durante toda a gestação, não com foco em diagnóstico, mas sim nas prioridades clínicas).

CONFIRMA GESTAÇÃO: agenda consulta

. Atraso menstrual de mais de 15 dias até 12 semanas:

- Teste rápido de gravidez
- Teste Imunológico de Gravidez (TIG)

. Atraso de 10 a 13 semanas: exame ultrassonográfico



TODAS AS CONSULTAS:

- . Calcular a idade gestacional e avaliar riscos
 - . Anamnese e exame físico (detalhados na primeira consulta e depois sucintos, complementares e direcionados)
- . Atualizar Prontuário e Cartão da Gestante, e agendar próximas atividades.

PÓS-PARTO:

- . Visita domiciliar para avaliação da puérpera e RN pela equipe na 1ª semana (antes dos sete dias)
- . Consulta puerpério até 42ª semana pós- parto



ACOMPANHAMENTO DO PARTO:

- . Contato prévio da AB com o serviço e conhecimento pela gestante

- Realizar a consulta com dentista e com outros profissionais ABS/NASF conforme a necessidade.

- Atividades educativas em toda a gestação
- Visitas domiciliares conforme necessidade – especialmente no último mês de gestação e primeira semana pós-parto
- Eficiência na referência e contra referência.
- Incluir o parceiro(a) em todo o processo

- Batimentos cardíaco-fetais (BCF):
 - ouve com sonar a partir de 12 semanas
 - ouve com Pinard a partir de 20 semanas

- Movimentos fetais
 - percepção a partir de 18-20 semanas

DEMAIS CONSULTAS:



- . Avaliar resultados dos exames, evolução e controle da gestante/feto
- . Prescrição de ferro e outras medicações necessárias
- . Orientações alimentares, sobre aleitamento e parto

PRIMEIRA CONSULTA:

- . SisPreNatal ou Sistema de Saúde Informatizado
- . Verificar vacinas e orientar se houver necessidade de atualização
- . Solicitar de exames de rotina (1ª consulta ou 1º trimestre) e realizar testes rápidos
- . Orientar sobre consultas, visitas domiciliares, atividades educativas
- . Prescrição ácido fólico (indicado até 3 meses de gestação)

que assiste uma média de quarenta puérperas por semana apenas no Hospital Regional de São José, o mais procurado pelas gestantes de Palhoça.

Além de dar as boas-vindas, o objetivo de Adriana é identificar, orientar e encaminhar as puérperas para a UBS de seu território. Por isso, cada gestante preenche uma ficha de cadastro e também recebe uma “bolsinha” com itens como massageador bucal, pomada para assadura, termômetro e outros. Os brindes vêm acompanhados de orientações sobre os cuidados gerais com a mãe e com o bebê.

A atribuição da técnica Adriana continua quando chega à secretaria, onde a profissional digitaliza as informações cadastrais e faz o controle dos nascimentos (dia, local, se houve alguma intercorrência). Esses dados são repassados por telefone para a equipe de enfermagem do território ao qual a gestante pertence. Assim, é agendada a primeira consulta do bebê dentro de, no máximo, uma semana.

Quem faz questão de realizar essa primeira consulta com as gestantes da sua área é a enfermeira Flávia, da Guarda do Cubatão. Para ela, esse é o momento em que o profissional consegue fortalecer suas orientações, porque quando as dicas são repassadas durante o pré-natal, muitas vezes a mulher não absorve, já que não é a sua dificuldade no momento. “Eu gosto de ir à visita mesmo, porque lá eu consigo atingir esses anseios da gestante. Procuro observar a mamada, oriento a higiene do cordão umbilical, etc”. Ao sair da primeira visita, Flávia deixa marcada a data da consulta de retorno dos 30 dias com o médico da unidade.



Os resultados alcançados

De janeiro até o começo de setembro, cerca de 860 bebês foram atendidos pelo programa “Acolher ao nascer” e retornaram para as 34 eSF do município de Palhoça. Esse grande número de recém-nascidos voltando para a AB facilita a continuidade de programas que promovem uma boa qualidade à saúde da criança.

