

## SAÚDE MATERNO-INFANTIL: contribuições de um Programa de Residência

### Multiprofissional em Saúde para o Seridó Potiguar

*MATERNAL AND CHILD HEALTH: contributions from a Multiprofessional Residency Program in Health for Seridó Potiguar.*

Isabelle Cristina Custódio de Lima; Suzérica Helena de Moura Mafra

#### RESUMO

**Introdução:** A necessidade de uma assistência equânime e integral à saúde da mulher e da criança, estabelecidas na Constituição Federal de 1988 e com a instituição do Sistema Único de Saúde requereu um conjunto de políticas, programas e ações que respondesse às mudanças do quadro epidemiológico, às reivindicações do movimento de mulheres pela humanização do parto, a melhoria da assistência e a redução dos elevados índices de morbimortalidade por causas consideradas evitáveis. **Objetivo:** analisar a evolução da Política de Saúde Materna e Infantil no Brasil, apresentando seus principais programas, particularizando a Rede de Cegonha no Rio Grande do Norte, apresentando o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil e a suas potencialidades no Seridó Potiguar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório e analítico, com revisão de literatura e a aplicação de entrevista semiestruturada, tendo uma amostra de sete residentes. Foi utilizada uma amostragem aleatória simples. Os dados obtidos foram tratados através da análise de conteúdo e guiados pelo método do materialismo histórico-dialético, as inferências e interpretações foram realizadas em uma perspectiva histórica e de totalidade. **Resultados:** Os dados produzidos nos permitiram perceber os inegáveis avanços para os serviços de saúde no Seridó Potiguar, na qualidade e humanização da assistência e na atenção aos usuários, em decorrência das ações integradoras desenvolvidas na saúde materno-infantil. **Palavras Chave:** Saúde Materno-Infantil. Formação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Seridó Potiguar.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The need for equitable and comprehensive care for the health of women and children, established in the Federal Constitution of 1988 and with the institution of the Unified Health System, required a set of policies, programs and actions that responded to changes in the epidemiological situation, to the demands of the women's movement for the humanization of childbirth, the improvement of care and the reduction of high rates of morbidity and mortality due to causes considered to be preventable. **Objective:** to analyze the evolution of the Maternal and Child Health Policy in Brazil, presenting its main programs, particularizing Rede Cegonha in Rio Grande do Norte, presenting the Multidisciplinary Residency program in Maternal and Child Health and its potential in Seridó Potiguar. **Methodology:** This is research with a qualitative approach, with an exploratory and analytical character, with a literature review and the application of a semi-structured interview, with a sample of seven residents. Simple random sampling was used. The data obtained were treated through content analysis and guided by the method of historical-dialectical materialism, the inferences and interpretations were carried out in a historical perspective and of totality. **Results:** The data produced allowed us to perceive the undeniable advances for health services in the Seridó Potiguar, in the quality and humanization of assistance and attention to users, as a result of the integrative actions developed in maternal and child health. **Keywords:** Maternal and Child Health. Health Training. Multiprofessional Health Residency. Seridó Potiguar.



## INTRODUÇÃO

A Política de Saúde no Brasil destinada ao público materno-infantil atravessou um extenso processo de (re)estruturação, sendo delineada no decorrer de várias décadas, possuindo distintas terminologias, ao longo das diversas gestões. Atualmente, a Rede de Atenção à Saúde materno-Infantil é destinada à melhoria da assistência e a redução dos elevados índices de morbimortalidade por causas consideradas evitáveis, por intermédio do acesso a serviços de qualidade.

No Brasil, a mortalidade materno-infantil ainda é considerada um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade de modo geral. Os elevados índices configuram um preocupante problema de saúde pública, impactando distintamente as diferentes regiões brasileiras. Especialmente mulheres e crianças das classes sociais pauperizadas tendem a ter dificuldades de ingresso e acesso aos direitos sociais, com destaque para a Assistência Social e Saúde<sup>(1)</sup>.

Para o Ministério da Saúde, entende-se por morte materna, os óbitos ocorridos durante a gestação, parto ou puerpério (até 42 dias após o fim da gestação), independente do período da gravidez ou do local de realização do parto; que ela seja decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas a ela relacionadas. Contudo, óbitos por causas acidentais e incidentais não entram nas estatísticas de morte materna<sup>1</sup>. A mortalidade infantil, por sua vez, refere-se a óbitos de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, podendo ser definido também como neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias)<sup>2)</sup>.

A redução das taxas de mortalidade materna e infantil aparecem como Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030<sup>1</sup>, e analisar os dados desses indicadores em saúde, que estão relacionados diretamente com outros dados sociodemográficos, evidencia sua importância no processo que objetiva qualificar o Sistema Único de Saúde.

