



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

ANDRÉ RIBEIRO DE HOLANDA

**“PERFIL DA MÃE ALTAMIRENSE: O RETRATO DA MULHER NO CICLO
GRAVÍDICO PUERPERAL”**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

ANDRÉ RIBEIRO DE HOLANDA

**“PERFIL DA MÃE ALTAMIRENSE: O RETRATO DA MULHER NO CICLO
GRAVÍDICO PUERPERAL”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de
Altamira, como requisito parcial para a obtenção
de grau de Bacharelado em Medicina.

Orientadora: **Msc. Ilka Lorena de O. Farias**
Co-Orientador: **Dr. Felipe Rodolfo P. da Silva**

ANDRÉ RIBEIRO DE HOLANDA

“PERFIL DA MÃE ALTAMIRENSE: O RETRATO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL”

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de Altamira, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

Orientadora: **Msc. Ilka Lorena de O. Farias**
Co-Orientador: **Dr. Felipe Rodolfo P. da Silva**

BANCA EXAMINADORA

<hr/> <p>Prof.^a. Msc. ILKA LORENA DE O. FARIAS Orientadora – UFPA</p>	<table border="1"><thead><tr><th>NOTA</th><th>DATA</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	NOTA	DATA		
NOTA	DATA				
<hr/> <p>Prof.^a. Msc. HELANE CONCEIÇÃO DAMASCENO Examinador Interno – UFPA</p>	<table border="1"><thead><tr><th>NOTA</th><th>DATA</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	NOTA	DATA		
NOTA	DATA				
<hr/> <p>Prof.^a. Msc. ROSIANE LUIZ CAVALCANTE Examinador Interno – UFPA</p>	<table border="1"><thead><tr><th>NOTA</th><th>DATA</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	NOTA	DATA		
NOTA	DATA				

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

H722p Holanda, André Ribeiro de.
PERFIL DA MÃE ALTAMIRENSE: O RETRATO DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL / André
Ribeiro de Holanda. — 2023.
XII,43 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. MSc. Ilka Lorena de Oliveira Farias
Coorientador(a): Prof. Dr. Felipe Rodolfo Pereira da Silva
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de
Medicina, Altamira, 2023.

1. Gestante. 2. Pré-Natal. 3. Rede de Atenção. I. Título.

CDD 614.098115

AGRADECIMENTOS

A Deus por conceder os dons de fortaleza para superar as dificuldades durante a realização desta pesquisa e de sabedoria para conduzir contribuições verdadeiras para sociedade.

Aos meus familiares pelo incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações. Em nome de minha mãe Rosangela Ribeiro de Holanda e minha avó Maria José de Holanda que com imenso amor cultivaram o anseio de contribuir para uma sociedade mais justa e ética. E minha irmã Andréia Amanda Ribeiro de Holanda pelo apoio nos momentos desafiadores.

Em memória de meu avô José de Holanda e minha avó Raimunda Ribeiro de Holanda pelo exemplo de dedicação as suas famílias.

Em memória de meu amado pai Irandir José de Holanda por seu amor e apoio incondicional, que sempre acreditou em meu sonho de exercer a ofício da medicina e que não mediu esforço para realizar. Neste momento, agradeço a Deus, por me oferecer cursar medicina em minha terra natal ao lado de meu pai e minha mãe, tendo momento únicos que não apenas marcaram minha história como contribuíram para minha formação.

A minha professora orientador Ilka Lorena de O. Farias pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo de construção da pesquisa e pelo apoio durante as dificuldades.

“É necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida” (FRENK, 2006).

RESUMO

INTRODUÇÃO: É perceptível que a nível nacional-estadual-municipal há uma fragilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, principalmente quando correlacionado aos indicadores de mortalidade materna-infantil. Tal fato, suscitou durante a graduação o questionamento acerca da transformação desta realidade em saúde, tendo em vista que o fortalecimento da Atenção Básica aliado à organização de Redes de Saúde, possibilita uma atenção plena e continuada por meios de protocolos e fluxos assistenciais; norteados as condutas e as orientações profissionais. **OBJETIVO:** Conhecer o perfil da mulher altamirense no ciclo gravídico puerperal assistida na rede municipal de saúde em Altamira-PA. **METODOLOGIA:** Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, de base documental utilizando dados secundários oficiais do Ministério da Saúde (MS) no intervalo de 2013 a 2022, obtidos no banco de dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Notou-se que a assistência ao pré-natal no município de Altamira apresenta fragilidades ao analisar os dados do perfil da mãe altamirense, sendo que idade reprodutiva se encontra na faixa etária dos 20 a 24 anos com 30,24%, com escolaridade em torno 8 a 11 anos representando 49,98%. Também revelou que 56,07% das usuárias estão em relacionamento de união estável e 19,39% estão solteiras. O início do pré-natal no 1º trimestre corresponde 66,56%, contudo ainda assim o início tardio ou ignorado representa 33,44% importante indicador junto com os números de consultas que chegaram a 78,45% da que fazem mais de 4 consultas. Entretanto, apenas 21% das mulheres realizaram até 3 consultas, sendo 7,53% não realizaram nenhuma. Outro ponto de fragilidade é a quantidade de cesarianas realizada em torno de 56%, o que contradiz os dados ao se comparar os grupos de ROBSON em que se destacam do grupo 1 e 3 que juntos 45,6% e o grupo 5 com 20,75% os grupos com maiores chances de parto vaginal. O local de nascimento percebe-se que 97,10% dos partos ocorre em hospitais, sendo apenas 0,82% em aldeamento indígena revelando uma subnotificação dos nascimentos. **CONCLUSÃO:** As ações governamentais devem considerar a gestão um dos pilares fundamentais para assegurar atenção plena e de qualidade a todas as gestantes com criação de medidas que assegurem a adesão a um pré-natal de qualidade e em tempo oportuno. A importância do presente trabalho consiste em iniciar estudos acerca do perfil da mãe altamirense, que contribuía para a criação de protocolos que possam ser utilizados por toda rede assistencial do município de Altamira-PA.

PALAVRA-CHAVE: Gestante, Pré-Natal, Rede de Atenção.

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is noticeable that at the national-state-municipal level there is a weakness in prenatal care, delivery and puerperium, especially when correlated with maternal-infant mortality indicators. This fact raised, during graduation, the questioning about the transformation of this reality in health, considering that the strengthening of Primary Care, combined with the organization of Health Networks, enables full and continuous care by means of protocols and assistance flow; guiding conduct and professional guidelines. **OBJECTIVE:** To know the profile of Altamirense women in the pregnancy and childbirth cycle assisted in the municipal health network in Altamira-PA. **METHODOLOGY:** from a descriptive, retrospective epidemiological study with a quantitative approach, document-based, using official secondary data from the Ministry of Health (MS) from 2013 to 2022, obtained from the database of the Live Births Monitoring Panel of the Integrated Platform of MS Health Surveillance. **RESULTS AND DISCUSSION:** It was noted that prenatal care in the city of Altamira presents weaknesses when analyzing the profile data of the mother from Altamir, and the reproductive age is in the age group of 20 to 24 years old with 30.24%, with schooling around 8 to 11 years representing 49.98%. It also revealed that 56.07% of users are in a stable relationship and 19.39% are single. The start of prenatal care in the 1st trimester corresponds to 66.56%, however, the late or ignored start represents 33.44%, an important indicator along with the numbers of consultations that reached 78.45% of those who make more than 4 consultations. However, only 21% of the women attended up to 3 consultations, with 7.53% having none. Another point of weakness is the number of caesarean sections performed, around 56%, which contradicts the data when comparing the ROBSON groups in which they stand out from group 1 and 3, which together 45.6% and group 5 with 20, 75% groups with a higher chance of vaginal delivery. The place of birth shows that 97.10% of births take place in hospitals, with only 0.82% in indigenous settlements, revealing underreporting of births. **CONCLUSION:** Government actions should consider management as one of the fundamental pillars to ensure full and quality care for all pregnant women, creating measures that ensure adherence to quality prenatal care in a timely manner. The importance of this work is to initiate studies about the profile of the Altamirense mother, which contributed to the creation of protocols that can be used by the entire care network in the municipality of Altamira-PA.

KEYWORDS: Pregnant Women, Prenatal Care, Care Network.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Nascimento por localidade e ano no município de Altamira-PA

TABELA 2 – Nascimento por grupo etário e ano no município de Altamira-PA

TABELA 3 – Nascimento por escolaridade e ano no município de Altamira-PA

TABELA 4 – Nascimento por situação conjugal e ano no município de Altamira-PA

TABELA 5 – Início do pré-natal por trimestre no município de Altamira-PA

TABELA 6 – Nascimento por mês de início do pré-natal e ano no município de Altamira-PA

TABELA 7 – Nascimento por número de consultas de pré-natal e ano no município de Altamira-PA

TABELA 8 – Nascimento por tipo de gestação e ano no município de Altamira-PA

TABELA 9 – Nascimento por tipo de parto e ano no município de Altamira-PA

TABELA 10 – Nascimento por local de ocorrência e ano no município de Altamira-PA

TABELA 11 – Nascimento por grupo de ROBSON e ano no município de Altamira-PA

TABELA 12 – Nascimento por peso de nascimento e ano no município de Altamira-PA

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Nascimento em Altamira por ano no município de Altamira-PA

GRÁFICO 2 – Nascimento por grupo etário e ano no município de Altamira-PA

GRÁFICO 3 – Nascimento por escolaridade materna no município de Altamira-PA

GRÁFICO 4 – Nascimento por situação conjugal no município de Altamira-PA

GRÁFICO 5 – Mês de início do pré-natal no município de Altamira-PA

GRÁFICO 6 – Início do pré-natal por trimestre no município de Altamira-PA

GRÁFICO 7 – Nascimento e número de consultas de pré-natal no município de Altamira-PA

GRÁFICO 8 – Nascimento por tipo de gestação no município de Altamira-PA

GRÁFICO 9 – Nascimento por tipo de parto no município de Altamira-PA

GRÁFICO 10 – Tipo de parto por ano no município de Altamira-PA

GRÁFICO 11 – Nascimento por local de ocorrência no município de Altamira-PA

GRÁFICO 12 – Peso ao nascimento no município de Altamira-PA

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada

APS – Atenção Primária de Saúde

CD – Centro de Apoio Em Diagnóstico

CR – Central de Regulação

FAMED – Faculdade de Medicina

FAPESPA – Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HGA – Hospital Geral de Altamira

HRPT – Hospital Regional Público da Transamazônica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

MM – Morte materna

OCD – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial em Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PIESC – Prática de Integração Ensino, Serviço e Comunidade

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAMI – Rede de Atenção Materna e Infantil

SUS – Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPA – Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA	2
3 OBJETIVOS	3
3.1 OBJETIVO GERAL	3
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	3
4 METODOLOGIA	4
4.1 TIPO DE ESTUDO	4
4.2 COLETA DOS DADOS.....	4
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	4
4.4 ELABORAÇÃO DA NOTA TÉCNICA COM PERFIL DA MÃE ALTAMIRENSE E O FLUXO DA REDE MATERNO INFANTIL EM ALTAMIRA – PARÁ.....	4
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	5
5 REFERENCIAL TEÓRICO	6
5.1 DEFINIÇÃO: PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	6
5.2 EPIDEMIOLOGIA	6
5.3 ESCALA DE ROBSON	8
5.4 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REDE ASSISTENCIAL	9
5.5 PONTOS DA REDE ASSISTENCIAL A GESTANTE E PUÉRPERA DO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA	11
6 RESULTADOS	13
7 DISCUSSÃO	23
8 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE	1

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal, é uma política pública voltada para a saúde do binômio materno-fetal que junto com os diversos políticas de saúde visam assegurar os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, como também asseguram um desfecho favorável para mãe e filho. Dessa forma, Costa e colaboradores (2021), expõem que para a qualidade do pré-natal na Atenção Primária em saúde é necessário manter em equilíbrio ‘um tripé’: (1) infraestrutura adequada; (2) equipes multiprofissionais capacitadas, que (3) adotem processos de trabalho cientificamente estabelecidos, organizados e desenvolvidos para realidade daquela região e população específica levando em consideração suas particularidades. Nesse sentido, é possível observar as dificuldades nos fluxos assistenciais no âmbito materno-infantil.

No Brasil, em 2021, ocorreram mais de 92,5 mil óbitos maternos, ficando acima dos parâmetros estabelecido pela OMS. O Pará, é o Estado com maior índice de mortalidade materna no País, acompanhado pelos seus municípios, como Altamira que teve em 2019 índices de 42,25% de mortalidade materna de acordo com a FAPESPA (2020). Destarte, é fundamental conhecer o perfil das mulheres atendidas durante o ciclo gravídico puerperal no município de Altamira com o objetivo de estabelecer estratégia que possam contribuir favoravelmente para o binômio materno-fetal.

É notório a nível nacional-estadual-municipal uma fragilidade na qualidade do pré-natal, parto e puerpério, principalmente quando correlacionado aos indicadores de mortalidade materna-infantil, junto ao processo de cuidado, intervenções nos fatores de risco, e o estímulo a medidas preventivas. Visto que assistência ao pré-natal quando realizada de acordo com as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde a possibilidade de identificação de infecções, doenças hipertensivas, diabetes e síndromes hemorrágicas – as intercorrências que mais causam internações durante a gravidez – são evitáveis em 90% dos casos (SOUZA *et al*, 2022).

Por conseguinte, Costa e colaboradores (2021) menciona o fortalecimento da Atenção Básica aliado à organização de Redes de Saúde, nos quais o compartilhamento de informações e responsabilidades entre Atenção Primária de Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH), entre outras medidas são imprescindíveis para mudança dessa realidade em saúde. Tendo no conhecimento do profissional e da usuária acerca da organização local da rede assistencial a chave para a prestação de um serviço integral e pleno.

2 JUSTIFICATIVA

A Mortalidade Materna é um grave problema de saúde pública no mundo, como afirma Ruas e Colaboradores (2020), na qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve que complicações da gravidez, parto e pós-parto matam mais de meio milhão de mulheres ao ano em todo o mundo e outros 10 milhões ficam com sequelas das complicações sofridas no ciclo gravídico-puerperal. Seguindo os parâmetros brasileiro, o Pará é o Estado com maior índice de mortalidade materna no País, segundo a FAPESPA (2020), houve um aumento desde de 2015 (63,5%) à 2019 (89,76%).