Quando o bebê faz o teste do pezinho, por exemplo, os profissionais aproveitam para realizar o cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e para fazer o diagnóstico do seu estado nutricional e monitorar o seu tipo de alimentação. Segundo a coordenadora de Saúde da Criança Andréia, essa estratégia está ajudando no controle da mortalidade infantil no município. “A secretaria disponibiliza mensalmente para as unidades o estado nutricional dos bebês e conta com a orientação dos nutricionistas do NASF que avaliam qual a melhor estratégia para contornar os índices ruins, como a realização de grupos, etc”, explica.

Para a coordenadora, duas coi-

sas são fundamentais para o sucesso desse plano: a cobrança do gestor e a comunicação entre os profissionais da saúde. “Nós passamos a mostrar o resultado desse trabalho de cadastro, ou seja, trazer o feedback da secretaria para a AB é muito importante!”, destaca. A consequência é que todas as unidades de Palhoça realizam as ações propostas pelo SISVAN hoje.

Os resultados no cuidado com a criança são apenas mais um reflexo da evolução de todo trabalho iniciado desde o pré-natal. Nos seus três anos de trabalho com a AB, Flávia diz que percebeu uma grande melhora no trabalho com o pré-natal: na questão do vínculo com a maternidade, de deixar a mulher satisfeita, de um melhor atendimento. “Isso é gratificante, é daí que vem a minha vontade e a minha adoração por trabalhar na AB”, comenta. Mas não é só ela que está satisfeita com o pré-natal no SUS, a enfermeira Ramona também garante: “com o próximo filho, farei tudo igual: o pré-natal é na AB!”

A Rede Cegonha no Estado

Para auxiliar na construção de um pré-natal de qualidade como o vivenciado por Ramona, o Ministério da Saúde lançou em março de 2011 (portaria MS/GM nº 1.459/2011) a Rede Cegonha, que tem por finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. Desde agosto de 2013, todas as dezesseis regiões de saúde de Santa Catarina (SC) participam da Rede Cegonha, com responsabilidade de gestão da AB (pré-natal, pelo cuidado ao puerpério e pela atenção à saúde da criança) e da atenção hospitalar (parto e internação quando há

intercorrências). Uma região pactuada assume o compromisso de atingir os objetivos da Rede: reduzir mortalidade, ampliar a qualidade e a resolutividade dos serviços e trabalhar em forma de rede.

A coordenadora da Rede Cego-

“Em todo o Estado, as pessoas estão trabalhando em rede para rediscutir o modelo de atenção”

nha no Estado, Carmem Delziovo, explica que após a aprovação do plano, os serviços que já funcionam passam a fazer parte da Rede Cegonha e aqueles que ainda não existem iniciam o processo de construção. Nessa lógica, a AB é o pilar da Rede e tem um papel fundamental na sua implantação, pois os serviços referentes ao pré-natal já fazem parte da rotina dos profissionais das unidades. “Mas a adesão à rede, além de potencializar as ações já ofertadas, acrescentou a reflexão sobre o processo e a qualidade e amplitude dos serviços, apontando algumas estratégias para alcançar melhores resultados”, conclui Carmem.

A partir desses resultados, as características da AB começam a se reconfigurar no Estado. A Rede Cegonha potencializou, por exemplo, a discussão sobre vinculação, uma vez que toda mulher que faz o pré-natal precisa saber onde realizará o parto, no objetivo de evitar a peregrinação a diferentes serviços. Essa questão está intimamente associada a outro fator que vem mudando em SC: a discussão das práticas a partir do contato e da interlocução entre atenção primária

Dicas!