Em comparação com os dados internacionais, tais taxas indicam a necessidade de superação de obstáculos, dentre eles destaca-se: a predominância de causas evitáveis da mortalidade materno-infantil; os elevados índices de intervenções obstétricas

desnecessárias, a exemplos dos partos cesarianos e das episiotomias; a concentração de óbitos neonatais nas primeiras horas de vida; e a qualificação de profissionais da saúde para exercerem suas funções de forma humanizada e eficiente<sup>(3)</sup>.

Assim, com o intuito de superar o problema de qualificação de profissionais, nessa como em outras áreas da saúde, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde e, posteriormente, com apoio do Ministério da Educação, passa a formular políticas e ações indutoras de mudanças, articulando modalidade de formação em saúde, como uma importante proposta para a qualificação dos profissionais da saúde, numa perspectiva de interação entre os serviços, as instituições formadoras e as comunidades<sup>(4)</sup>.

Desse modo, a partir do início dos anos 2000, os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS) passam a ganhar evidência, como uma importante estratégia de ensino-serviço, na qualificação de recursos humanos na área da saúde, por meio da educação permanente e dos processos formativos que valorizam o SUS. Os PRMS constituem uma modalidade de formação em saúde, no âmbito da pós-graduação, classificada como *latu sensu*, com duração de dois anos, compreendida como modalidade de ensino em serviço, abrangendo as categorias profissionais que integram a área de saúde, com exceção da medicina<sup>(5)</sup>.

A partir da constatação das potencialidades de tais iniciativas, em 2016, a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), com o intuito de interiorizar e inovar nos serviços de saúde no Seridó Potiguar criou os Programas de Residência Multiprofissional, com área de concentração em: Atenção Básica e Saúde Materno-Infantil, de maneira a oportunizar uma formação de qualidade para seus residentes, bem como fortalecer o SUS. Tais programas consistem em estratégias efetivas de transformação sociopolítica da realidade, apoiadas no compromisso social<sup>(6)</sup>.

Em meio à essa realidade e mediante a inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil - pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do

1 Ver mais em: <https://svs.aids.gov.br/daent/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/ods/publicacoes/relatorio-metas-nacionais-ods-proposta-a-dequacao.pdf>





Norte -, espaço no qual pudemos aprofundar nossas reflexões sobre a temática, aguçando o interesse em propor uma pesquisa que analisasse com maior profundidade as particularidades, as possibilidades e os desafios da formação em saúde do PRMSMI. Outra motivação para desenvolver a presente pesquisa partiu da relação do Serviço Social com as Residências em Saúde. As discussões sobre o trabalho e formação para a saúde, no campo das residências vêm sendo pauta permanente nas entidades do Serviço Social, uma vez que, estes programas têm-se mostrado como uma das principais modalidades de formação no âmbito da pós-graduação, para a qualificação dos trabalhadores da saúde<sup>2</sup>.

Assim este estudo tem por objetivo analisar a evolução da Política de Saúde Materna e Infantil no Brasil, apresentando seus principais programas, particularizando a Rede de Saúde Materno e Infantil no Rio Grande do Norte, apresentando o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil e a suas potencialidades no Seridó Potiguar.

A presente pesquisa buscou ainda contribuir com a produção de conhecimentos para o Serviço Social, bem como, para outras categorias do campo da saúde, acerca da formação e do trabalho dos residentes nos programas de residências multiprofissionais em saúde, com destaque para o Programa de Residência Multiprofissional da EMCM/UFRN e, mais especificamente, para a Residência Materno-Infantil. Cabe salientar que a elaboração do presente estudo, é um fragmento do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), defendido em fevereiro de 2023, portanto, a versão completa desta pesquisa encontra-se no Repositório Institucional da UFRN.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caráter exploratório e analítico. Para tanto, foram realizadas análises documentais e pesquisa

bibliográfica em revistas e livros, monografias, teses e artigos, a fim de se obter um aprimoramento e a ampliação de conhecimentos já existentes acerca da formação em saúde materno-infantil e do PRMS.

A pesquisa pautou-se ainda na aplicação de entrevistas semiestruturadas, realizadas em outubro e novembro de 2022, sendo composta por 5 questões abertas, norteadas por um guia para sua realização. A escolha deste recurso se justificou pela possibilidade da entrevista semiestruturada, com questões semiabertas, oferecer melhores oportunidades ao pesquisador e aos entrevistados para estabelecerem diálogos no decorrer da pesquisa, evitando que o entrevistado limitasse seu campo reflexivo. Vale ressaltar que as entrevistas foram gravadas e transcritas, a fim de assegurar qualidade na análise dos dados coletados.