A realidade paraense é encontrada em seus municípios, como na cidade de Altamira com índices de 42,25% de mortalidade materna em 2019, segundo a FAPESPA. A 10ª Regional de Saúde do estado do Pará está sediada em Altamira como polo e recebe o fluxo de atendimento dos 09 municípios que compõem a região de saúde, sendo estimada uma população de 331.770 habitantes (IBGE 2010). Com isso, compreender o fluxo assistencial e o perfil das usuárias é fundamental para que o gestor possa estabelecer medidas e ações que contribuam para o desenvolvimento pleno e integral de uma gestação.

Assim, ao analisar o perfil da mortalidade materna, os estudos revelam que as principais causas de óbito estão relacionadas aos transtornos hipertensivos e as hemorragias obstétricas, condições que podem ser controladas, diagnosticadas e tratadas com adequada atenção pré-natal (COSTA *et al*, 2021). Como afirmar Souza e colaboradores (2022) cerca de 90% das causas de mortalidade materna são evitáveis e o programa de pré-natal pode contribuir com a redução desse indicador por possibilitar o mapeamento dos perfis das gestantes do território, individualizando do cuidado, desenvolvendo práticas humanizadas e a elaboração do plano de parto.

Destarte, reconhecendo a importância da informação e comunicação em saúde no que diz respeito à Rede assistencial Materno-Infantil durante a assistência ao pré-natal, considerando a Linha de Cuidado da Gestante e os fluxos assistenciais nas práticas das equipes multiprofissionais no ciclo gravídico puerperal, este estudo traz contribuições no conhecimento da percepção da qualidade da Assistência Pré-Natal pelas puérperas, reconhecendo as potencialidades e fragilidades desse processo, fomentando práticas que contribuam para realização do pré-natal seguro e de qualidade e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e promoção de saúde da gestante e do recém-nascido no município de Altamira.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o perfil da mulher no ciclo gravídico puerperal no município de Altamira-PA no período de 2013 a 2022.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Conhecer a série histórica de nascimentos no município de Altamira-PA;
- ✓ Descrever a partir das variáveis: idade, escolaridade e situação conjugal a gestante de Altamira – PA;
- ✓ Descrever a partir das variáveis: período de início do pré-natal, número de consultas pré-natal, tipo de gestação, tipo de parto, local de ocorrência do parto o ciclo gravídico da gestante de Altamira - PA;
 - ✓ Relacionar a Classificação de Robson com a Taxa de Parto Cesária.
 - ✓ Elaborar Nota Técnica com Perfil da Mãe Altamirense e o Fluxo da Rede Materno Infantil em Altamira – Pará.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho diz respeito de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, de base documental utilizando dados secundários oficiais do Ministério da Saúde (MS) no intervalo de 2013 a 2022.

4.2 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados através do banco de dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde disponível pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) para estabelecer o perfil das gestantes, a partir dos nascidos vivos no intervalo de 2013 a 2022 em relação ao município de Altamira-PA. Foram consideradas as variáveis: localidade de nascimento, idade da gestante, tipo de parto, local da ocorrência, grupo de Robson, escolaridade da gestante, situação conjugal, mês de início do pré-natal, início do pré-natal por trimestre, número de consulta de pré-natal, tipo de gestação e peso de nascimento.

4.3 ANALISE DOS DADOS

Os dados colhidos no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde disponível pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde foram analisados e então foi construído o perfil da gestante do município de Altamira no intervalo de 2013 a 2022 com a utilização de histogramas como forma representativa.

As variáveis selecionadas para compor o estudo foram organizadas em tabelas e gráficos.

4.4 ELABORAÇÃO DA NOTA TÉCNICA COM PERFIL DA MÃE ALTAMIRENSE E O FLUXO DA REDE MATERNO INFANTIL EM ALTAMIRA – PARÁ.

O estudo possibilitou a construção de uma nota técnica que se trata de uma produção elaborada por uma equipe de especialista, analisando o contexto e fornecendo informações relevantes. A Nota Técnica é um documento complementar na Gestão de Saúde que respalda, em termos técnicos, a tomada de decisão.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atenderá os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. A pesquisa contará com utilização de dados secundário obtidos Paineis de Monitoramento de Nascidos Vivos da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Os riscos desta pesquisa estão relacionados segurança das informações utilizadas, tendo em vista que os pesquisadores responsáveis utilizaram como fonte dados atualizados do Ministério da Saúde. Outro risco é como estes dados serão divulgados, ficando restritos ao meio científico e ao contexto social do município de referência.

Os benefícios desta pesquisa serão permitir o conhecimento acerca da Assistência Pré-Natal do município de Altamira-PA, estabelecendo o perfil da mãe altamirense. Além de proporcionar a gestão municipal uma Nota Técnica acerca do fluxo do Pré-natal no município e os fundamentos da estratificação de risco, para assim fomentar práticas que contribuam para realização do pré-natal seguro e de qualidade e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e promoção de saúde da gestante e do recém-nascido na região do Xingu.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 DEFINIÇÃO: PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

O pré-natal é conjunto de ações que visam assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Toda a assistência deve se embasar na prevenção, na identificação precoce ou no tratamento específico das gestantes, fundamentada na estratificação de risco (ZUGAIB, 2016).

Segundo, o Manual técnico do Ministério da Saúde (2006), deveram ser realizados o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A assistência fundamenta-se na realização de exames laboratoriais em cada semestre gestacional, consultas multiprofissionais, imunização, realização de teste rápidos, orientações e prescrições que possibilitaram uma assistência integral.

O puerpério compreende o período de pós-parto imediato e das primeiras semanas após o parto fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, devendo ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. Com o intuito de oferecer assistência por meio de consultas multiprofissionais – destacando o estado psicológico-emocional, tendo em vista as mudanças fisiológicas e sócias em que a mulher vivencia neste período – além de exames e imunização para binômio materno-fetal (BRASIL, 2005).

Por fim, na atenção integral à saúde da mulher, o pré-natal e o puerpério devem ser organizados de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o período pós-parto, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência (BRASIL, 2005). Por isso, é importante a compreensão por parte dos gestores da realidade em saúde de cada município para a estruturação de uma rede assistência integrada em que os serviços estejam conectados, garantindo um fluxo pleno em todo ciclo gravídico-puerperal.

5.2 EPIDEMIOLOGIA

A assistência pré-natal representa uma janela de oportunidade para que o sistema de saúde atue integralmente na promoção e na recuperação da saúde das mulheres. Com isso

estratificação de risco obstétrico, é um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna e a possibilidade de um desfecho satisfatória no binômio materno-fetal ao se hierarquizar a assistência, com vias de encaminhamento – de referência e contrarreferência – seja bem planejada, alinhadas e eficiente. Assim, garante à toda gestante que esteja acompanhada na rede de APS e que apresente alguma situação de risco obstétrico tenha acesso ágil aos serviços necessários (BRASIL, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), a morte materna (MM) é definida como óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Com isso, a OMS por meio dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluindo a melhora na saúde materna e a redução da razão de mortalidade materna (RMM) global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030.

Estudos apontam que cerca de 90% das causas de MM são evitáveis, como afirma Souza e colaboradores (2022); associado a estrutura das redes, a demora na estratificação de risco, ao nível educacional, a comorbidades maternas e outros fatores estruturais. Dentre as principais causas, os distúrbios hipertensivos da gravidez, hemorragia, infecções, complicações no parto e abortamento inseguro são as principais causas de morte materna e representam aproximadamente 75% do total de óbitos maternos no mundo (BRASIL, 2022).

A morte neonatal é definida como o óbito de um recém-nascido antes de completar 28 dias.^{1,2} No Brasil, a mortalidade neonatal, em 2016, foi de oito mortes neonatais para cada 1.000 nascidos vivos. É possível identificar o baixo peso ao nascer como a principal fator determinante na ocorrência da mortalidade neonatal no Brasil, é seu principal preditor isolado. Assim como outros fatores são modificáveis, a exemplo da prematuridade, da asfixia perinatal, prematuridade, intercorrências durante a gestação, parto cesariano e idade materna avançada estão relacionados este desfecho (VELOSO *et al*, 2019).

Dessa forma, Costa e colaboradores (2021) apontam que o início tardio e a quantidade insuficiente de consultas de pré-natal são reflexos da falta de estrutura e protocolos, que reforçam a inadequação da assistência a mulher grávida. Tal fato, é combatido pelo Ministério da Saúde através de programas e decretos que visam a construção de subsídios para elaboração de Rede assistenciais que assegurem o desenvolvimento saudável da gestação, além do cuidado clínico, a abordagem dos aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Como também possibilitem as gestantes o conhecimento do fluxo da rede e seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal.

5.3 ESCALA DE ROBSON

A classificação de Robson foi criada pelo médico irlandês Michael Robson em 2001, utiliza informações básicas acerca da gestação, originado 10 variáveis que classificam as gestantes através de uma pontuação que varia 1 a 10. É uma classificação totalmente inclusiva e exclusiva, pois as gestantes são classificáveis e não podem estar em mais de um grupo (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022). Usa 6 conceitos obstétricos:

1. Paridade (nulípara, múltipara)
2. Cesárea anterior (sim, não)
3. Início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto)
4. Idade gestacional (termo, pré-termo)
5. Apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa)
6. Número de fetos (única ou múltipla)

Assim, a Organização Mundial da Saúde (2015) por meio de estudos comparativo tornou a Classificação de Robson como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo nos hospitais. Trata-se de um método de análise simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante e prospectiva; baseado nas características obstétricas, que possibilita a comparação entre taxas de cesáreas. O que permite aos gestores identificar a distribuição das gestantes atendidas no serviço e quais grupos de gestantes mais contribuem para a taxa geral de cesárea e traçar as melhores estratégias para estes grupos de mulheres a fim oferecer um assistencial plena e de qualidade.

QUADRO 1 - GRUPOS DE ROBSON		
Grupos 1 a 4 - maior chance de parto vaginal	1	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
	2	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
	3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
	4	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
Grupo 5 - alguma chance de parto vaginal	5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
Grupos 6 a 10 - menor chance de parto vaginal	6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
	7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
	8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
	9	Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
	10	Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

FONTE: Elaborado pelo autor

5.4 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REDE ASSISTENCIAL

A assistência ao ciclo gravídico-puerperal vem sendo modificado ao longo do tempo, Mendes e Jardim (2022) destacam a passagem do século XXI como o processo de medicalização, tornando a gestação um evento fisiológico em patológico. A mulher é retirada do papel de protagonista para torna-se coadjuvante no momento do nascimento, sendo submetida a um ambiente controlado. Cada vez mais institucionalizado e com a utilização indiscriminada de procedimentos cirúrgico e intervenções medicamentosas.

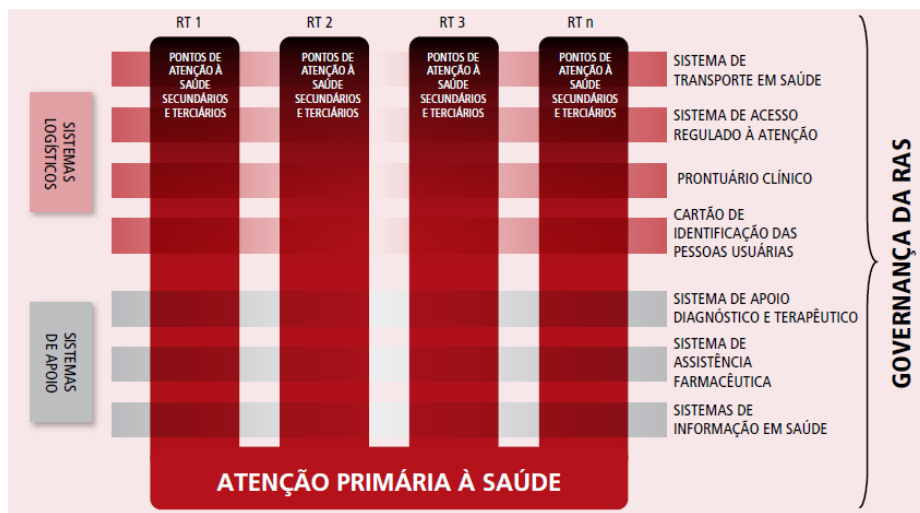
Assim, em 1983 foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que tinha objetivos que ultrapassavam o período gestacional, com enfoque nas ações educativas, dado o entendimento de que a educação pode empoderar as mulheres no exercício da cidadania. Sendo o primeiro passo do Ministério da saúde para implementação de políticas públicas que pudessem assegurar à mulher e à criança uma assistência plena. Por conseguinte, em 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), trazendo um conjunto de normas e portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos que garantisse a qualidade da atenção obstétrica integral associada à afirmação dos direitos da mulher como diretrizes institucional (ZVEITER *et al*, 2022).

Compreender as modificações nos processos de saúde e doença ao longo da história e os fatores que impactam esta transformação, também impactam a forma com é estruturado o Sistema de Saúde. Dessa forma, nos anos 90, surgiram conceitos que ao longo do tempo sofreram modificações de acordo com a necessidade da sociedade, assim a Rede de saúde atualmente é compreendida como a estruturação dos serviços de saúde em pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser atribuídos, espacialmente, de forma ótima. (MENDES, 2011).

Por conseguinte, é notório a importância do planejamento em saúde para estruturação das redes, como afirma Mendes e colaboradores (2000) que existem pontos denominados de centros de comunicação na rede em que há captação das demandas em saúde para pontos-chaves ou centros de estratégias – todos estes são nós da rede. Assim, conectados aos nós estão os centros de apoios e logísticas que contribuem com serviços básicos como identificação, exames, prontuário, transporte e outros. Dessa forma, a estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação (APS), os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós como estruturado na figura 1 (MENDES, 2011).

O modelo na figura 1 pode ser utilizado para construção de rede temáticas como as redes de atenção às Mulheres e às Crianças. Logo, a gestão deve conhecer os modelos de rede que podem ser subsídio para do desenvolvimento de uma Estrutura em saúde condizente com a realidade do município. A exemplo, a Rede Cegonha, em sua criação propôs como afirma Silva e colaboradores (2021) a implantação estimular a criação de grupos condutores regionais e fomentar o desenvolvimento das etapas de análise diagnóstica, planejamento, implantação e avaliação da rede de forma partilhada entre o coletivo de trabalhadores dos diferentes pontos de atenção e gestores de cada região de saúde. Este diretriz foi realizado no município de Altamira com diversas conferencias de saúde que culminaram com o Protocolo de Atenção a Gestante e Puérpera na Atenção Básica e estruturação do fluxo de assistencial dessas utentes.