Se você se interessou e quer saber mais sobre o pré-natal na AB, confira nosso acervo (saiba como acessar em <https://goo.gl/8vSaLM>) e busque as webconferências sobre o assunto:

- 1) **Classificação de risco gestacional no Pré-natal**, com Roxana Knobel;
- 2) **Triagem Neonatal (“Teste do Pezinho”)**, com Marilza Leal Nascimento
- 3) **O pré-natal de gestantes de médio e alto risco na APS**, com Roxana Knobel;
- 4) **Pré-natal baixo risco**, com Camila Boff;
- 5) **Yoga na gestação**, com Amanda Faqueti;
- 6) **Coleta de preventivo – demonstração do procedimento**, com Carla Filippin;
- 7) **APS e o resgate da autonomia da mulher no parto**, com Halana Faria;
- 8) **Rede Cegonha**, com Carmem Delziovo;
- 9) **Indicadores de Monitoramento de Saúde da Mulher**, com Carmem Delziovo.



e hospitalar, construindo reflexões juntas. Nesse sentido, Carmem destaca que a principal conquista da Rede é abrir um canal de comunicação entre os serviços, municípios e Estado, chegando a um diagnóstico de onde é preciso melhorar. Segundo ela, “são movimentos que todo o Estado está promovendo e que não são consequência de uma única ação e nem de uma entidade, mas de pessoas trabalhando em rede para rediscutir o modelo de atenção – e isso é o que nós temos de melhor!”

Além disso, outras mobilizações promovidas pela Rede Cegonha são a regionalização, com os territórios se reconhecendo como regiões de saúde; a implantação das centrais de regulação de leitos; a adesão aos testes rápidos, que passaram a ser ampliados para toda a

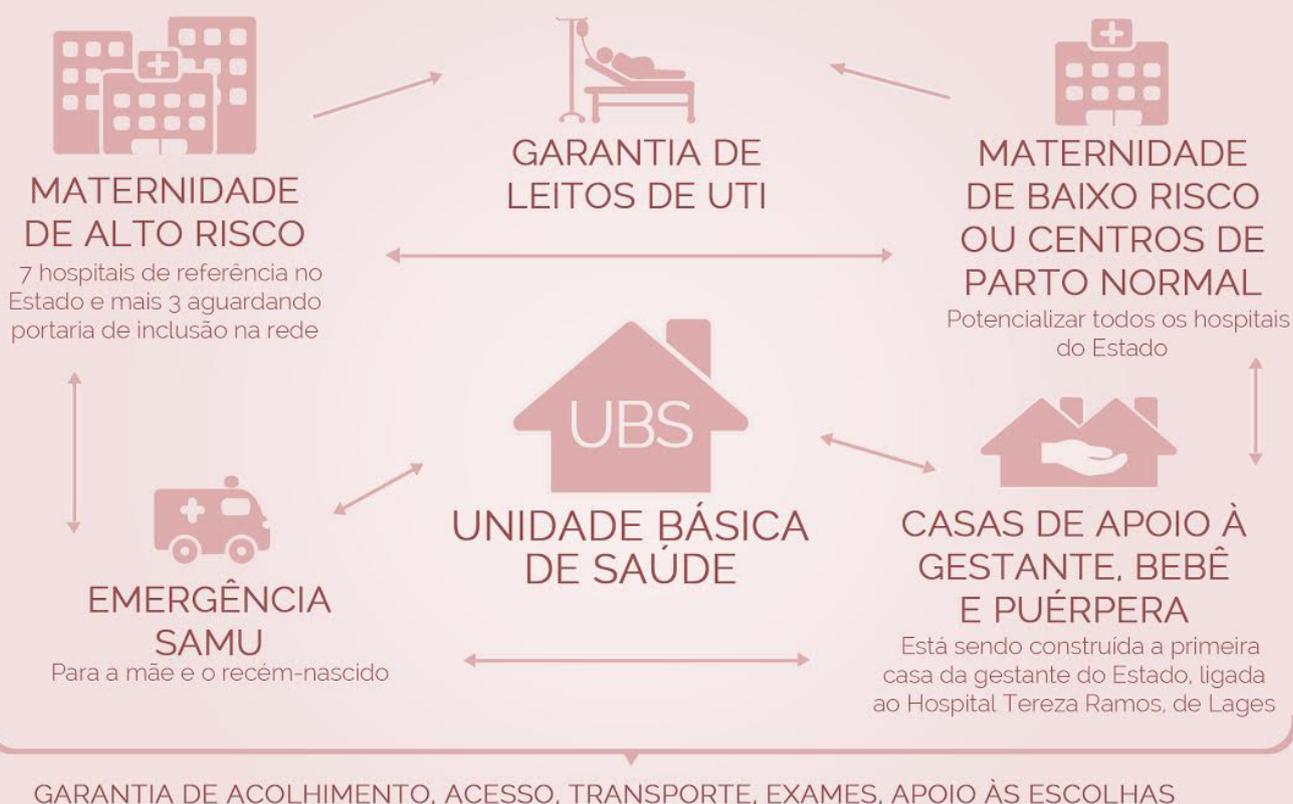
rede; e a realização dos fóruns perinatais, encontros nos quais diversas entidades, grupos e movimentos ligados ao parto participam da discussão dos processos de trabalho e da garantia de acesso na rede.