Nessa etapa da pesquisa, o estudo teve amostra inicial de doze residentes (sendo 6 egressos e 6 em formação)<sup>3</sup>. Foram incluídos como sujeitos todos os residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Materno-Infantil, incluindo egressos (que concluíram o programa) e matriculados atualmente no Programa<sup>4</sup>.

A quantidade da amostra dos residentes foi definida de maneira a contemplar de forma igualitária a divisão entre egressos e os que ainda estavam em atuação, bem como assegurar que pelo menos um representante de cada categoria profissional em formação estivesse presente, divididos entre os dois municípios onde ocorreu a respectiva formação (Caicó e Currais Novos). Assim, foi utilizada uma amostragem aleatória simples.

Contudo, durante o desenvolvimento desta pesquisa, alguns limites se impuseram, dentre os quais, a ausência de respostas por parte de alguns sujeitos, especialmente, os egressos para a participação da pesquisa. Assim, esta pesquisa foi desenvolvida com o quantitativo de 7 entrevistados, sendo 5 residentes e 2 egressos, cuja riqueza dos relatos ratifica a relevância dos dados obtidos. Cabe destacar que, os dados

2 Isso pode ser observado a partir da publicação de materiais, produção de pesquisas de mapeamento e realização dos 2 Seminários Nacionais Residência em Saúde e Serviço Social, em 2016 e 2022, respectivamente, cujas iniciativas são promovidas pelo Conselho Federal de Serviço Social e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ver mais em: ASSOCIAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Mapeamento das Residências em área profissional e Serviço Social. Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2021.

3 Esse quantitativo é referente as categorias profissionais que compõe o PRMSMI (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia), de modo que as todas as categorias fossem representadas na amostra.

4 Dessa forma, até 2022, o PRMSMI/EMCM/UFRN conta com cinco turmas de egressos perfazendo um total de 56 profissionais e duas turmas ainda em formação, compreendendo 23 residentes, totalizando 79 profissionais.





obtidos foram tratados através da análise de conteúdo e guiados pelo método do materialismo histórico-dialético, as inferências e interpretações foram realizadas em uma perspectiva histórica e de totalidade.

Para preservar a identidade dos entrevistados, seus nomes foram substituídos por nomes de plantas características do Sertão Nordeste, sendo elas: Aroeira, Caroá, Cacto, Juazeiro, Mandacaru, Palma e Umbuzeiro. A escolha desses nomes se deu não somente na intenção de homenagear a região e o povo nordestino, que, é símbolo de resistência, por sobreviver em meio ao clima seco, por florescer entre os solos áridos e por esperar, em meio à escassez de água, como também por se constituir o locus da inserção do programa aqui analisado.

Destaca-se ainda que foram obedecidos os todos os preceitos éticos, sendo esta pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), sob perspectiva da Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada em outubro de 2022 com o CAAE: 62782422.6.0000.5568.

## RESULTADOS

Nesse tópico, analisou brevemente o processo sócio-histórico da Política de Saúde Materna e Infantil no Brasil, apresentando seus principais programas e ações, bem como refletindo seus principais avanços e desafios. Por fim, caracterizou-se a Rede de Saúde Materno-Infantil no Rio Grande do Norte, com ênfase no Seridó Potiguar, apontando alguns dados sobre a mortalidade materno-infantil do estado, as estratégias de enfrentamento e os desafios ainda presentes.

### Política Materno-Infantil no Brasil: estratégias de enfrentamento da mortalidade materna e infantil evitável.

Até a década de 1940, no Brasil, as temáticas relacionadas à saúde materno-infantil, sobretudo, às demandas relativas à gravidez e ao parto, eram poucos presentes na agenda da saúde pública. Os programas materno-infantis elaborados até a década de 1970 transpunham

uma visão limitada sobre a mulher, apoiada em uma especificidade biológica e numa visão social de mãe, responsável pela criação, educação e cuidado dos filhos e demais familiares. À mulher, cabiam ainda todas as atividades relativas aos cuidados domésticos. Tais programas eram caracterizados, ainda, pela verticalidade e pela falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal<sup>(7)</sup>.

Era, portanto, reflexo de um Brasil à época: recém constituído República, experienciando as primeiras experiências de industrialização, o que impactou diretamente nas condições de vida, saúde e trabalho da população. Nesse contexto também, a Saúde no Brasil se transformava: mediante as iniciativas sanitárias no combate à doenças epidêmicas; por meio da organização institucional dos Ministérios e Políticas Previdenciárias que possibilitavam acesso à serviços de saúde a seus assegurados; dentre outras<sup>5</sup>. Ao passo do desenvolvimento desse tempo histórico, o Brasil vivenciou ainda o período ditatorial militar (1964-1985), marcado fortemente pelo caráter conservador e anti-democrático das medidas governamentais.