Figura 1: A estrutura operacional das redes de atenção em saúde.



Fonte: As redes de atenção à saúde, página 86. Autor: Eugênio Vilaça Mendes (2011).

Dessa forma, a organização em redes de saúde, como a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) tinha o intuito de assegurar assistência à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2022). Atualmente, está em vigor a Nova Rede Cegonha, com o mesmo intuito de oferecer assistência plena e de qualidade ao binômio mãe-filho. Possibilitando que as Secretarias Municipais de Saúde possam de acordo com suas realidades em saúde estruturarem serviços que assegurem uma assistência plena e total a mulher e a criança.

5.5 PONTOS DA REDE ASSISTENCIAL A GESTANTE E PUÉRPARA DO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

A cidade de Altamira é a sede da 10ª Regional de Saúde do estado do Pará composta por mais 9 municípios que se distribuem ao longo da rodovia transamazônica e a margem do médio e baixo Xingu o que possibilita a integração na rede assistencial de referência e contrarreferência, principalmente em gestações de alto risco.

A rede assistencial do município é constituída por: 23 UBS (urbana e rural), 1 UPA, 1 CTA/ SAE, 1 CAPS adulto, 1 CAPS infantil, 1 Hospital Média complexidade (Hospital Municipal de Altamira – HGA), 1 Hospital de Média e Alta Complexidade (Hospital Regional Público da Transamazônica – HRPT), 1 Central de Regulação, 1 Centro de Apoio e Diagnóstico. Dessa forma, é de suma importância o conhecimento por parte profissionais de saúde a função de cada ponto dentro da rede, os procedimentos disponíveis e o fluxo de atendimento. Assim, possibilita as usuárias uma assistência plena e integral neste importante ciclo da vida.

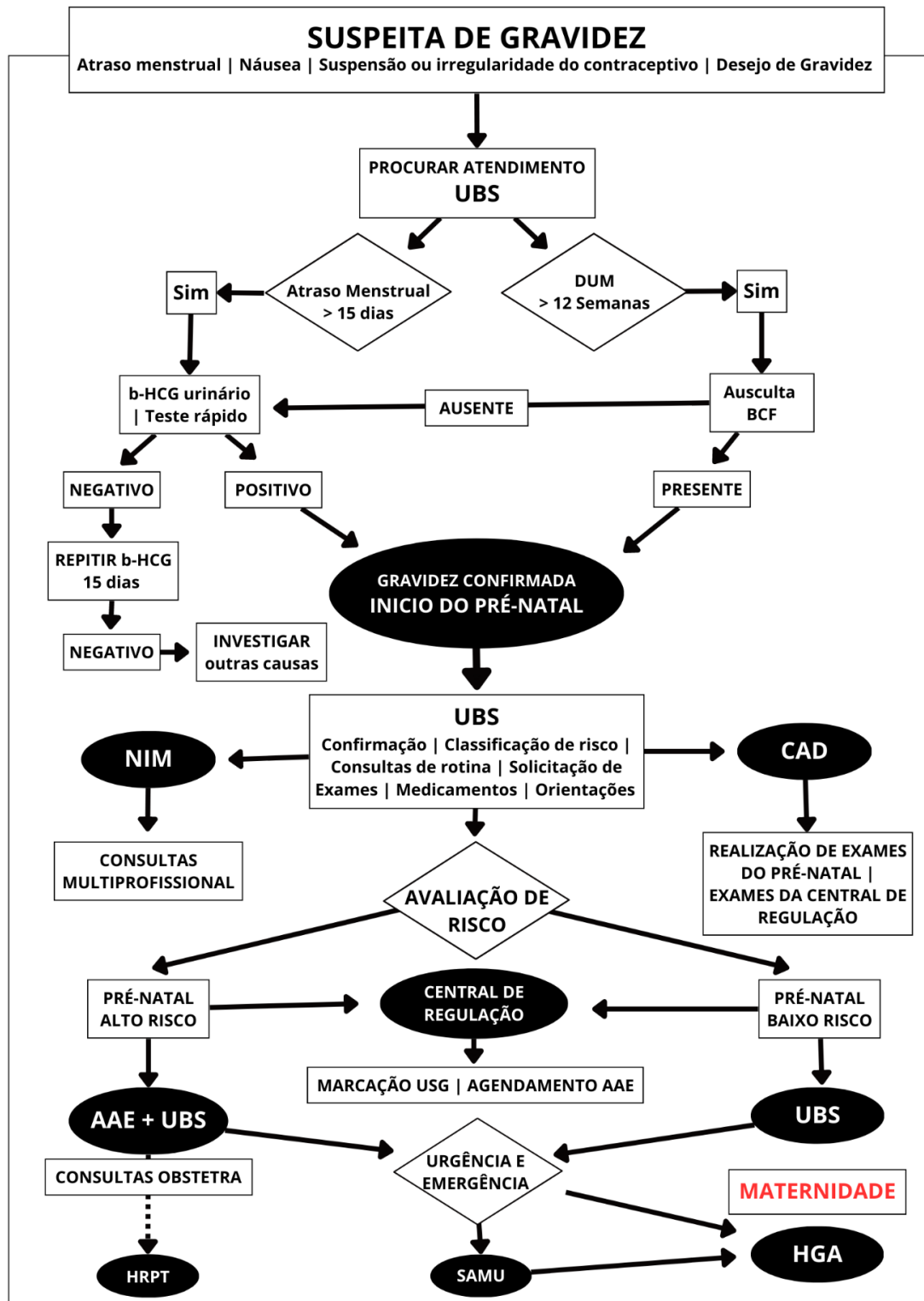
Com isso, a Rede Municipal de Assistência Materna-Infantil pode ser estruturada em 3 seguimentos de acordo com o quadro abaixo:

QUADRO 2 - ORGANIZAÇÃO DA A REDE MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA MATERNA-INFANTIL DE ALTAMIRA-PA	
BAIXO RISCO/RISCO INTERMEDIÁRIO	
ESTRUTURAS	SERVIÇOS OFERTADOS
Unidades Básica de Saúde (UBS)	Diagnóstico de Gravidez (solicitação de Teste Rápido de Gravidez) Consulta Pré-Natal Assistência Odontológica Solicitação de Exames de Rotina do Pré-Natal Solicitação de Ultrassonografia Vacinação Testes Rápidos: Sífilis, Hepatites e HIV Triagem Neonatal (Somente nas Unidades Básicas: Sudam 2, Ilvanir Denardin, Mutirão e Brasília)
Núcleo Integrado Multidisciplinar (NIM)	Consultas com equipe multidisciplinar (Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social) Atividades de promoção à saúde: Atividade Física, atividades em grupo
SISTEMA DE APOIO	
Centro de Apoio e Diagnóstico Serviços (CAD)	Teste Rápido de Gravidez (livre demanda – sem marcação) / Realização de todos os exames pré-natal (Hemograma completo, Tipagem sanguínea, Coombs indireto, glicemia em jejum, Teste Oral de tolerância à glicose, Sorologia para Sífilis, HIV e Hepatites, Toxoplasmose, Urina Tipo 1, Citomegalovírus, Urocultura) Exames marcados pela Central de Regulação.
Resultado de Exames: somente com protocolo 2ª a 5ª feira – das 14 às 16h 6ª feira – 12h às 14h	
SAMU	Transporte Emergência-Urgência Parto Atendimento APH
Central de Regulação (CR)	Marcação de Exames solicitados nas UBS e AAE Marcação de USG Agendamento para AAE.
CAPS Adulto	Atenção Psicológica
CTA / SAE	Atenção a doença Infectocontagiosas
ALTO RISCO	
Ambulatorial Especializada (AAE)	Consulta Pré-Natal de Alto Risco.
Na Unidade Ilvanir Denardin com especialista em Ginecologia Obstétrica	
Hospital Geral de Altamira (HGA)	Emergência-Urgência Obstétrica Assistência ao Parto UCI Neonatal Primeiras Vacinas do RN (BCG e Hepatite B) Triagem Neonatal

FONTE: Elaborado pelo autor.

Por fim, além do conhecimento da funcionalidade e dos serviços oferecidos em cada ponto da Rede de Atenção. É imprescindível, que tanto os profissionais quanto os usuários conheçam a localização de cada ponto para que o fluxo assistência possa ser pleno durante todo ciclo gravídico-puerperal.

Figura 2: Fluxograma do Pré-Natal no município de Altamira



FONTE: Elaborado pelo autor.

6 RESULTADOS

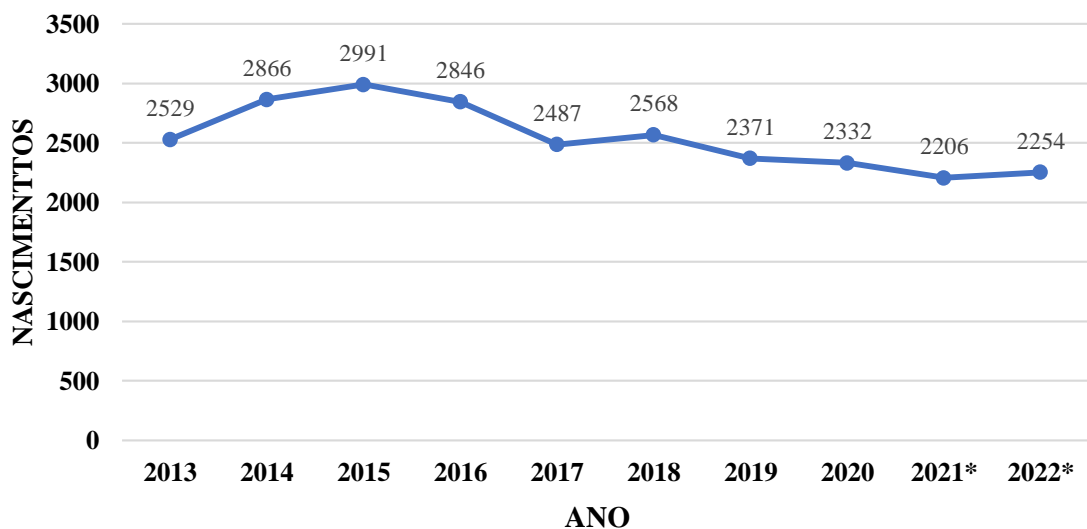
Os dados obtidos no PAINEL DE MONITORAMENTO DE NASCIDOS VIVOS DA PLATAFORMA INTEGRADA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE considerando os nascidos vivos no intervalo de 2013 a 2022. Compreendem uma série de variáveis que buscam compreender a dinâmica populacional com enfoque no binômio materno-fetal. Dessa forma, ao avaliar o crescimento populacional no Estado do Pará, na 10ª Regional de Saúde e no município de Altamira exposto na tabela 1 e no gráfico 1, há um equilíbrio na taxa de natalidade no período estudado não apresentando um crescimento acelerado ou um decréscimo populacional, sendo avaliado apenas os nascimentos.

TABELA 1 – NASCIMENTO POR LOCALIDADE E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

LOCAL	ANO										TOTAL
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*	
PARÁ	139.416	143.503	143.657	137.681	138.684	141.819	138.341	132.938	136.873	125.341	1.378.253
XINGU	6.472	6.751	7.152	7.009	6.795	6.970	6.836	6.575	6.592	6.367	67.519
ALTAMIRA	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450

FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 1 – NASCIMENTO EM ALTAMIRA POR ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

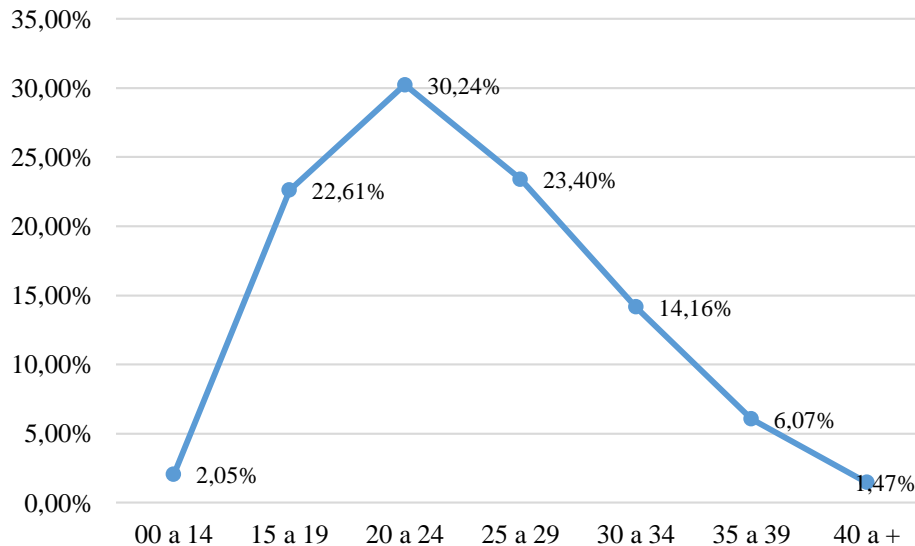


FONTE: SINAC, 2023.

Por conseguinte, é importante compreender qual é a faixa etária em que a mulher altamirense inicia sua vida reprodutiva e junto a construção de uma família. Assim, ao analisar os dados entre os 15 aos 29 anos correspondem a 76,25% dos nascimentos, ou seja, $\frac{3}{4}$ dos

nascimentos no município estão associados a este intervalo etário. Destaca-se, no gráfico 2, durante o corte temporal sempre o grupo etário predominante de maior nascimento foi 20 a 24 anos. Contudo houve uma transição 2017, em que a faixa etária 15 a 19 anos tinha maior número de nascidos do que o intervalo de 25 a 29 anos, invertendo a partir de 2018 até os dias atuais como representado abaixo na tabela 2.

GRÁFICO 2 – NASCIMENTO POR GRUPO ETÁRIO E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



FONTE: SINAC, 2023.