Com essas mudanças já alcançadas, a Rede Cegonha foca duas prioridades: a implantação dos Comitês Regionais de Vigilância do Óbito, presentes em 70% das regiões de saúde e que visam descobrir a causalidade das mortes e trabalhar em cima desses indicadores; e a discussão do modelo de atenção ao parto, que envolve a questão do parto normal e também da garantia do acompanhante. Um exemplo bastante significativo é a taxa de cesariana acima de 60% no Estado. “Dependendo da região de saúde, esse número está em 80% e, em alguns municípios, até mesmo 100%.

Isso traz uma reflexão para a AB porque ela é responsável pelo território”, reforça a coordenadora.

O maior obstáculo para melhorar esse quadro é garantir acesso, resolutividade e qualidade em todos os serviços. Para Carmem, as maneiras de superá-lo são inúmeras: as regiões e as unidades de saúde precisam olhar para o seu diagnóstico e apontar as falhas, fazer a interlocução em rede de serviços e a discussão da necessidade de melhoria e de mudança. A coordenadora conclui que é necessário trazer para a reflexão que o centro da rede é o usuário e a sua necessidade, e assim tudo se organizará para a melhor assistência a ele: “um serviço deixa de ser mais importante que o outro, é horizontal. Temos o grande desafio de construir essa visão.”

Conheça a estrutura da Rede Cegonha





click!



Vamos passear?!

A equipe do Telessaúde realizou uma trilha em Florianópolis e agora traz dicas para você aproveitar as belezas naturais da sua região

Domingo de sol, temperatura agradável e céu azul. O dia estava perfeito e os profissionais do Telessaúde empolgados para fazer a Trilha das Piscinas Naturais, na Praia Barra da Lagoa, leste de Florianópolis.

Foram cerca de trinta minutos de caminhada em meio à Mata Atlântica, que nos presenteou com inúmeras surpresas ao longo da trilha. Acompanhe nossa aventura e se inspire para buscar as belezas naturais que estão ao seu redor!





Antes de começar a trilha, fizemos um alongamento por uns dez minutos. Segundo a profissional de educação física Lisandra Souza, é necessário alongar também após terminar a trilha, principalmente os membros inferiores, pois isso faz com que a musculatura exigida durante a caminhada relaxe, diminuindo as dores musculares no dia posterior.



Logo no começo da nossa caminhada, percebemos placas alertando para não sujar a trilha. Pensando nisso, todos levamos mochilas e guardamos nosso lixo para não deixar resíduos na natureza.





click!

Dica!

Antes de fazer uma trilha, atente para algumas dicas:

- O grau de dificuldade, duração e rota;
- Encontre uma companhia, não é aconselhável fazer trilhas sozinho;
- Caso vá sozinho, avise parentes e/ou amigos do seu destino;
- Respeite seu corpo, pois o cansaço pode causar acidentes;
- Mantenha-se unido ao grupo e respeite o ritmo dos companheiros;
- Mochila nas costas com apenas o necessário: água, barrinhas, frutas, kit de primeiro socorros, máquina fotográfica;
- Calçado confortável, de preferência que não tenha solado liso, não seja novo e que não sejam sandálias;
- Deixe o ambiente como você o encontrou.