Entre a década de 1970 e o início da década 1980, a saúde da criança foi marcada por importantes iniciativas para a redução da mortalidade infantil e para melhoria da saúde das crianças, dentre as quais se destacam: a ampliação da cobertura vacinal da população, especialmente das crianças, em 1973, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, que compreendia um conjunto de ações relacionadas à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno<sup>(1)</sup>.

Esse cenário começa a mudar, gradual e paulatinamente, a partir da década de 1980, quando as lutas e debates promovidos, principalmente, pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), forjaram um avanço teórico-político no que diz respeito ao processo saúde-doença e mais especificamente sobre a saúde da mulher<sup>(8)</sup>.

No âmbito da saúde da mulher, o movimento de mulheres contribuiu significativamente para inserir na agendanacional, pautas até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao ambiente e às relações privadas. Por meio da organização política,

5 Ver mais em: OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. In.: Encontros Teológicos nº 61 Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42.





principalmente, do movimento feminista organizado, as mulheres manifestaram suas insatisfações<sup>(9)</sup>.

Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujo intuito foi desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços destinados ao público materno-infantil. No ano seguinte, o PAISMC foi desmembrado em dois programas: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). As ações destes dois programas objetivavam diminuir a morbimortalidade infantil e materna<sup>(10)</sup>.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcado principalmente pela ruptura com a visão restrita de saúde, norteadora da política de saúde da mulher vigente até então, compreendia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo a assistência à mulher em clínica ginecológica, o planejamento familiar e reprodutivo, o pré-natal, parto e puerpério, a prevenção das IST's, do câncer de colo de útero e de mama<sup>(10)</sup>.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), por sua vez, buscava definir condições para um atendimento integral a saúde da criança, na faixa etária de zero a cinco anos, especialmente, aquelas de grupos de risco, por meio da qualificação e da melhoria da assistência, com o aumento da cobertura dos serviços de saúde, do incentivando às ações de promoção integral da saúde, a fim de diminuir a morbimortalidade infantil<sup>(11)</sup>.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, foram reconhecidos direitos básicos e universais de cidadania, garantindo o acesso à saúde, à assistência social, à previdência social, à educação, à moradia, ao lazer, à segurança e ao trabalho. A CF define igualmente, a Seguridade Social, que passa a incorporar a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, representando um avanço na institucionalização do modelo ampliado de proteção social<sup>(11)</sup>.

No início da década de 1990, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90 foi criado o SUS. No mesmo ano, a Lei 8.069/90 instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece a proteção integral à criança e ao adolescente, bem como assegura às gestantes, através do SUS, assistência no pré-parto,

parto e puerpério, possibilitando um cuidado adequado ao binômio mãe-bebê.

Em 1991, na perspectiva de propiciar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar, a Organização das Nações Unidas (ONU) lança aos países membros, dos quais o Brasil faz parte, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). No documento "10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" estão presentes as diretrizes básicas para uma política hospitalar que garanta a prática do aleitamento materno<sup>(12)</sup>.

Em 1994, no esforço de reorganizar o modelo assistencial de saúde, implementa-se as ações do Programa da Saúde da Família (PSF), com foco na atenção a família, o que não era alcançado pelo PACS. Todavia é somente com a implementação das Normas Operacionais Básicas-Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) de 1993 e 1996, que começou um importante processo de descentralização do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) com expansão das responsabilidades dos municípios ao estabelecer o processo de regionalização da assistência<sup>(13)</sup>.

Em 1995, o Ministério da Saúde, lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) que tinha por finalidade a intensificação dos diversos programas governamentais, promovendo a articulação inter-setorial com instituições internacionais (Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef e a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS), sociedade civil, sociedades científicas, conselhos de secretários e organizações não-governamentais.

Nos anos 2000, ocorreu a pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que previa a redução da mortalidade materna em relação a década de 1990, sendo  $\frac{3}{4}$ , sendo igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos e a taxa infantil para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos, até 2015<sup>(14)</sup>.

Com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no Brasil, o Governo Federal criou ainda nos anos 2000, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPNN), através da Portaria nº 569/2000. O PNHPNN baseava-se no direito inalienável da cidadania, consequentemente, o direito ao acesso à assistência à saúde no pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestão de risco habitual, como na de alto risco, por meio





da assistência humanizada e de qualidade, a gestante e ao Recém-nascido (RN) apropriado dos serviços de saúde, assegurando a integralidade do cuidado e com investimentos e custeios necessários<sup>(13)</sup>.