TABELA 2 – NASCIMENTO POR GRUPO ETÁRIO E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

GRUPO ETARIO	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
00 a 14	52	81	74	63	38	50	48	37	46	33	522	2.05%
15 a 19	672	726	788	669	592	529	455	494	437	392	5754	22.61%
20 a 24	775	887	904	866	729	783	723	694	670	664	7695	30.24%
25 a 29	569	622	640	665	584	631	589	524	524	607	5955	23.40%
30 a 34	310	373	422	377	347	363	344	389	323	356	3604	14.16%
35 a 39	118	137	136	168	162	166	169	158	164	166	1544	6.07%
40 a +	33	40	27	38	34	46	43	35	42	36	374	1.47%
Branco/Ignorado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0.01%
TOTAL	2,529	2,866	2,991	2,846	2,487	2,568	2,371	2,332	2,206	2,254	25450	100.00%

FONTE: SINAC, 2023.

Enquanto a escolaridade, no intervalo adscrito do estudo 49, 98% possuem 8 a 11 anos de estudo o que evidencia que realizaram pelo menos o ensino fundamental completo. Também se destaca as que possuem de 4 a 7 anos de estudos com 23,76% com o segundo perfil de

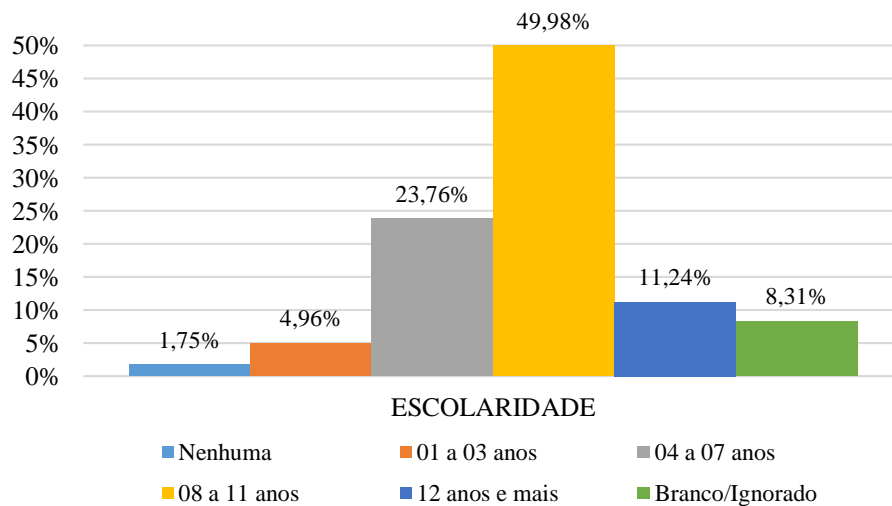
gestante. Outro dado é que 11,24% das mulheres no ciclo gravídico tem 12 anos ou mais de estudos, ou seja, que possuem o ensino superior completo como mostra na tabela 3 e gráfico 3. Entretanto, se considerarmos o indicado de Branco/Ignorado o índice encontra-se em 8,31%, evidenciando uma fragilidade assistencial durante o pré-natal.

TABELA 3 – NASCIMENTO POR ESCOLARIDADE E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

ESCOLARIDADE	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
Nenhuma	75	54	56	50	46	58	27	27	30	23	446	1,75%
01 a 03 anos	167	153	140	207	120	159	103	78	78	57	1.262	4,96%
04 a 07 anos	716	661	640	790	478	667	615	558	483	438	6.046	23,76%
08 a 11 anos	1.269	1.461	1.481	1.428	823	1.133	1.270	1.289	1.249	1.318	12.721	49,98%
12 anos e mais	255	251	238	305	213	289	309	310	319	371	2.860	11,24%
Branco/Ignorado	47	286	436	66	807	262	47	70	47	47	2.115	8,31%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100,00%

FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 3 – NASCIMENTO POR ESCOLARIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



FONTE: SINAC, 2023.

É importante compreender que a mulher durante o ciclo gravídico puerperal se encontra em um contexto novo com inúmeros desafios e precisa de uma estrutura familiar que possa lhe auxiliar e oferecer suporte quando necessário. Assim, como parte da política do Governo Federal, é oferecido junto a assistência a gestante o pré-natal do parceiro como forma que aproximar do binômio materno-fetal um outro elo importante para a construção familiar. Com isso, a situação conjugal abordada na tabela 4 e gráfico 4 evidencia que mais de 50% das

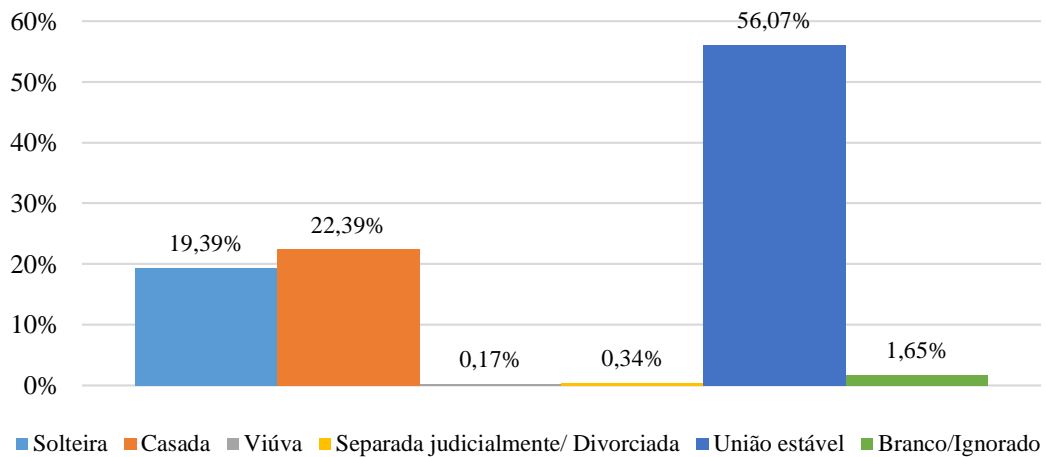
mulheres estão em União estável e que junto com as casadas estes dados representam 78,06%, reforçando a positividade da implementação do pré-natal do parceiro. Contudo, também existe um grupo expressivo de 19,39%, as solteiras, que necessitam de atenção no que tangem a rede de apoio.

TABELA 4 – NASCIMENTO POR SITUAÇÃO CONJUGAL E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

SITUAÇÃO CONJUGAL	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
Solteira	514	518	489	492	455	489	445	399	445	688	4.934	19,39%
Casada	576	561	623	617	577	611	552	566	488	526	5.697	22,39%
Viúva	1	5	4	8	5	7	4	1	7	0	42	0,17%
Separada judicialmente/ Divorciada	11	12	8	12	5	8	5	10	9	7	87	0,34%
União estável	1.380	1.701	1.819	1.665	1.400	1.429	1.328	1.335	1.216	996	14.269	56,07%
Branco/Ignorado	47	69	48	52	45	24	37	21	41	37	421	1,65%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100,00%

FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 4 – NASCIMENTO POR SITUAÇÃO CONJUGAL NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



FONTE: SINAC, 2023.

Além, da rede de apoio o início precoce do pré-natal é fundamenta e propicio para o desenvolvimento de uma gestação saudável, visto que caso necessário as intervenções poderão ocorrer em um tempo propicio para o desfecho favorável para mãe e feto. Dessa forma, o início do pré-natal ocorreu principalmente no 1º Trimestre com 66,56% de acordo com a tabela 5, sendo que 32,64% das usuárias iniciaram no 3º mês como consta na tabela 6 e gráfico 5.

TABELA 5 – INÍCIO DO PRÉ-NATAL POR TRIMESTRE NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

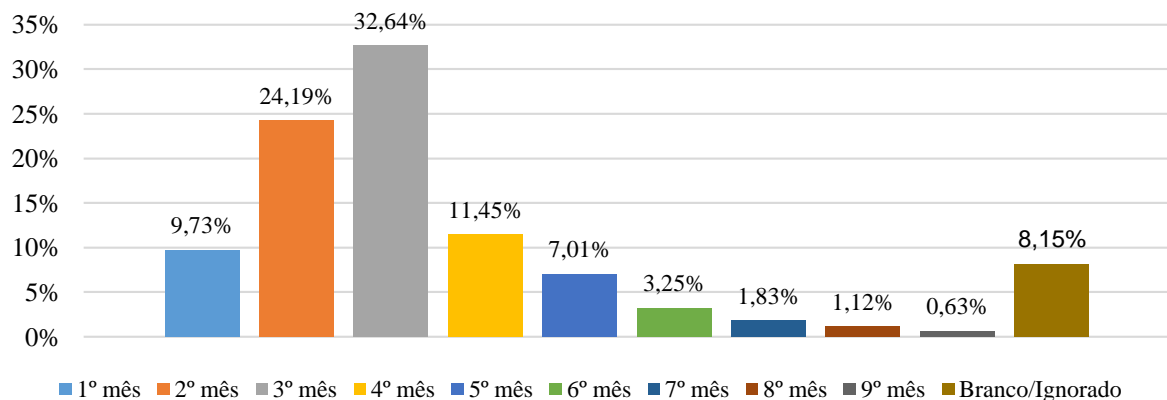
INICIO POR TRIMESTRE	PERÍODO 2013-2022
1º	66,56%
2º	21,71%
3º	3,58%
Branco/Ignorado	8,15%
TOTAL	100%

FONTE: SINAC, 2023.

TABELA 6 – NASCIMENTO POR MÊS DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

MÊS DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
1º mês	189	344	324	225	181	220	194	217	264	319	2.477	9,73%
2º mês	565	645	675	582	544	511	574	558	702	800	6.156	24,19%
3º mês	762	783	940	1.020	928	1.111	910	783	552	518	8.307	32,64%
4º mês	313	393	401	373	306	216	221	254	228	210	2.915	11,45%
5º mês	196	234	210	194	136	179	177	143	160	155	1.784	7,01%
6º mês	106	118	80	103	68	67	77	78	71	58	826	3,25%
7º mês	59	88	69	47	26	40	33	25	51	28	466	1,83%
8º mês	19	34	30	35	24	26	30	39	24	24	285	1,12%
9º mês	15	24	31	11	16	16	12	17	11	8	161	0,63%
Branco/Ignorado	305	203	231	256	258	182	143	218	143	134	2.073	8,15%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100,00%

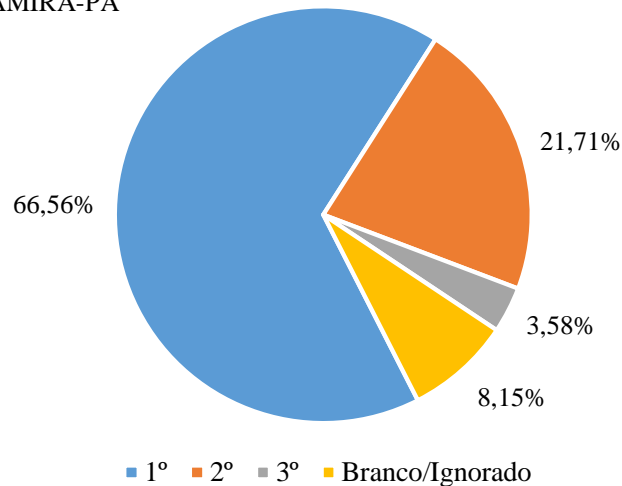
FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 5 – MÊS DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

FONTE: SINAC, 2023.

No gráfico 6, destaca-se o índice de 8,15% de brancos/ignorados referente ao o início do pré-natal por trimestre. O que demonstra uma fragilidade assistencial ou na falta de coleta desta informação ou na oferta deste serviço a usuárias. Também o início no 2º trimestre, corrobora a ideia de que a oferta da assistencial ao pré-natal no município de Altamira apresenta alguns fatores que levam as usuárias iniciar tardiamente o pré-natal, podendo ser estruturais ou de logísticas ficando necessários estudos mais aprofundados para melhora caracteriza-los.

GRÁFICO 6 – INÍCIO DO PRÉ-NATAL POR TRIMESTRE NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



FONTE: SINAC, 2023.

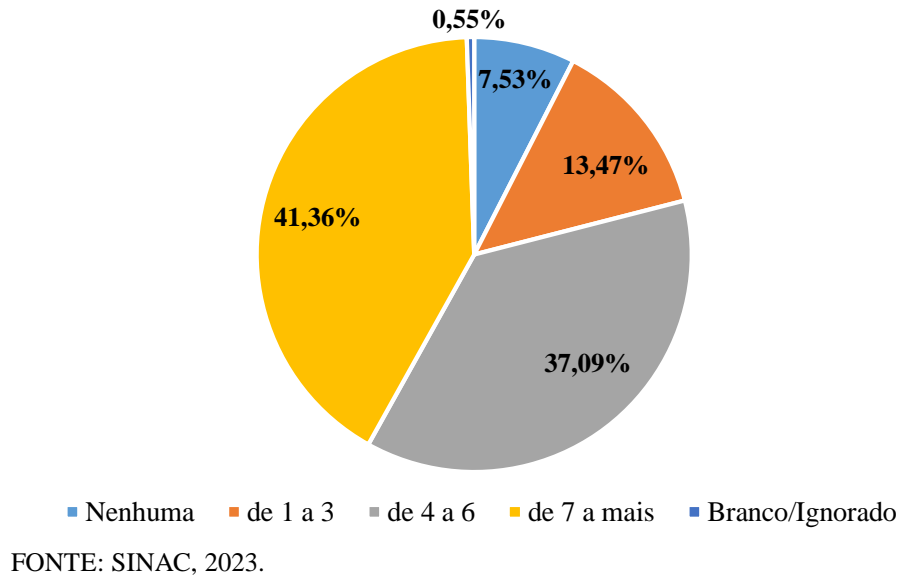
Outro indicador importante acerca da assistência ao pré-natal é o número de consultas realizadas, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde no mínimo 6 consultas. Com isso, observa-se na tabela 7 que 41,36% das gestantes realizam de 7 a mais consultas e que 37,09% realizaram de 4 a 6 consultas. Entretanto, apenas 21% das mulheres realizaram até 3 consultas, sendo 7,53% não realizaram nenhuma, visto no gráfico 7.