Após alguns minutos de caminhada, a paisagem recebia os contornos da Mata Atlântica. Se você também gosta de natureza, junte seus amigos e aproveite para desbravar a zona rural do seu município. Rios, cachoeiras, trilhas e cânions fazem parte das belezas do ecoturismo catarinense, e podem estar mais próximos do que você imagina!





Se você gostou da ideia, os sites abaixo podem ajudar a escolher o melhor roteiro de acordo com o seu gosto. Bom passeio!

- 1) [Secretaria de Turismo de SC*](#)
- 2) [Rota dos Cânions no Estado](#)
- 3) [Bela Santa Catarina](#)
- 4) [Ecoturismo](#)

* Clique nos nomes para acessar

O ponto final da nossa trilha foi a chegada às piscinas naturais da Barra da Lagoa. Aproveitamos a vista para fazer um lanche e descansar para a volta.

Ao fim, nossa manhã foi completa: praticamos um exercício físico, aproveitamos a companhia dos colegas e conhecemos um lugar incrível. A lição que ficou dessa experiência é simples: precisamos repetir mais vezes!





PERGUNTA DESTAQUE:

atendimento odontológico de crianças

O atendimento odontológico às crianças e adolescentes deve ser realizado, necessariamente, com a autorização dos pais ou responsáveis?

Para o atendimento odontológico a pacientes menores de dezoito anos é imprescindível a autorização dos pais ou responsáveis. No caso de adolescentes a presença do responsável durante a consulta é dispensável, ou seja, pode ser atendido sem o responsável por perto, mas desde que previamente autorizados.^{1,2}

O Código de Ética Odontológica², no Capítulo V - Do Relacionamento com o Paciente, inciso X, aponta como "infração ética iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência".

Em relação ao atendimento odontológico de menores de idade em ambiente escolar, deve ser realizado mediante autorização dos pais, por escrito e assinada. Uma sugestão é imprimir as autorizações de atendimento e deixá-las na escola para que os pais assinem já no momento da matrícula da criança/adolescente.

É importante observar que ações preventivas e educativas na área da saúde podem e devem ser realizadas no ambiente escolar. O Estatuto

da Criança e do Adolescente³ traz no Art. 14 que "O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos". O Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde⁴ classifica ações preventivas de saúde bucal como essenciais para escolares de todas as faixas etárias. Desta forma, as equipes de Saúde Bucal (ESB) e Saúde da Família (ESF) devem se organizar para realizar ações educativas e preventivas para escolares de todas as idades, sendo que para menores de 18 anos, é necessária a autorização por escrito dos pais ou responsáveis.

É importante que a equipe de saúde e a direção da escola informem pais e responsáveis sobre a importância das ações odontológicas educativas e preventivas, (como exames bucais, escovação, aplicação de flúor e revelação de placa) e, atendimento curativo para a prevenção e tratamento das doenças e manutenção da saúde. A ESB pode participar de reuniões de pais na escola, para apresentar os profissionais e realizar as orientações necessárias. Estes esclarecimentos são fundamentais para que as famílias possam compreender as ações, autorizar a realização das mesmas e participar no processo de educação em



saúde. Mas caso algum pai não aceite que as atividades preventivas e curativas sejam realizadas em seus filhos, é preciso acatar e respeitar sua decisão.

Ações intersetoriais que envolvem o trabalho articulado entre ESF e escolas são fundamentais para a garantia da promoção da saúde e prevenção de doenças. Deve-se garantir, entretanto, que estas ações sejam realizadas dentro de um amparo legal, com ciência e participação de todos os envolvidos.

Evidências e referências

1 - PROCURADORIA JURÍDICA DO CRO-SC. Atendimento odontológico a menores de idade. [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <manoela.lnr@gmail.com> em 21 de Novembro de 2014.

2 - CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código De Ética Odontológica. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012.