Os estudos de Cassiano *et al* (2014)<sup>(9)</sup> sinalizaram que a implementação do PNHPNN, não estava alcançando o objetivo esperado, uma vez que, o atendimento humanizado estava restrito aos grandes centros urbanos, mantendo grande parte da população feminina à mercê de atendimentos com baixa resolutividade, com uma deficiência de recursos humano, materiais e financeiros, assim como a falta de vagas de leitos e a peregrinação dessas mulheres entre as unidades hospitalares.

Não obstante, cabe destacar que, sobretudo a partir dos anos 1990, a América Latina vivenciava o aprofundamento das políticas neoliberais, que ancoradas no Consenso de Washington, estabeleciam medidas político-econômicas privatistas e que previam um Estado mínimo, o que impactou diretamente na precarização das Políticas Sociais – atingindo assim a Política de Saúde – por meio do sucateamento, redução dos investimentos públicos e dentre outras<sup>6</sup>. Esse contexto se aprofunda ao longo dos anos subsequentes.

Em 2004, o Governo Federal lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tinha como meta a articulação dos diversos atores sociais, que estavam historicamente organizados em torno da melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças, na luta contra as altas taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil. O Pacto buscava reduzir em 5% ao ano as taxas de óbitos de materno-infantil para alcançar os índices aceitáveis estipulados pela OMS, a médio e longo prazo<sup>(7)</sup>.

O Pacto se preocupava ainda com as elevadas taxas de partos cesarianas, que pode ser umas das causas de complicações no parto. Segundo Cassiano *et al* (2014)<sup>(9)</sup>, 80% dos partos em planos privados são cesarianas e no SUS, essa taxa equivale a 26 %, tendo como taxa média de 40%. Esses números têm colocado o Brasil entre os líderes mundiais nesse tipo de procedimento.

Apesar dos esforços e investimentos da Política de Atenção à Saúde Materna e Infantil brasileira, descritos anteriormente, os indicadores de morbimortalidade

materno-infantil continuam afetando desproporcionalmente grande parte do Brasil. Os níveis de mortalidade materna ainda são elevados e com uma discrepância entre as regiões brasileiras, destacando as desigualdades socioeconômicas, de cada região, em particular a região Nordeste<sup>(15)</sup>.

O “Perfil epidemiológico, clínico e razão de mortalidade materna no Nordeste brasileiro”<sup>(16)</sup>, apontam que entre 2010 e 2019, foram registrados 4.521 óbitos nessa região. Sendo a Bahia o Estado com o maior índice de mortalidade materna, com um quantitativo de 1.144 óbitos, o equivalente a 25,30%, seguido do Pernambuco (15,20%) e do Ceará (15,15%). O Rio Grande do Norte (RN) ocupava o 8º lugar, com 4,75%, o equivalente a 176 óbitos.

O estudo supracitado indica ainda que o maior quantitativo desses registros é de mulheres pardas (66,95%), solteiras (46,25%), com idade de 25 a 34 anos (42,68%) e nível de escolaridade entre 8 anos ou mais de estudo (30,28%). No que se refere aos aspectos clínicos, o estudo assinala que quanto às causas de óbito e o local de ocorrência, grande parte dos óbitos maternos foram atribuídas a causas obstétricas diretas (69,49%), evitáveis e ocorreram em hospitais (89,75%)<sup>(16)</sup>.

No Rio Grande do Norte, a taxa de mortalidade infantil, no período de 2010 a 2016, apresentou uma melhora pouco expressiva. O óbito neonatal (precoce e tardio) juntos equivalem a aproximadamente 60% dos óbitos, mas o óbito neonatal precoce (0-6 dias) corresponde por aproximadamente 45% das mortes infantis em menores de 5 anos. Assim, a taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) vem mantendo níveis altos em torno de 6,5/1000 NV por ano, passando a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regionais de saúde do estado<sup>(17)</sup>.

Diante destes fatores e das dificuldades de organização de um sistema de saúde equânime, integral e universal, em um país com dimensões continentais, marcado pelas desigualdades socioeconômicas e regionais, o Ministério da Saúde, através da figura do seu então Ministro José Gomes Temporão, apostou na conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a instituiu através da Portaria GM nº 4.279/2010<sup>(18)</sup>.

6 Ver mais em: CASTILHO, D. R. *et al*. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios(im)postos ao Serviço Social. In.: Serv. Soc. Soc. (130) • Sep-Dec 2017.