TABELA 7 – NASCIMENTO POR NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
Nenhuma	133	261	524	207	151	0	83	163	116	84	1.722	7,53%
de 1 a 3	400	435	473	430	295	0	254	313	253	230	3.083	13,47%
de 4 a 6	1.014	1.013	930	1.120	1.121	0	1.007	879	750	654	8.488	37,09%
de 7 a mais	974	1.143	1.054	1.088	860	0	1.005	977	1.081	1.282	9.464	41,36%
Branco/Ignorado	8	14	10	1	60	0	22	0	6	4	125	0,55%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	0	2.371	2.332	2.206	2.254	22.882	100,00%

FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 7 – NASCIMENTO E NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL POR ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



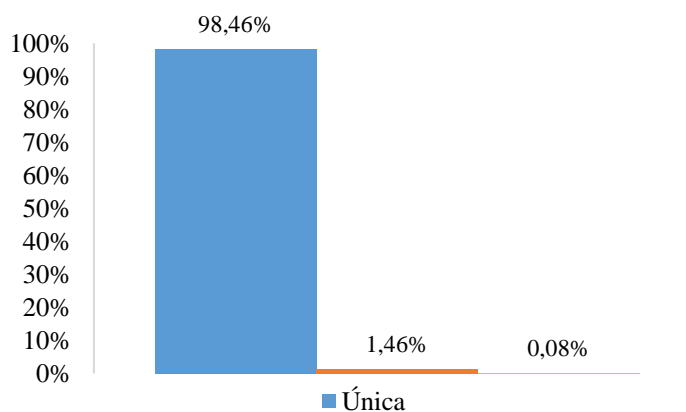
Durante a assistência ao pré-natal são inúmeras as informações solicitadas e oferecidas a usuárias que impactaram no decorrer da gestação, no parto e no pós-parto dentre este podemos destacar: o tipo de gestação, como na tabela 8 e gráfico 8 em que 98,46% são gestações únicas e apenas 1,46% são dupla. Mesmo assim, é importante para o planejamento do parto podendo levar a indicação da via de parto.

TABELA 8 – NASCIMENTO POR TIPO DE GESTAÇÃO E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

TIPO DE GESTAÇÃO	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
Única	2.489	2.830	2.947	2.799	2.459	2.537	2.299	2.299	2.155	2.205	25.019	98,46%
Dupla	38	34	37	44	28	31	32	32	48	48	372	1,46%
Tripla ou mais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Branco/Ignorado	2	2	7	3	0	0	1	1	3	1	20	0,08%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.332	2.332	2.206	2.254	25.411	100,00%

FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 8 – NASCIMENTO POR TIPO DE GESTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



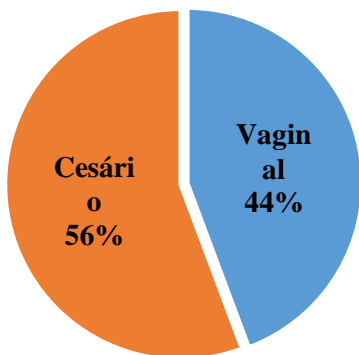
A via de parto preferencial é a vagina, principalmente pelos menores risco de complicações em comparação a cesariana. Entretanto, algumas indicações favorece a tomada de decisão principalmente quando a usuária faz um acompanhamento adequado do pré-natal possibilita um melhor planejamento. Contudo, observa-se que 56% dos partos são cesarianas no município de Altamira em destaque no gráfico 9 e que entre 2013 e 2022 o número de cesariana sempre supero do parto vaginal de acordo com a tabela 9 e gráfico 10.

TABELA 9 – NASCIMENTO POR TIPO DE PARTO E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

TIPO DE PARTO	ANO											TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*			
Vaginal	1.207	1.295	1.359	1.274	1.139	1.077	1.091	1.118	855	856	11.271	44,29%	
Cesário	1.320	1.571	1.631	1.572	1.345	1.491	1.279	1.212	1.350	1.397	14.168	55,67%	
Branco/Ignorado	2	0	1	0	3	0	1	2	1	1	11	0,04%	
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100,00%	

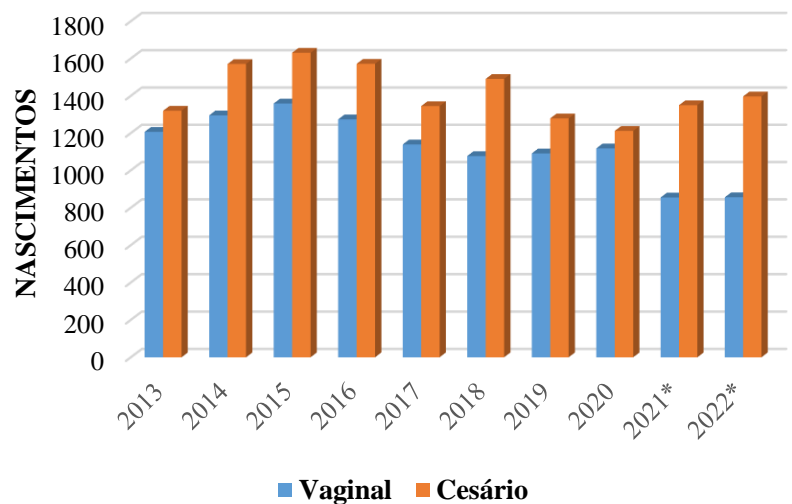
FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 9 – NASCIMENTO POR TIPO DE PARTO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



FONTE: SINAC, 2023.

GRÁFICO 10 – TIPO DE PARTO POR ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

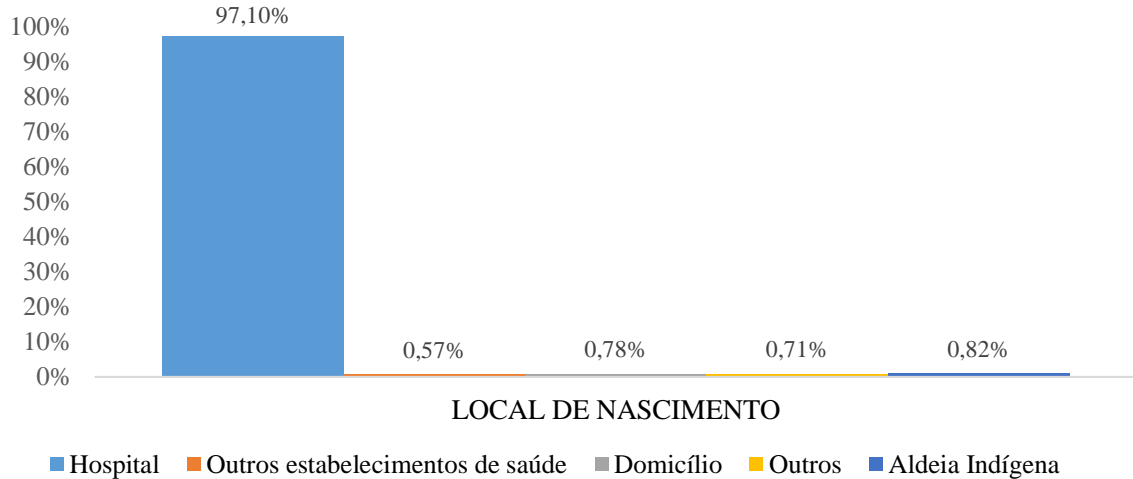


FONTE: SINAC, 2023.

Quando associamos ao parto o fator de local de nascimento percebe-se que 97,10% dos partos ocorre em hospitais (gráfico 10), corrobora a transição ocorrida ao longo da história para o sistema de saúde hospitalocentrico, em que o hospital é o centro das relações de saúde e não um elo como estamos vivenciando na construção das redes de Atenção à Saúde. Assim, quando observa os nascimentos em aldeamento indígena representa apenas 0,82%, sendo que em muitos anos como visto na tabela 10 os nascimentos não chegam a 10. Evidenciando uma fragilidade na estruturação assistencial dessa população, não apenas por subnotificação; pois

em anos chegou a máxima de 37 nascimento em aldeias e em outros anos 0, atrapalhando os processos de planejamento e cuidado materno infantil do indígena.

GRÁFICO 11 – NASCIMENTO POR LOCAL DE OCORRÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA



FONTE: SINAC, 2023.

TABELA 10 – NASCIMENTO POR LOCAL DE OCORRÊNCIA E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

LOCAL DA OCORRÊNCIA	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
Hospital	2.457	2.781	2.910	2.788	2.420	2.493	2.286	2.216	2.144	2.218	24.713	97,10%
Outros estabelecimentos de saúde	9	5	20	11	10	8	20	22	20	21	146	0,57%
Domicílio	58	50	23	6	10	9	13	14	11	4	198	0,78%
Outros	5	29	16	4	14	22	23	45	12	10	180	0,71%
Aldeia Indígena	0	1	22	37	31	35	29	35	18	0	208	0,82%
Branco/Ignorado	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	5	0,02%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100,00%

FONTE: SINAC, 2023.

A Escala de ROBSON é outro indicador, clinicamente relevante que permite a comparação das taxas de cesáreas entre os grupos e a análise ao longo do tempo como afirma Pintos e colaboradores (2020). Pelo qual agrupa diversas características da gestação em 10 Grupos, dentre elas: idade gestacional, número de fetos, apresentação e paridade. Contribuindo para a possibilidade de via de parto. Dessa forma, simplificando podemos avaliar que os grupos 1 a 4 apresentam maior chance de parto vaginal, o grupo 5 tem alguma chance de parto vaginal e os grupos 6 a 10 apresentam menor chance de parto vaginal. Com isso, na tabela 11, em Altamira se destacam do grupo 1 e 3 que juntos 45,6% e o grupo 5 com 20,75%, sendo estes grupos segundo a classificação de ROBSON com maiores chances de parto vaginal.

TABELA 11 – NASCIMENTO POR GRUPO DE ROBSON E ANONO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

GRUPO DE ROBSON	ANO										TOTAL	PORCETAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
Grupo 1	632	709	646	637	503	523	385	524	421	399	5.379	21,14%
Grupo 2	174	167	246	345	267	281	284	175	228	210	2.377	9,34%
Grupo 3	636	780	689	683	612	585	621	650	488	481	6.225	24,46%
Grupo 4	113	131	151	212	176	158	198	124	159	163	1.585	6,23%
Grupo 5	370	451	492	543	522	630	559	583	594	537	5.281	20,75%
Grupo 6	32	38	34	29	13	32	9	14	7	21	229	0,90%
Grupo 7	31	47	34	31	24	31	25	23	20	25	291	1,14%
Grupo 8	36	33	36	44	28	31	40	28	46	48	370	1,45%
Grupo 9	4	8	5	3	3	0	1	7	8	3	42	0,17%
Grupo 10	342	246	231	232	210	198	202	169	190	194	2.214	8,70%
Branco/Ignorado	159	256	427	87	129	99	47	35	45	173	1.457	5,72%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100,00%

FONTE: SINAC, 2023.

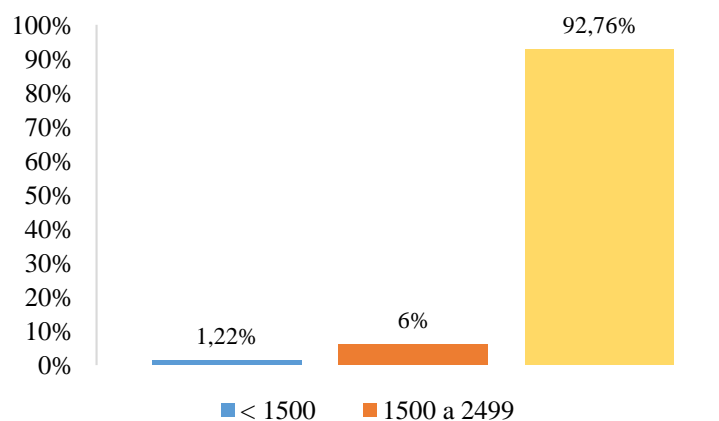
NOTA: Grupos 1 a 4 - maior chance de parto vaginal | Grupo 5 - alguma chance de parto vaginal | Grupos 6 a 10 - menor chance de parto vaginal

Por fim, o peso a nascer é um indicador importante principalmente nos cuidados após o parto em relação a saúde do recém-nascidos. Na tabela e gráfico 12, os nascidos com 2500g/ a mais são 92,76% e os RN de baixo peso representam 6%.

TABELA 12 – NASCIMENTO POR PESO DE NASCIMENTO E ANO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

PESO NASCIMENTO	ANO										TOTAL	PORCENTAGEM
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*		
< 1500	32	32	27	37	22	42	25	28	39	26	310	1,22%
1500 a 2499	158	148	183	173	143	166	135	129	142	151	1.528	6%
2500 a mais	2.337	2.686	2.781	2.636	2.322	2.360	2.210	2.173	2.025	2.077	23.607	92,76%
Branco/Ignorado	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	5	0,02%
TOTAL	2.529	2.866	2.991	2.846	2.487	2.568	2.371	2.332	2.206	2.254	25.450	100%

FONTE: SINAC, 2023.

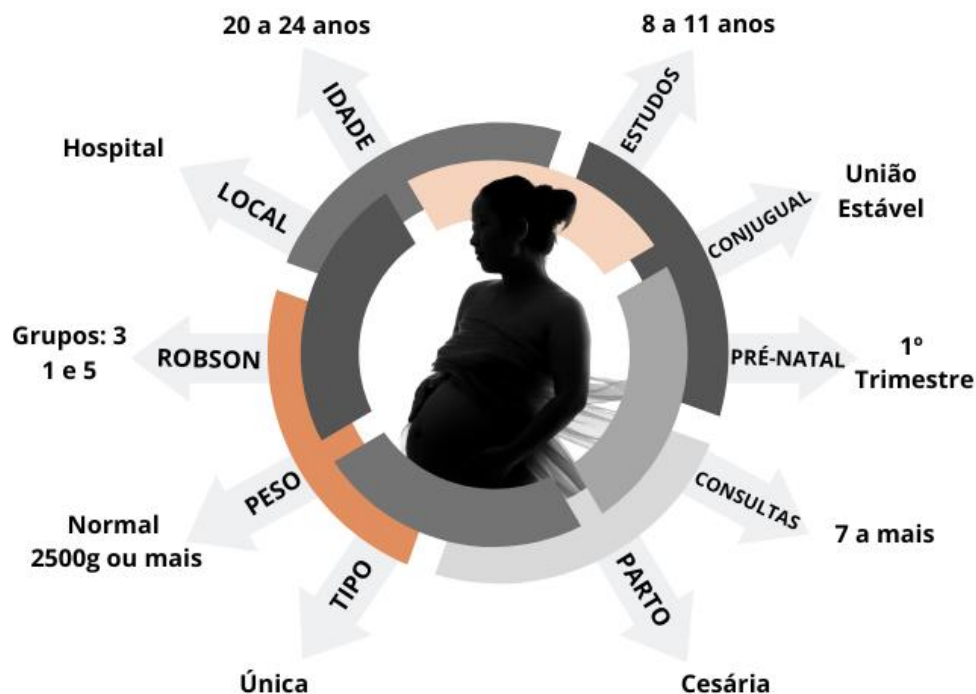
GRÁFICO 12 – PESO AO NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

FONTE: SINAC, 2023.