3 - BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad24.pdf

Profissional solicitante: Cirurgião-Dentista

Categoria da Evidência: D

Descritores DeCS: Saúde Bucal. Promoção da

Saúde. Saúde na Escola

Descritores CIAP2: A62

Responsabilidade/Autor: Equipe Telessaúde SC



PERGUNTA DESTAQUE:

enurese noturna primária em crianças

Quais os tratamentos para enurese noturna primária em crianças com mais 5 anos de idade?

Conhecer o funcionamento da família da qual a criança faz parte, bem como outros aspectos de seu contexto social, é parte fundamental da investigação e do manejo dos casos de enurese, pois as causas psíquicas são fatores preponderantes à ocorrência desse problema. Isto é particularmente verdadeiro quando já foram descartadas, através de uma abordagem inicial pautada em anamnese, exame físico e exames complementares relativamente simples, algumas condições orgânicas que também cursam com perda urinária¹.

O diagnóstico de enurese é definido pela ocorrência repetida de perda urinária na cama ou na roupa, de modo involuntário ou intencional, tanto à noite quanto de dia, em crianças após os 5 anos de idade, quando causas físicas para o sintoma foram excluídas. A prevalência de indivíduos enuréticos varia de 10 a 15% na população pediátrica, acometendo mais comumente os meninos. A maioria dos casos de enurese se resolve espontaneamente na puberdade; desta forma, um dos primeiros passos no tratamento é procurar tranquilizar a família. Também é importante não culpar a criança que sofre com o problema¹.

Executar uma abordagem sob a perspectiva da medicina tradicional, visando apenas resolver

o sintoma da criança enurética, significa utilizar, inicialmente, intervenções comportamentais simples, como o retreinamento e o aconselhamento motivacional¹. Estas técnicas incluem, por exemplo, limitação de líquidos após o jantar, micções diurnas regulares (no máximo a cada três horas), esvaziamento vesical antes de dormir e reforço positivo pelas noites

“Conhecer o funcionamento da família da qual a criança faz parte, bem como de outros aspectos de seu contexto social, é uma parte fundamental da investigação”

em que a criança consegue manter a cama seca^{2,3}.

Ainda na abordagem tradicional, os dispositivos de alarme são considerados a primeira linha de tratamento nesse tipo de abordagem quando as intervenções comportamentais falharam¹. Tais dispositivos são afixados ao pijama da criança, emitindo um alarme sonoro quando ocorre a micção. Baseiam-se no princípio

de alertar e sensibilizar a criança a responder prontamente à sensação de bexiga cheia durante o sono, transformando o reflexo miccional em reflexo de inibição da micção, bem como estimulando o paciente a acordar para urinar no banheiro^{2,3}.

Reservada como última opção na linha tradicional de tratamento da enurese, a farmacoterapia estaria indicada quando nenhuma das medidas anteriores obtive êxito; os medicamentos que demonstraram alguma eficácia sobre a enurese são a imipramina (droga de primeira escolha, mas de uso restrito a crianças com idade maior que 6 anos) e a desmopressina¹. A eficácia parece ser maior quando a farmacoterapia é associada às técnicas anteriormente mencionadas^{2,3,4}.

Para promover uma abordagem integral, que não se limita a suprimir o sintoma da criança, é preciso entender o significado da enurese noturna à luz de outras perspectivas, agregando-as ao tratamento. A psicanálise, por exemplo, entende que, embora sejam desejos inconscientes e incestuosos, todos os meninos têm um desejo centrífugo em seu pênis e todas as meninas têm um desejo centrípeto na vulva: o desejo da penetração do pênis. A partir desta compreensão, em uma das possíveis interpretações para a enurese noturna, ela estaria ligada à desvalorização da sexualização (o termo sexualização pode ser entendido como as manifestações



inconscientes primárias do desenvolvimento da sexualidade humana, que ocorrem durante a infância)⁵. Assim, pode ocorrer em crianças oprimidas de tocar o próprio sexo. À noite, quando a sexualidade barrada o dia inteiro volta a ganhar sua importância, essas crianças urinam na cama⁵. Como as proibições opressoras mencionadas geralmente partem dos pais, não é difícil perceber que são os progenitores, não os filhos, quem costumam precisar de tratamento psicológico nesses casos. A escuta atenta da fala dos pais, em grande parte das vezes, revelará a origem do problema, potencializando mudanças de atitude em prol das crianças.