As RAS têm por finalidade “[...] promover a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária”<sup>(18)</sup>. Assim, em cada território, são elaborados distintos arranjos organizacionais que oferecem ações e serviços com diversas densidades tecnológicas que, integradas por sistemas logísticos, técnicos e de gestão, procura assegurar a integralidade do cuidado. Atualmente existem, no Brasil, cinco RAS, sendo estas: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede Cegonha.

Em 2011, o Ministério da Saúde lança a Rede de Cuidados Materna Infantil nomeada de Rede Cegonha (RC), onde foi colocado em prática um modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento. Seu objetivo é implementar um novo modelo de cuidado à saúde da mulher e da criança – através da qualificação da Atenção Primária à Saúde –, garantido o direito sexual e reprodutivo, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável, com acesso, acolhimento, resolutividade e atenção humanizada a gravidez, parto, puerpério e às crianças, reduzindo dessa maneira, as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil.

Em consonância com a Rede Cegonha, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), com participação de instituições públicas de ensino e pesquisa, devolveu, em âmbito nacional, a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, com intuito de retratar um panorama sobre o parto e nascimento por região, capital e interior nos diversos setores públicos e privado no Brasil. A pesquisa revela, em relação a assistência ao parto vaginal, a hegemonia de um modelo hospitalar e altamente medicamentoso, reafirmando a necessidade de melhoria ao modelo vigente de assistência obstétrica<sup>(19)</sup>.

Em 2022, o Governo – marcadamente ultraneoliberal e antidemocrático – de Jair Bolsonaro (2019-2022) anunciou o fim da Rede Cegonha, substituindo-a pela

Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), através da portaria 715. De uma só vez, a Rami substituiu a assistência humanizada ofertada as mulheres em período gravídico, parto e puerpério, com valorização das/os equipes multiprofissionais pela volta da centralidade médica, com intervenções de procedimentos desnecessários, registrando um grande retrocesso nos direitos humanos, das mulheres e das crianças<sup>(20)</sup>.

A Rami lançou ainda, a sexta edição da Caderneta da Gestante, que omitia a manobra de Kristeller do quadro de práticas que não são mais recomendadas e dos procedimentos que são indicados com avaliação médica, acarretando o aumento da desinformação das mulheres e profissionais que fazem uso da caderneta. Outro alvo do desmonte da Rami, foi o protagonismo das mulheres na gestação, onde era as gestantes formam excluídas do acompanhamento da movimentação fetal, que nas edições anteriores, elas podiam realizar a sua rotina diária e passou a centralidade da referência no médico pré-natalista<sup>(20)</sup>.

Cabe sinalizar brevemente, que com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em outubro 2022, e a nomeação da Ministra da Saúde Nísia Trindade, em janeiro de 2023, a portaria que instituiu a Rami é revogada, retomando o funcionamento da Rede Cegonha.

### **A rede de Saúde Materna-Infantil no Seridó Potiguar: caracterização, avanços e desafios**

No Rio Grande do Norte, a Secretaria da Saúde Pública Estado do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), considerando as particularidades dos seus municípios, na perspectiva de assegurar à sua população um acesso igualitário e efetivo aos serviços de saúde, divide-se em VIII Regiões de Saúde (RS), sendo a IV região, localizada no Seridó Potiguar, lócus deste estudo, composto por 25 municípios<sup>7</sup>.

Com esse desenho de regionalização, o RN aderiu a Rede Cegonha a partir de 2012, construindo e pactuando os planos de ação de todas as RS. Assim, a RMI passou a ser implementada através da aprovação da Matriz diagnóstica do Estado na CIB, (Deliberação 701 – de 23/08/2011), instituição do Grupo Condutor (Portaria

7 Acari, Bodó, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cerro Corá, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Florânia, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Lagoa Nova, Ouro Branco, Parelhas, Santana dos Matos, Santana do Seridó, São Fernando, São João do Sabugi, São José do Seridó, São Vicente, Serra Negra do Norte, Tenente Laurentino e Timbaúba dos Batistas.





nº 380/2011, revogada pelas Portarias 072/2012 e 53/2017) e homologação da região prioritária na CIB (deliberação 722/2011), em agosto/2011. Inicialmente, apenas os Planos da Região Metropolitana de Natal e das Regiões II, VIII e VI foram aprovados e os recursos e investimentos liberados. A IV região só recebeu sua aprovação em 2014 (SESAF/RN, 2021). Atualmente todas as regiões de saúde do Estado possuem os planos de ação da Rede Cegonha.