7 DISCUSSÃO

A assistência ao Pré-natal é uma ação do Ministério da Saúde que visa assegurar o desenvolvimento saudável do binômio mãe-filho durante o período gravídico-puerperal como assegurar direitos fundamentais. Como afirma, Costa e colaboradores (2021) que mesmo a assistência ao pré-natal, sendo estruturada em protocolos e diretrizes é fundamental também se organizar para atender as necessidades de cada gestante, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos disponíveis. Com isso, torna-se importante por parte da gestão municipal de saúde conhecer o perfil de suas gestantes-puérperas, apresentado na figura abaixo, para assim possibilitar um atendimento integral e de qualidade que além do cuidado clínico, a abordagem dos aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Seriam esses os componentes objetivos que compõem o conceito subjetivo de qualidade.

Figura 3: Perfil da mãe altamirense



FONTE: Elaborado pelo autor.

Assim ao se analisar o perfil das gestantes, percebe-se que a mulher altamirense inicia sua vida reprodutiva entre os 15 aos 29 anos correspondem a 76,25% dos nascimentos, com predominante de maior nascimento foi 20 a 24 anos. Em estudos realizados na região por Karolene Silva e colaboradores (2023) sobre mortalidade materna entre 2018 a 2021, constata que os maiores índices (52%) corresponde mulheres nas idades de 20 a 34 anos. Tornando,

ações públicas fundamentais para melhorar a assistência e este grupo tendo em vista que corresponde aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos nascimentos no município estão associados a este intervalo etária.

Ao observar o indicador escolaridade, no intervalo adscrito do estudo 49, 98% possuem 8 a 11 anos de estudo o que evidencia que realizaram pelo menos o ensino fundamental completo. Circunstância similar ocorreu no estudo de Silva SIS, et al. (2020), onde as mães que estudaram de 8 a 11 anos representaram 61,15%, sendo a escolaridade mais frequente e este nível escolar equivale, respectivamente, ao ensino médio e nível superior. Também se destaca as que possuem de 4 a 7 anos de estudos com 23,76% com o segundo perfil de gestante, seguido de 11,24% das mulheres no ciclo gravídico tem 12 anos ou mais de estudos, ou seja, que possuem o ensino superior completo. Entretanto, se considerarmos o indicado de Brando/Ignorado o índice encontra-se em 8,31%, evidenciando uma fragilidade assistencial durante o pré-natal. Afinal, a escolaridade materna é um indicador ressaltada em muitos estudos para avaliar a situação socioeconômica da família ao ponto de interferir no comportamento materno desde gestação até criação dos filhos. (CAVALCANTE ANM, *et al.*, 2018).

Com relação ao estado civil é salutar compreender a importância de uma rede de apoio durante a gestação, isso fez com que o Ministério da Saúde instituisse, em 2016, o pré-natal do parceiro uma estratégia inovadora, com intuito de envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo (LIMA NG, *et al.*, 2021). Como também, para fortalecer o elo entre o trinômio mãe-filho-pai, haja vista que mais de 50% das mulheres estão em União estável e que junto com as casadas estes dados representam 78,06%, reforçando a positividade da implementação do pré-natal do parceiro. Contudo, também existe um grupo expressivo de 19,39%, as solteiras, que necessitam de atenção no que tangem a rede de apoio. Pois estudos demonstram que possuir o apoio do parceiro mostrou-se como ponto favorecedor para adesão ao pré-natal, na medida em que as puérperas sem parceiro fixo tiveram menor adesão ao acompanhamento gestacional (ROSA CQ, *et al.*, 2014).

É fundamental e propício para o desenvolvimento de uma gestação saudável, o início precoce do Pré-natal, visto que, caso necessário, às intervenções poderão ocorrer em um tempo oportuno para o desfecho favorável ao binômio mãe-fetal. Como afirma, Luz e colaboradores (2018) em estudos que têm demonstrado a associação da Atenção ao Pré-natal com a prevenção de riscos na gestação, redução de complicações no parto e puerpério e de complicações perinatais; com redução da mortalidade materno-infantil e da incidência de baixo peso ao nascer. Com isso, a pesquisa apontou que no município de Altamira o início do pré-natal ocorreu no 1º Trimestre com 66,56%, sendo que 32,64% das usuárias iniciaram no 3º mês.

Entretanto destaca-se o índice de 8,15% de brancos/ignorados referente ao o início do pré-natal e que demonstra uma fragilidade assistencial ou na falta de coleta desta informação ou na oferta deste serviço a usuárias. Também o início no 2º trimestre, reforça a fragilidade assistencial em que o início tardio junto com quantidade insuficiente de consultas de pré-natal é reflexo da falta de estrutura e protocolos, corroborando com a inadequação da assistência a mulher gravídica. (LEAL MC, *et al.*, 2015)

Outro importante indicador é número de consultas realizadas durante o Pré-natal, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde no mínimo 6 consultas. Em Altamira, 41,36% das gestantes realizam de 7 a mais consultas e que 37,09% realizaram de 4 a 6 consultas. Considerando os estudos de Leal e colaboradores (2015) existe semelhanças de valores encontrados em relação realização de mais de 6 consultas, em altamira de 78,45%, com média nacional de 73,1%, indicado que há uma assiduidade durante a assistência. Entretanto, apenas 21% das mulheres realizaram até 3 consultas, sendo 7,53% não realizaram nenhuma o que é aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012).

No que diz respeito ao tipo de parto, Pinto e colaboradores (2020) afirmam que as parturientes estão sendo estimuladas a escolher sua via de parto acordo com a preferência da Unidade Hospitalar, em que desejam a cesárea para não sintam a dor do trabalho de parto, além da flexibilidade e planejamento da própria cirurgia faz com que programem melhor para chegada de seus filhos. Observa-se que 56% dos partos são cesarianas no município de Altamira e que no intervalo do estudo sempre superou a quantidade de parto vaginal. Infelizmente, o quantitativo de cesarianas tem crescido mundialmente. Sendo muitas vezes realizada indevidamente e não evidenciando benefícios expressivos para a saúde da mãe e do filho. Todavia, quando executada dentro das indicações medicas, diminuem o óbito e morbidade materna e perinatal (SILVA SIS, *et al.*, 2020).

Quanto ao local do parto, CECATTI e colaboradores (2005), descrevem o local do parto, por um processo de institucionalização e instrumentalização do nascimento, em gradualmente passaram a ser realizados em hospitais. No entanto no Brasil e no mundo existe um processo de mudança, no sentido de resgatar valores humanísticos e de qualidade de atenção ao nascimento. Tendo em vista este a consolidação desse processo hospitalocentrico ainda na região percebe-se que 97,10% dos partos ocorre em hospitais. Corroborando com estes dados observa-se apenas 0,82% de nascimentos em aldeamento indígena, contrastando com a irregularidade ao longo do estudo em anos não chegam a 10, enquanto outros a máxima de 37.

Evidenciando uma fragilidade na estruturação assistencial dessa população, não apenas por subnotificação como também no planejamento do cuidado materno infantil indígena.

Esta fragilidade torna-se mais importante quando Garnelo e colaboradores (2019) em estudos apontam o perfil da gestante indígena com alta fecundidade das mulheres indígenas de ordem sociocultural, a valorização de famílias numerosas, elevada proporção de mulheres em uniões conjugais, início da vida reprodutiva relativamente cedo e intervalos intergenésicos curtos – o que torna fundamental assegurar o acesso das mulheres indígenas ao acompanhamento pré-natal. Dessa forma, as diversas instâncias governamentais precisam assegurar a esta população um planejamento estratégico fundamentadas diferenças inter-regionais de acordo com cada etnia e quanto ao local de nascimento das crianças. Afinal Dados do Inquérito Nacional indicam, para crianças com menos de 60 meses, um predomínio de nascimentos nas aldeias na Região Norte (66,6%).

A escala de Robson é outro indicador simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante e permite a comparação das taxas de cesáreas entre os grupos e a análise ao longo do tempo, englobando 100% das gestantes e cada uma se encaixa em apenas uma categoria. Pelo qual agrupa diversas características da gestação em 10 Grupos, dentre elas: antecedentes obstétricos, números de fetos, apresentação fetal, idade gestacional (IG) e início do trabalho de parto, contribuindo para a possibilidade de via de parto, pois os grupos 1 a 4 apresentam maior chance de parto vaginal, o grupo 5 tem alguma chance de parto vagina e os grupos 6 a 10 apresentam menor chance de parto vaginal. Com isso, em Altamira se destacam do grupo 1 e 3 que juntos 45,6% e o grupo 5 com 20,75%, segundo a classificação de ROBSON com maiores chances de parto vaginal, mesmo assim apresenta maior número de cesarianas, o que tornam fundamentais ações assistenciais que informem a gestante das vantagens do parto vaginal e por parte da gestão medidas para averiguar as indicações de cesarianas praticadas no município. Estes dados são reafirmados no estudo “Nascer do Brasil” (2011-2012) que adere a vários estados brasileiros que 80% das gestantes admitidas em hospitais públicos se classificaram nos grupos 1,2,3 e 5 onde foram frequentes partos normais (PINTO, *et al.*, 2020).

O cenário de óbitos infantis possui uma elevada concentração no 1º ano de vida, especialmente no 1º mês. A prematuridade é uma das principais causas de óbitos perinatais. Veloso e colaboradores (2019) destaca o baixo peso ao nascer como principal preditor isolado na ocorrência da mortalidade neonatal no Brasil, tendo apontado que 47% das mortes poderiam ter sido evitadas por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. Por isso, o pré-natal, feito de forma adequada, contribui para a redução de fatores modificáveis, principalmente da prematuridade e do baixo peso ao nascer. Assim um indicador importante assistência pós-

parto é o peso a nascer, em Altamira, pelo presente estudo os nascidos com 2500g/ a mais são 92,76% e os RN de baixo peso representam 6%. Logo, a maior parte das mortes infantis ocorre nas primeiras 24 horas de vida sugerindo uma relação próxima com a atenção ao parto e nascimento. Dessa forma, os serviços devem estar capacitados e preparados em tempo oportuno para uma assistência à saúde qualificada. (RAMALHO AA, *et al.*, 2018).

Assim, diante do panorama evidenciado neste estudo, podemos perceber que desafios precisam ser superados para oferecer uma melhor assistência a mulher em seu ciclo gravídico puerperal. Estudo de Luz *et al.* (2018), retrata a estrutura precária e processos de trabalho inadequados figuraram como principais entraves para o bom desenvolvimento das ações prestadas, tanto na dimensão gerencial quanto na dimensão assistencial. Tal fato, torna fundamental o desenvolvimento de medidas e ações que possam estruturar protocolos assistenciais singulares para a região de Altamira e suas particularidades, com a colaboração tanto da gestão municipal de saúde como dos diversos profissionais em suas respectivas localidades. Afinal, estes entraves impactam diretamente na baixa qualidade da atenção ao pré-natal e ao puerpério em Altamira e no Brasil.

A Nota Técnica elaborada traz uma oportunidade de trazer orientações técnicas contribuindo para aperfeiçoar fluxos de atendimento no Sistema de Saúde do município, norteando os profissionais de saúde, gestores e usuários quanto à identificação de problemas de saúde a partir da estratificação de risco gestacional e onde buscar atendimento. Assim, como afirma, Socin e colaboradores (2023) em estudos sobre linha de cuidado Materna-infantil aponta que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem importância na realização do pré-natal, sendo essencial ter um serviço que faça o atendimento de forma humanizada, integral e com organização em rede. Para que isso ocorra, é primordial que os serviços de saúde estejam totalmente integrados e de posse de toda capacidade do território.

8 CONCLUSÃO

Durante a graduação, foram proporcionados cenários de práticas, pelos quais aproximavam os discentes da realidade em saúde do município e principalmente com os pacientes. Dessa forma, compreendemos que as informações em saúde contribuem significativamente para uma assistência integral e plena, desde o atendimento dos profissionais de saúde até o planejamento em gestão. Afinal conhecer o perfil de seus usuários possibilita a criação de estratégias e medidas locais nas áreas adscritos da UBS como regionais para uma região de saúde. Logo, a importância do presente trabalho consiste em iniciar estudos acerca do perfil da mãe altamirense, que contribua na tomada de decisão no planejamento e organização da rede assistencial do município de Altamira-PA.

Diante disso, percebe-se uma fragilidade na assistência ao pré-natal devido, não apenas a problemas estruturais como acesso aos pontos da rede ou as profissionais em tempo oportuno, mas também de gestão na criação de medidas que fomentem o início do pré-natal o mais precocemente e/ou ações de capacitação dos profissionais para realização de procedimentos adequados e preconizados para as usuárias com a indicação do parto. A possibilidade de ferramentas e estratégias para uma atenção plena e de qualidade ultrapassam os recursos físicos e materiais.

Dessa forma, a elaboração da Nota Técnica sobre o Fluxo do Pré-Natal no município de Altamira-PA contribui tanto na capacitação dos profissionais de saúde acerca da assistência por meio da classificação de risco como o fluxo que as usuárias precisam realizar durante o pré-natal. Além, de proporcionar a gestão um fluxograma personalizado para as usuárias que apoiará as ações e a educação em saúde nos diversos pontos da rede assistencial.