A necessidade de urinar está muitas vezes relacionada a determinadas situações em que uma pessoa encontra-se psicologicamente pressionada, fato constatado

nas situações em que alguém “molha as calças de tanto medo”. Sob a ótica psicossomática, entende-se que a pressão, inicialmente sentida pela psique, é empurrada para baixo, até a bexiga, onde então é materializada como pressão física. Na criança submetida durante o dia todo a um tipo excessivo de tensão, de tal forma que não consiga se descontraír ou se defender, ou ainda expressar seus desejos, a enurese noturna soluciona dois problemas de uma só vez: concretiza a descontração como uma reação à pressão vivida e, ao

“A escuta atenta da fala dos pais, em grande parte das vezes, revelará a origem do problema”



mesmo tempo, oferece a chance de condenar pais prepotentes a um desamparo completo. Através desse sintoma específico, a criança é capaz de se livrar de todos os tipos de pressão que sofreu durante o dia⁶.

Portanto, também como forma de prevenção e tratamento da enurese, o profissional de saúde que lida com crianças pode estimular os pais a proverem a elas

suficiente autonomia em todas as atividades ligadas às suas necessidades e aos desejos inerentes à infância, desde que estes não entrem diretamente a liberdade de ação do outro. Neste prisma, a criança precisa ser livre para explorar o próprio corpo e entender suas partes sexuais, pois isto é de extrema importância para que ela se torne um adulto sexualmente saudável no futuro. O respeito à autonomia a ao livre jogo dos desejos é representado pelas atividades que a criança é estimulada a fazer sozinha, por exemplo, vestir-se,

escolher suas roupas, pentear-se e servir-se na mesa, além de ter um canto pessoal para suas roupas e brinquedos⁵.

Evidências e referências

1 - Zavaschi MLS, Costa F, Lorenzon SF, Netto MS. Saúde Mental da Criança. In: Duncan BB, et al., organizadores. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 193-208.

2 - Sociedade Brasileira de Urologia. Enurese: Diagnóstico e Tratamento. Projeto diretrizes, 2006. Disponível em http://projetoDiretrizes.org.br/6_volume/18-EnureseDiagTrat.pdf [acesso 03 de nov de 2014].

3 - Ramakrishnan K. Evaluation and Treatment of Enuresis. Am Fam Physician. 2008;78(4):489-496. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2008/0815/p489.html> [acesso 19 de nov de 2014].

4 - Bersusa AAS, Toma TS, Bonfim JRA. Síntese de provas científicas sobre tratamento de enurese noturna em crianças com 5 anos de idade ou mais: comunicado técnico científico. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 12p. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-em-geral/sintese_de_provas_cientificas_sobre_tratamento_de_enurese_noturna_em_crianças_com_5_anos_de_idade_ou_mais.pdf [acesso 03 de nov de 2014].

5 - Dolto, F. Seminário de psicanálise em crianças. 1a ed. São Paulo: wmfmartinsfontes; 2013.

6 - Dethlefsen T, Dahlke R. A Doença Como Caminho: Uma nova visão de cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. 17a ed. São Paulo: Cultrix; 2012.

Categoria da Evidência:

Grau de Recomendação:

•Eficácia do reforço positivos isoladamente é de 20% (A)¹.

•Micção noturna programada pode ter sucesso de até 100% dos casos, em associação com uso do alarme (A) (D)¹.

•Sucesso da terapia motivacional isoladamente é de 25% (A)¹.

•Falha inicial do alarme noturno não impede o sucesso com a repetição do tratamento, e a associação com terapia comportamental parece assegurar resultados mais consistentes¹ (A)(B)(D).

Profissional solicitante: Médico

Descritores DeCS: Enurese Noturna, Atenção Primária à Saúde.