O RN apresenta um total de 1004 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), correspondendo a 77,3% de cobertura populacional estimada, sendo considerada adequada para seu território, 101 municípios do estado possuem até quatro ESF e 21 apenas uma equipe, esse fato decorre em grande parte dos municípios serem de pequeno porte. A IV Região de Saúde está entre as três regiões com melhor cobertura do Estado<sup>(17)</sup>.

A APS desempenha um importante papel na mudança do modelo de atenção, sendo o centro de comunicação do sistema municipal de saúde/RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso aos outros níveis de atenção. Assim, dentro da construção da RMI, os componentes da APS é uma importante estratégia para a redução da morbimortalidade materna e infantil, através das visitas domiciliares, da identificação e acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças em todas as suas fases de desenvolvimento, bem como na realização de ações de promoção à saúde.

Em relação ao número de nascimentos por consultas de pré-natal no Rio Grande do Norte, conforme dados do DATASUS/TABNET/SINASC, entre os anos de 2010 e 2020, ocorreram 505.435 nascidos nesse período, dos quais, a genitora tiveram acesso a pelo menos 1 consulta de pré-natal durante o período gestacional, o equivalente a 97,22 % do total. Destes 62,24% tiveram acima de 7 consultas, correspondente a 314.569 nascimentos, seguido de 4 a 6 consultas, com 30,91% (156.225 nascimentos) e 1 a 3 consultas com 6,85% (34.641 nascimentos).

No tocante a atenção hospitalar, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o RN possui 103 hospitais, sendo 10 localizados na IV Região de Saúde, dos quais 9 hospitais prestam

atendimento obstétrico e pediátrico e 4 são vinculados a Rede Cegonha, tendo o Hospital do Seridó (HS) e o Hospital Regional Mariano Coelho (HRMC) como os hospitais de referência materno-infantil da região<sup>(17)</sup>.

O Hospital do Seridó (HS) está localizado no município de Caicó/RN, é referência para a assistência obstétrica e pediátrica de risco habitual, para a população de doze municípios da microrregião do Seridó Ocidental<sup>8</sup>. É classificado como um Hospital Geral de média complexidade, de administração pública municipal.

O HS dispõe de uma estrutura física de 78 leitos, distribuídos em: Obstetria Clínica e Cirúrgica, Pediatria, Urgência Pediátrica, Cirurgia Geral e Clínica Cardiológica. Possui um quadro geral de 188 funcionários de nível superior e médio, como: enfermeiros assistenciais e obstetras, médicos obstetras, pediatras, cirurgiões gerais, técnicos em enfermagem, farmacêutico, assistente social, nutricionista, entre outros para assistência direta e indireta, distribuídos em todos os setores do hospital<sup>(21)</sup>.

Já o Hospital Regional Dr. Mariano Coelho (HRDMC), localiza-se no município de Currais Novos, faz parte da estrutura que integra a rede de atenção hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde Pública do RN (SESAF/RN), sendo classificado como hospital geral de média complexidade, gestão dupla, administração pública estadual e municipal. O hospital que é referência para cerca de dez cidades da região do Seridó. Atualmente, o HRDMC conta com 108 leitos, sendo divididos entre Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), clínica obstétrica, clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria. Possui um quadro geral de 432 funcionários.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte 2020-2023 (PES/RN), os planos de ação regional da RC, construídos e consolidados até 2015, não foram implementados como descritos no documento, ou atualmente encontram-se fora do desenho da rede cegonha da sua região.

É nesse cenário, de busca da melhoria dessa assistência, resolutividade e redução das taxas de morbidade e mortalidade por causas consideradas evitáveis, por meio da garantia ao acesso, acolhimento,

8 Caicó Cruzeta, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Ouro Branco, São Fernando, São João do Sabugi, São José do Seridó, Serra Negra do Norte e Timbaúba dos Batistas





humanização e serviços qualificados na região do Seridó Potiguar, que Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN), cria e consolida os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde.

## RESULTADOS

Em 2014, a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), foi instituída através da Portaria nº 780/14-Reitoria-UFRN<sup>(22)</sup>, buscando responder a demanda de formação médica no Brasil, através do Curso de Medicina, envolvendo os *campi* de Caicó (sede administrativa), Currais Novos e Santa Cruz, tendo suas atividades acadêmicas iniciadas em julho de 2014<sup>(23)</sup>.

A EMCM/UFRN expandiu as suas atividades, com a instituição dos programas de residência em saúde, sendo eles: Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica; Programa de Residência Multiprofissional Saúde Materno-Infantil; Programa de Residência Médica em Clínica Médica; Programa de Residência Médica em Área Cirúrgica Básica e Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Os dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da EMCM/UFRN oferecem, anualmente, 56 vagas, sendo 12 no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil (PRMSMI), distribuída em 6 categorias profissionais (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição psicologia, serviço social) e 44 no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) distribuídas entre 10 categorias profissionais (enfermagem, educação física, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social).