Destarte, para melhorar o acesso aos serviços de saúde, as ações governamentais devem considerar a gestão um dos pilares fundamentais para assegurar a todos o direito à saúde integral. Ademais, todos os profissionais de saúde devem fazer gestão em seu local de trabalho desde do porteiro em uma UBS ao médico, compreender as fragilidades e potencialidades de sua localidade é ponto inicial para elaboração de soluções conjuntas tanto com a equipe multiprofissional quanto com a população, sendo imprescindível a participação do usuário como agente ativo neste processo de saúde. Por fim, é gratificante quando se percebe que a construção de uma nova realidade em saúde é um processo coletivo de todo corpo social.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022. **Instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, nº 66, de 6 de abril de 2022, Seção 1, páginas 591 a 595
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012
- CAVALCANTE ANM, *et al.* **Epidemiologia da Mortalidade neonatal no Ceará no período de 2005-2015**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2018; 31(4).
- CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. DE M. P.. **Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 6, p. 357–365, jun. 2005.
- COSTA, Maria de F. B., *et al.* **Contribuições da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil para prevenção da mortalidade materna: Revisão integrativa de 2015 a 2019**. Research, Society and Development, vol. 10, no 3, março de 2021, p. e52810313207–e52810313207. rsdjournal.org, <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13207>.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Classificação de Robson: grupos, método de cálculo e valor de uso da classificação**. Rio de Janeiro, 17 mar. 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/>>.
- GARNELO, L. *et al.*. **Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00181318, 2019.
- GOVERNO DO PARÁ. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA). **Taxa de Mortalidade Materna - 2015 a 2019**. Anuário Estatístico do Pará 2020. Acessado em: 09 de outubro de 2022, <https://www.fapespa.pa.gov.br/sistemas/anuario2020/tabelas/social/5.5-saude/tab-5.5.3-taxa-de-mortalidade-materna-2015-a-2019.htm>
- LIMA, N. G., *et al.*. **Prenatal care prenatal care for the partner: conceptions, practices and difficulties faced by nurses**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e43110615872, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15872. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15872>. Acesso em: 26 may. 2023.
- LEAL, M. C., Theme-Filha, M. M., Moura, E. C., Cecatti, J. G. & Santos, L. M. O. (2015). **Atenção ao Pré-natal e Parto em mulheres usuárias do Sistema Público de Saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste Brasileiro**. Rev Bras. Saúde Matern, 15(1):91-104.

LUZ L. A., Aquino, R., Medina, M. G. (2018). **Avaliação da qualidade da Atenção Pré-natal no Brasil**. Saúde Debate, 42(spe2):111-126. DOI: 10.1590/0103-11042018s208

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, D. M. D. & Danubia, M. B. J. **Memórias dos movimentos iniciais para a atuação de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, vol. 12, novembro de 2022. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4359>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. **Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2015**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

PINTO KCLR, *et al.* **Avaliação de gestantes admitidas em um hospital público segundo a classificação de Robson**. Brazilian journal of Development. Curitiba, v. 6, n. 9, p.67660-67670 ,sep. 2020. DOI:10.34117/bjdv6n9-267

RAMALHO AA, *et al.* **Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco**. AC, 1999 a 2015. Revista Saúde Pública, 2018; 52.

ROSA, C.Q.; *et al.* **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte**. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 977-984, 2014.

RUAS, C. A. M., *et al.* **Profile and spatial distribution on maternal mortality**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, vol. 20, no 2, junho de 2020, p. 385–96. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>.

SILVA K. C., *et al.* **Perfil dos óbitos neonatais no município de Altamira-PA entre os anos de 2018 a 2021**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 1, p. e11736, 10 jan. 2023.

SILVA, L. B. R. A. A., *et al.* **Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 26, no 3, março de 2021, p. 931–40. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>.

SILVA S.I.S., *et al.* **Mortalidade infantil: perfil epidemiológico da região do médio Vale do Itajaí**. Revista Científica de Enfermagem-RECIEN, 2020; 10(31).

SONCIN E.; *et al.* **Linha de Cuidado Integral sobre Saúde Materno Infantil**. Rev. Tec. Cient. CEJAM 2023;2:e202320015. Doi: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202320015>.

SOUZA, R. A. G., *et al.* **Influência da assistência pré-natal na redução da mortalidade materna: uma revisão integrativa**. Revista de Casos e Consultoria, vol. 13, no 1, março de 2022. periodicos.ufrn.br, <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27846>.

VELOSO, F. C. S. *et al.* **Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies**. Jornal de Pediatria, v. 95, n. 5, p. 519–530, set. 2019.

ZUGAIB obstetrícia / editor Marcelo Zugaib; editora associada Rossana Pulàneli Vieira Francisco; [ilustrações Sírio José Braz Cançado). - 3. ed. - Barueri, SP: Manole, 2016.

ZVEITER, M., *et al.* **O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro?**. Revista Enfermagem UERJ, vol. 30, no 1, setembro de 2022, p. e66736. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736>.

APÊNDICE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA**

**NOTA TÉCNICA
FLUXO DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA**

A presente “Nota técnica” é um documento de análise objetiva para a implantação/Implementação de Fluxo de atendimento do Pré-Natal Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil no município de Altamira-PA, escrito com o propósito de subsidiar a sua organização e funcionamento.

**JUNHO-2023
ALTAMIRA-PA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

PROFESSORA ORIENTADORA

Msc. Ilka Lorena de Oliveira Farias

PROFESSOR CO-ORIENTADOR

Dr. Felipe Rodolfo P. da Silva

DISCENTE MEDICINA – UFPA Campus Altamira

André Ribeiro de Holanda



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	2
2 PERFIL DA GESTANTE DO MUNICIPIO DE ALTAMIRA-PA	3
3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE.....	4
4 PONTOS DA REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL DE ALTAMIRA.....	7
5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA GESTANTE - PROFISSIONAIS.....	9
6 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA GESTANTE - USUÁRIAS	10
REFERÊNCIAS.....	11



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

1 APRESENTAÇÃO

A assistência ao pré-natal, é uma política pública voltada para a saúde do binômio materno-fetal que junto com os diversos políticas de saúde visam assegurar os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, como também asseguram um desfecho favorável para mãe e filho. Dessa forma, Costa e colaboradores (2021), expõem que para a qualidade do pré-natal na Atenção Primária em saúde é necessário manter em equilíbrio ‘um tripé’: (1) infraestrutura adequada; (2) equipe multiprofissional capacitados, que (3) adotem processos de trabalho cientificamente estabelecidos, organizados e desenvolvidos para realidade daquela região e população específica levando em consideração suas particularidades.

O Pará, segundo a FAPESPA (2020), é o Estado com maior índice de mortalidade materna no País, acompanhado pelos seus municípios, como Altamira que teve em 2019 índices de 42,25% de mortalidade materna. Como também, em estudos desenvolvidos por Souza e colaboradores (2022) a realização do Pré-natal de acordo com as normativas preconizadas a possibilidade de identificação de infecções, doenças hipertensivas, diabetes e síndromes hemorrágicas – as intercorrências que mais causam internações durante a gravidez – são evitáveis em 90% dos casos. Destarte, é fundamental conhecer o perfil das mulheres atendidas durante o ciclo gravídico puerperal no município de Altamira com o objetivo de estabelecer estratégia que possam contribuir favoravelmente para o binômio materno-fetal.

Por conseguinte, reconhecer a importância da informação e comunicação em saúde no que diz respeito à Rede assistencial Materno-Infantil durante a assistência ao pré-natal, considerando a Linha de Cuidado da Gestante, os fluxos assistenciais e o conhecimento profissional e da usuária acerca da organização local da rede é a chave para a prestação de um serviço de qualidade, integral e pleno. Para isso, o fortalecimento da Atenção Básica aliado à organização de Redes de Saúde, nos quais o compartilhamento de informações e responsabilidades entre Atenção Primária de Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH), entre outras medidas são imprescindíveis para mudança dessa realidade em saúde (COSTA *et al.*, 2021).

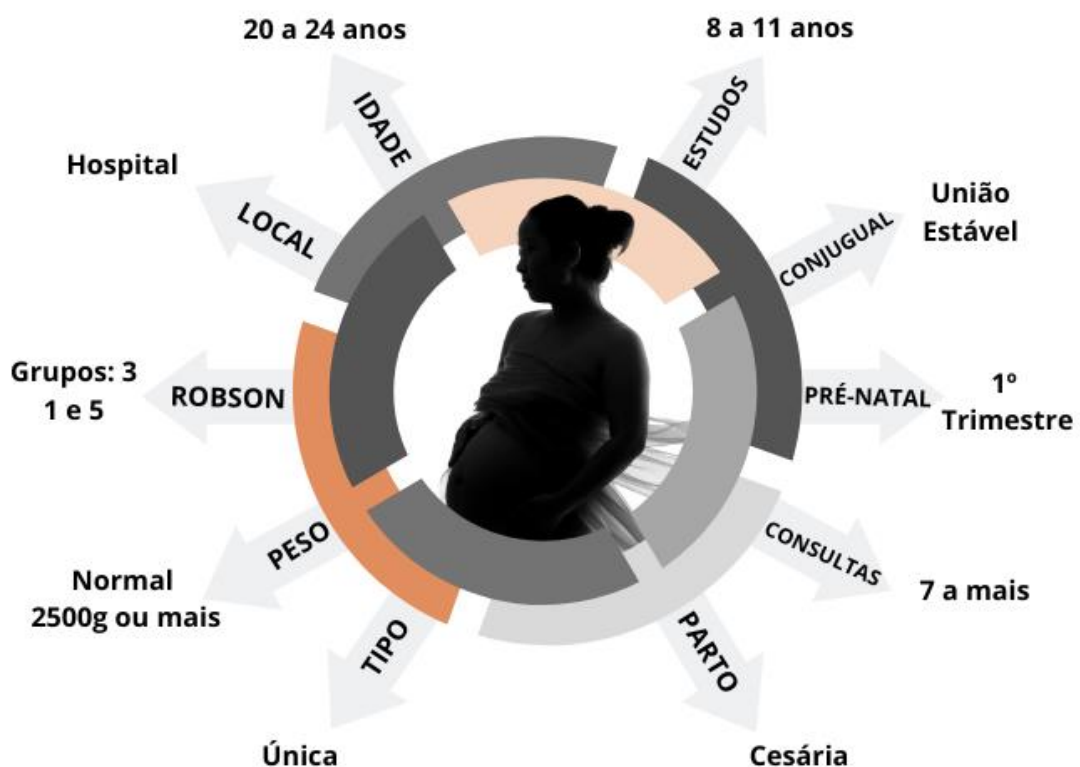


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

2 PERFIL DA GESTANTE DO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA

A assistência ao Pré-natal é uma ação do Ministério da Saúde que visa assegurar o desenvolvimento saudável do binômio mãe-filho durante o período gravídico-puerperal como assegurar direitos fundamentais. Como afirma, Costa e colaboradores (2021) que mesmo a assistência ao pré-natal, sendo estruturada em protocolos e diretrizes é fundamental também se organizar para atender as necessidades de cada gestante, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos disponíveis. Com isso, torna-se importante por parte da gestão municipal de saúde conhecer o perfil de suas gestantes-puerperas, apresentado na figura abaixo, para assim possibilitar um atendimento integral e de qualidade que além do cuidado clínico, a abordagem dos aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Figura 1: Perfil da mãe altamirense



FONTE: Elaborado pelo autor.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

QUADRO 1 – PERFIL MATERNO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA NO INTERVALO DE 2013-2022		
GRUPO ETARIO	15 a 19 anos	22,61%
	20 a 24 anos	30,24%
	25 a 29 anos	23,40%
ESCOLARIDADE	04 a 07 anos	23,76%
	08 a 11 anos	49,98%
	12 anos e mais	11,24%
SITUAÇÃO CONJUGAL	Solteira	19,39%
	Casada	22,39%
	União estável	56,07%
INICIO POR TRIMESTRE	1º	66,56%
	2º	21,71%
	3º	3,58%
MÊS DE INICIO DO PRE-NATAL	2º mês	24,19%
	3º mês	32,64%
	4º mês	11,45%
Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	NENHUMA	7,53%
	de 4 a 6	37,09%
	de 7 a mais	41,36%
TIPO DE GESTAÇÃO	Única	98,46%
	Dupla	1,46%
TIPO DE PARTO	Vaginal	44,29%
	Cesário	55,67%
LOCAL DA OCORRÊNCIA	Hospital	97,10%
	Domicílio	0,78%
	Aldeia Indígena	0,82%
GRUPO DE ROBSON	Grupo 1	21,14%
	Grupo 3	24,46%
	Grupo 5	20,75%
PESO NASCIMENTO	< 1500	1,22%
	1500 a 2499	6%
	2500 a mais	92,76%

FONTE: SINAC, 2023.

3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A estratificação de risco gestacional é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

A estratificação de risco gestacional é definida a partir de fatores de risco, sendo agrupada de acordo com:

- ✓ Condições individuais e socioeconômicas e familiares.
- ✓ História reprodutiva anterior.
- ✓ Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

Segue abaixo o quadro que atribui os critérios para estratificação do risco gestacional classificados em: **RISCO HABITUAL, RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO.**

QUADRO 2 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL			
RISCO GESTACIONAL	FATORES	PRÉ NATAL	PARTO
RISCO HABITUAL	<p>Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:</p> <p>() Idade entre 16 a 34 anos; () Aceitação da gestação; () Intervalo interpartal maior que 2 anos e menor 5 anos; () Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e na atual.</p>	Unidade Básica de Saúde Estratégia Saúde da Família	Maternidade de risco habitual
RISCO INTERMEDIÁRIO (Acompanhamento na APS, poderá fazer atendimento compartilhado com AAE, podendo ou não permanecer no alto risco)	<p>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</p> <p>() Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos; () Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; () Situação conjugal insegura sem violência ou abuso; () Insuficiência de apoio familiar; () Capacidade de auto cuidado insuficiente, com apoio; () Não aceitação da gestação; () Baixa escolaridade; () Tabagismo ativo ou passivo; () Uso de medicamentos teratogênicos; () Altura menor que 1,45m; () IMC >18,5 ou 30-39kg/m²; () Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; () Uso eventual de drogas lícitas ou ilícitas; () Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola; () Mulher de raça negra; () Infertilidade; () Outras condições de saúde de menor complexidade.</p> <p>ESPECIFICAR: _____ História reprodutiva anterior: () Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e microssômica); () Malformação; () Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais) () Diabetes gestacional; () Síndrome hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade;</p>	Unidade Básica de Saúde/ Estratégia Saúde da Família	Maternidade de risco habitual



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

<p style="text-align: center;">RISCO INTERMEDIÁRIO</p> <p style="text-align: center;">(Acompanhamento na APS, poderá fazer atendimento compartilhado com AAE, podendo ou não permanecer no alto risco)</p>	<p>() Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal; () Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal); () Intervalo interpartal < 2 anos ou > 5 anos; () Gestação múltipla; () Prematuridade anterior.</p> <p>Condições e intercorrências, clínicas obstétricas, na gestação atual:</p> <p>() Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou um episódio de pielonefrite, se tiver condições de avaliar mensalmente com EAS () Ganho de peso inadequado; () Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); hepatites B (seguir fluxo de notificação para solicitação de imunoglobulina); () Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou chikungunya, (quadro febril exantemático), H1N1, COVID- 19, condiloma acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS (seguir fluxo para agendar parto no hospital de referência); () Arritmia cardíaca fetal (referenciar para FHCGV); () Gestação múltipla; () Gestante Rh negativo, pai Rh positivo, Coombs indireto negativo (seguir fluxo para agendar parto em maternidade de referência).</p>		
<p style="text-align: center;">ALTO RISCO</p>	<p>Características individuais e condições socioeconômicas</p> <p>() Indícios ou ocorrência de violência; () Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas - CAPS; () Agravos alimentares ou nutricionais: IMC \geq 40 kg/m² ou < 18.5kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros); () Capacidade de auto cuidado insuficiente, sem apoio.</p>	<p>UBS/ESF + Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco</p>	<p>Maternidade de alto risco</p>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

ALTO RISCO	<p>Condições clínicas prévias a gestação:</p> <p>() Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras;</p> <p>() Hipertensão arterial crônica descompensada;</p> <p>() Antecedentes de trombo embolismo (TVP ou embolia pulmonar);</p> <p>() Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio, com pré-natal complementar de alto risco no ambulatório do FHCGV;</p> <p>() Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, e fibrose cística);</p> <p>() Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos);</p> <p>() Endócrinopatias (<i>Diabetes mellitus</i> 1 e 2, e gestacional, hipotireoidismo e hipertireoidismo);</p> <p>() Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias;</p>	<p>UBS/ESF + Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco</p>	<p>Maternidade de alto risco</p>
-------------------	---	---	----------------------------------

FONTE: SESPA – COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

Para implementação da Ficha de Estratificação de Risco Gestacional há necessidade de Processo de Educação Permanente direcionada aos profissionais de saúde da rede assistencial a fim de esclarecer dúvidas e o bom uso do instrumento.