CIAP 2: P12

CID 10: F98.0



Dicas

Eventos

Nos dias 22 e 23 de outubro de 2015 será realizado o VII Encontro Catarinense de Gerontologia e o II Seminário sobre Envelhecimento e Institucionalização. O evento, sediado em Florianópolis, visa apresentar e discutir políticas públicas para idosos, debater experiências na área da Gerontologia, além de capacitar os profissionais a prestarem uma assistência qualificada, entre outros objetivos. As vagas são limitadas e para mais informações sobre a inscrição e a programação, acesse o [site](#) (clique para abrir) ou a página do [Facebook](#). Participe!



Quando: 22 e 23 de outubro

Onde: Florianópolis

Mais informações:

<http://encontrocatarinensedegerontologia.blogspot.com.br/>

Viagens

Praia Grande (SC)

O município localizado no Sul de Santa Catarina destaca-se pelo turismo rural, com inúmeros rios, trilhas e cachoeiras. O principal atrativo da região vai para os belíssimos cânions, entre eles Itaimbezinho (ao lado), e Malacara. O município também é cortado por dois grandes parques: o [Parque Nacional de Aparados da Serra](#) e o [Parque Nacional da Serra Geral](#).



Corupá (SC)

Um vale rodeado de quedas d'água e de Mata Atlântica, situado aos pés da Serra do Mar, no Planalto Norte do Estado. Estamos falando de Corupá, cidade que se destaca pela [Rota das Cachoeiras](#), um percurso de 2.950 metros que passa por 14 belíssimas cachoeiras, finalizando na queda chamada [Salto Grande](#), com 125 metros de altura (ao lado).

Filme



Que horas ela volta?

“Que horas ela volta?” é o filme que representará o Brasil na categoria de melhor filme estrangeiro no Oscar de 2016. O longa, escrito e dirigido por Anna Muylaert, critica as desigualdades da sociedade brasileira a partir da relação entre uma empregada doméstica e seus patrões de classe média. A atriz Regina Casé se destaca no papel da pernambucana Val, que deixa a terra natal para ir trabalhar em São Paulo. Treze anos depois, sua filha Jéssica vai para a capital prestar vestibular e fica na casa dos chefes da mãe. É nesse momento, quando Jéssica deixa de seguir os protocolos e começa a circular pela casa, além dos “lugares de empregada”, que os preconceitos são desmascarados. Sucesso também no exterior, o filme é “socialmente consciente e profundamente reflexivo, não apenas sobre o Brasil, mas sobre as estruturas sociais ao redor do mundo”, segundo análise do site IndieWire. Veja o trailer: www.youtube.com/watch?v=Dffs46VCJ_g



PROGRAMAÇÃO DE WEBS

de outubro

Quartas-feiras (15h)

07/10

Como a Atenção Básica pode potencializar o parto normal: evidências científicas x mitos

14/10

Gestão Autônoma de medicação (GAM)

21/10

Terceiro ciclo do PMAQ e a fase de desenvolvimento

28/10

Mulher e tabagismo

Quintas-feiras (15h)

08/10

Hábitos orais: algumas implicações para o desenvolvimento infantil

15/10

Tratamento restaurador atraumático: possibilidades e limites na atenção à saúde bucal

22/10

Saúde da mulher, medicalização e prevenção quaternária

29/10

Violência contra a mulher: estratégias de identificação, abordagens e encaminhamentos

* Cronograma sujeito a alterações

Expediente: Jornalista **Responsável:** Thaine Machado **Texto, redação, diagramação e edição:** José Djalma da Silva Júnior e Thaine Machado **Reportagem fotográfica:** José Djalma da Silva Júnior e Thaine Machado **Teleconsultorias:** Bruno Guimarães Tannus, Manoela de Leon Nobrega Reses, Siegrid Kurzawa Zwiener dos Santos e Thaís Titon de Souza **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny, Thaine Machado e Thaís Titon de Souza.



Telessaúde SC Informa

acesse todas as edições no nosso site
<http://telessaude.sc.gov.br>