É possível obter informações sobre a Ficha e o Cenário da Saúde Materno Infantil no município de Almira – Pará assistindo o **Seminário On Line sobre Estratificação de Risco Gestacional** com parceira da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará (SESPA) para servidores da rede municipal de saúde de Altamira e discentes do Curso de Medicina na UFPA/Campus Altamira. Disponível em: <https://youtu.be/JrX6x99Nqyg>

4 PONTOS DA REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL DE ALTAMIRA

A cidade de Altamira é a sede da 10ª Regional de Saúde do estado do Pará composta por mais 9 municípios que se distribuem ao longo da rodovia transamazônica e a margem do médio e baixo Xingu o que possibilita a integração na rede assistencial de referência e contrarreferência, principalmente em gestações de alto risco.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

A rede assistencial do município é constituída por: 23 UBS (urbana e rural), 1 UPA, 1 CTA/ SAE, 1 CAPS adulto, 1 CAPS infantil, 1 Hospital Média complexidade (Hospital Municipal de Altamira – HGA), 1 Hospital de Média e Alta Complexidade (Hospital Regional Público da Transamazônica – HRPT), 1 Central de Regulação, 1 Centro de Apoio e Diagnóstico. Dessa forma, é de suma importância o conhecimento por parte profissionais de saúde a função de cada ponto dentro da rede, os procedimentos disponíveis e o fluxo de atendimento. Assim, possibilita as usuárias uma assistência plena e integral neste importante ciclo da vida.

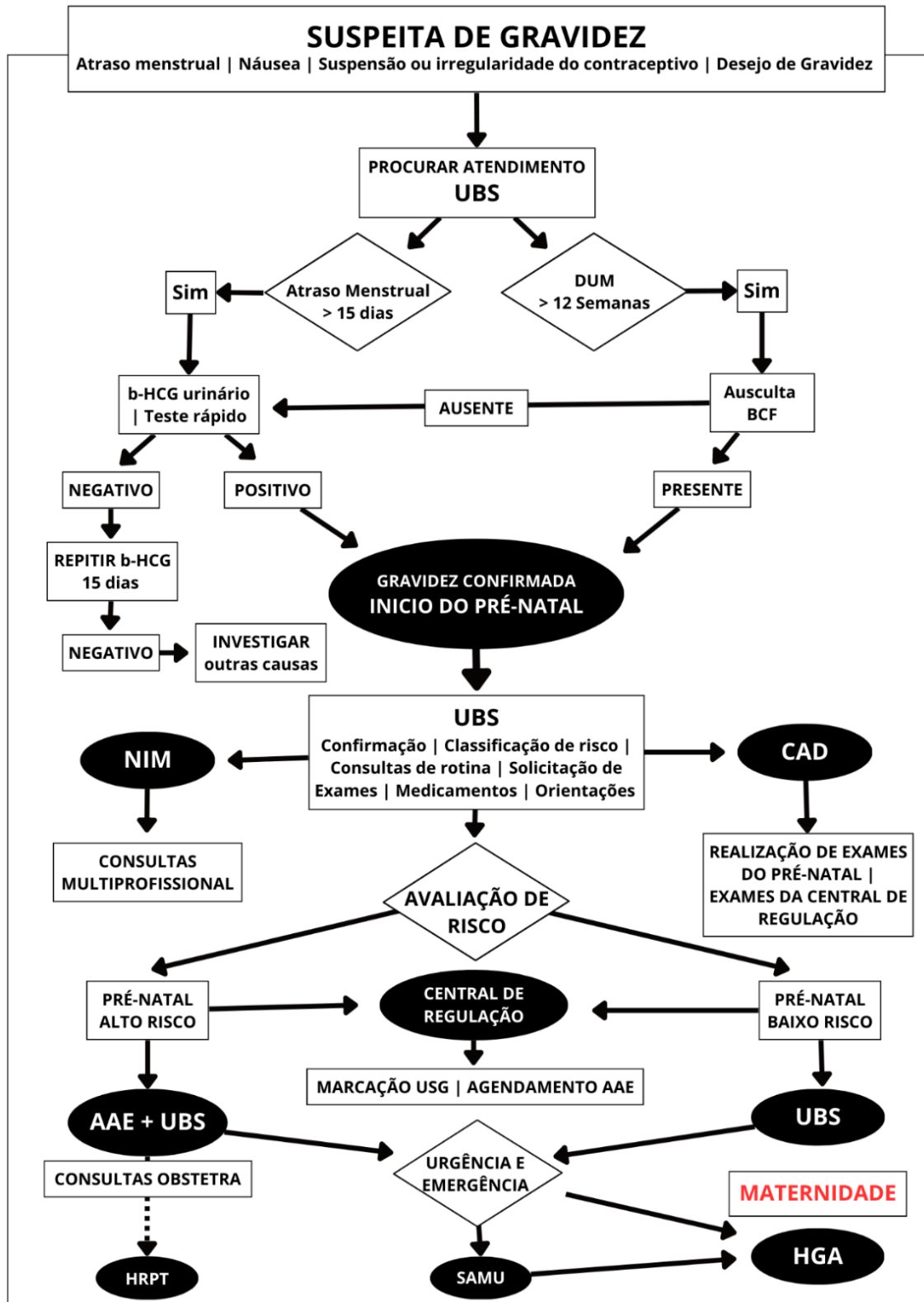
Com isso, a Rede Municipal de Assistência Materna-Infantil pode ser estruturada em 3 seguimentos de acordo com o quadro abaixo:

QUADRO 3 - ORGANIZAÇÃO DA A REDE MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA MATERNA-INFANTIL DE ALTAMIRA-PA	
BAIXO RISCO/RISCO INTERMEDIÁRIO	
ESTRUTURAS	SERVIÇOS OFERTADOS
Unidades Básica de Saúde (UBS)	Diagnóstico de Gravidez (solicitação de Teste Rápido de Gravidez) Consulta Pré-Natal Assistência Odontológica Solicitação de Exames de Rotina do Pré-Natal Solicitação de Ultrassonografia Vacinação Testes Rápidos: Sífilis, Hepatites e HIV Triagem Neonatal (Somente nas Unidades Básicas: Sudam 2, Ilvanir Denardin, Mutirão e Brasília)
Núcleo Integrado Multidisciplinar (NIM)	Consultas com equipe multidisciplinar (Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social) Atividades de promoção à saúde: Atividade Física, atividades em grupo
SISTEMA DE APOIO	
Centro de Apoio e Diagnóstico Serviços (CAD)	Teste Rápido de Gravidez (livre demanda – sem marcação) / Realização de todos os exames pré-natal (Hemograma completo, Tipagem sanguínea, Coombs indireto, glicemia em jejum, Teste Oral de tolerância à glicose, Sorologia para Sífilis, HIV e Hepatites, Toxoplasmose, Urina Tipo 1, Citomegalovírus, Urocultura) Exames marcados pela Central de Regulação.
Resultado de Exames: somente com protocolo 2ª a 5ª feira – das 14 às 16h 6ª feira – 12h às 14h	
SAMU	Transporte Emergência-Urgência Parto Atendimento APH
Central de Regulação (CR)	Marcação de Exames solicitados nas UBS e AAE Marcação de USG Agendamento para AAE.
CAPS Adulto	Atenção Psicológica
CTA / SAE	Atenção a doença Infectocontagiosas
ALTO RISCO	
Ambulatorial Especializada (AAE)	Consulta Pré-Natal de Alto Risco.
Na Unidade Ilvanir Denardim com especialista em Ginecologia Obstetrícia	
Hospital Geral de Altamira (HGA)	Emergência-Urgência Obstétrica Assistência ao Parto UCI Neonatal Primeiras Vacinas do RN (BCG e Hepatite B) Triagem Neonatal



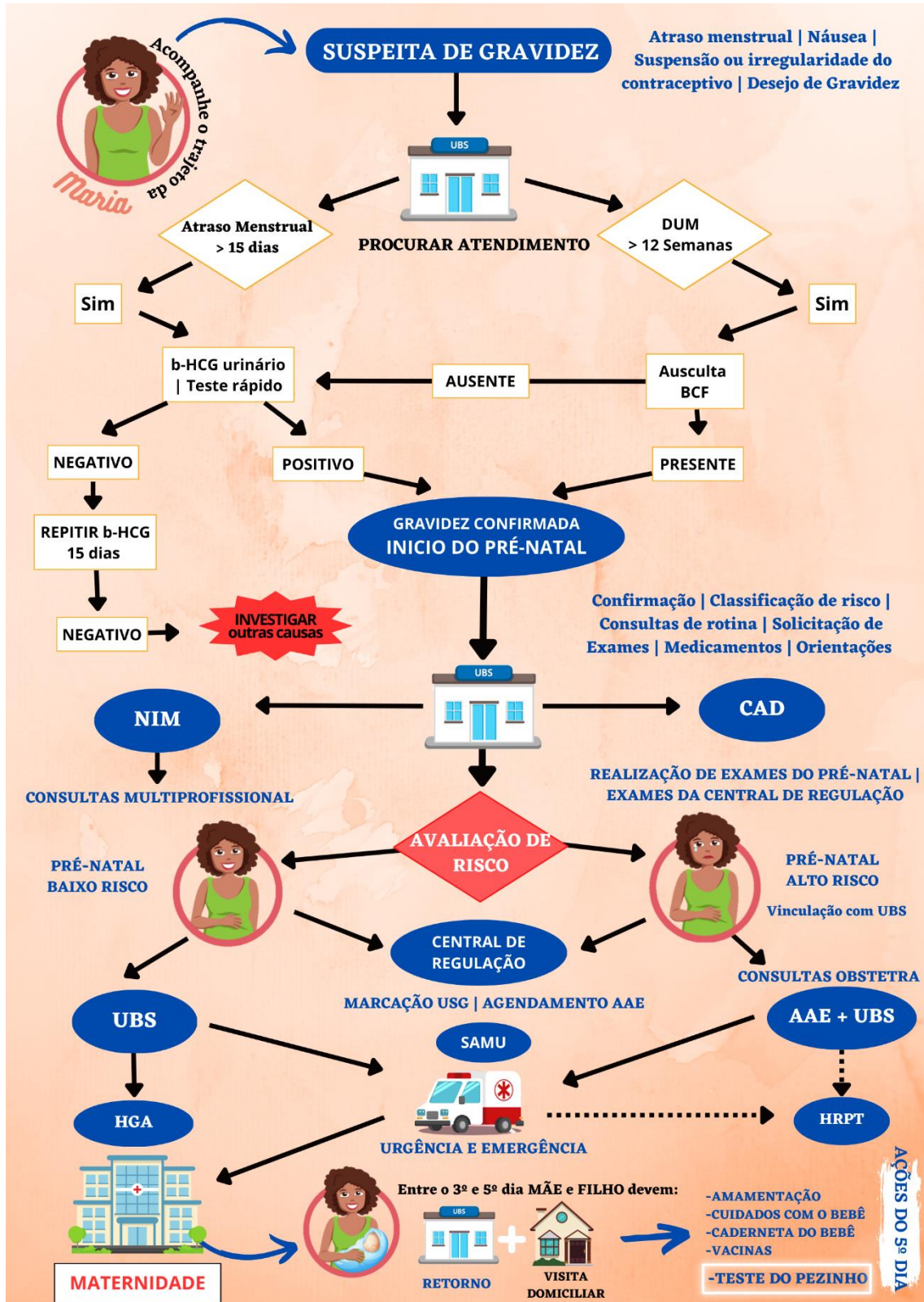
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
 FACULDADE DE MEDICINA

5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA GESTANTE - PROFISSIONAIS



FONTE: Elaborado pelo autor.

6 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA GESTANTE – USUÁRIAS



FONTE: Elaborado pelo autor.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ -
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012

COSTA, Maria de F. B., *et al.* **Contribuições da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil para prevenção da mortalidade materna: Revisão integrativa de 2015 a 2019**. Research, Society and Development, vol. 10, no 3, março de 2021, p. e52810313207–e52810313207. rsdjournal.org, <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13207>.

GOVERNO DO PARÁ. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA). **Taxa de Mortalidade Materna - 2015 a 2019**. Anuário Estatístico do Pará 2020. Acessado em: 09 de outubro de 2022, <https://www.fapespa.pa.gov.br/sistemas/anuario2020/tabelas/social/5.5-saude/tab-5.5.3-taxa-de-mortalidade-materna-2015-a-2019.htm>