Conforme Tavares (2021), a execução dos programas de residência da Escola Multicampi são fruto de parcerias estabelecidas, através do Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), entre a EMCM/UFRN, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Caicó/RN e Currais Novos/RN e a Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN).

Desse modo, cabe a EMCM/UFRN (Instituição Formadora), a responsabilidade de ofertar o Eixo

Teórico e Teórico-Prático, conduzindo o seu processo ético-político-pedagógico e sendo detentora das vagas, junto ao MEC e CNMRS; e os municípios, por meio, das suas SMS's e a SESAP/RN (Instituição Executora) a incumbência da execução do Eixo Prático, destinando profissionais de saúde para preceptoria, cedendo infraestrutura, cenários de prática e outras responsabilidades.

A EMCM/UFRN conta ainda, com parcerias estabelecidas em outros municípios do Estado (Macaíba, Natal e Santa Cruz), por meio do Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi e dos Hospitais Universitários: Ana Bezerra, Januário Cicco e Onofre Lopes, possibilitando a realização de estágios e rodízios curriculares obrigatórios<sup>(6)</sup>.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da EMCM/UFRN propõe uma atuação interprofissional nos aspectos físicos, psicológicos e sociais da mulher e do bebê, contribuindo para o fortalecimento do vínculo, por meio de atividades que proporcionem o estímulo ao desenvolvimento físico do binômio mãe-bebê. Pauta-se nos princípios e diretrizes do SUS para, assim, propiciar a ampliação e melhoria do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna e infantil, reforçando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, na região do Seridó Potiguar<sup>(24)</sup>.

Atualmente, o PRMSMI é executado no Hospital do Seridó (HS), em Caicó/RN, e no Hospital Regional Dr. Mariano Coelho (HRDMC), em Currais Novos/RN. Mas, em seu processo histórico, o PRMSMI teve suas atividades práticas iniciadas exclusivamente no município de Currais Novos/RN, permanecendo assim entre 2016 e 2018, quando passou a funcionar somente em Caicó/RN<sup>(4)</sup>. A partir de 2020, o programa reinsere seus residentes nos cenários de formação dos dois municípios.

As competências e habilidades desenvolvidas no processo de ensino-aprendizagem do programa de saúde materno infantil são desempenhadas em múltiplos cenários, de maneira a acompanhar os princípios e diretrizes do SUS e a proposta pedagógica do programa. Com isso, fez-se necessário eleger cenários diversos, com diferentes níveis de complexidade, para possibilitar o conhecimento do fluxo do usuário na rede, focando na integralidade da atenção e no exercício do trabalho interdisciplinar.



Os residentes da materno-infantil devem cumprir uma carga horária de 4.608 horas, em diversos cenários de prática disponibilizado pelo programa, distribuídos em: os rodízios internos: alojamento conjunto, ambulatórios multiprofissional (Planejamento Familiar e Reprodutivo e Pré-Natal de Alto Risco), banco de leite, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Centro de Referência Especializado (CER) III, Núcleo Educação Permanente (NEP), Núcleo de Segurança do Paciente, setores uniprofissionais, sala de pré-parto e parto, UCIN, Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), dentre outros. Cabe mencionar que os rodízios internos variam conforme a realidade do hospital/município. Os rodízios externos compreendem: Atenção Básica (UBS), Gestão (SMS), Centro de Educação em Saúde Anita Garibaldi e Hospital Universitário Ana Bezerra. O rodízio opcional, por sua vez, consiste em cenário de livre escolha do residente.

No primeiro ano (R1), os residentes devem vivenciar os rodízios internos e externos (Atenção Básica e Gestão). No segundo ano, além dos rodízios internos, os R2 também rodiziam em cenários de práticas com maior complexidade, direcionados à área de concentração do programa (Anita e HUAB) e realizar o estágio opcional escolhido pelo residente<sup>(6)</sup>.

A inserção dos Residentes por meio do ensino em serviço, nas redes de atenção à saúde do Seridó Potiguar tem amplo reconhecimento no fortalecimento e ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na melhoria dos indicadores loco-regionais relativos à saúde materno-infantil<sup>(24)</sup>.

Nessa perspectiva, os autores supracitados (2020) apontam que a Taxa de Mortalidade Materna no Seridó Potiguar, apresentou um decréscimo depois da inserção da Residência em Saúde Materno-Infantil na região, ainda que não tenha atingido a meta estabelecida pela OMS, que é de 10 mortes por 100 mil nascimentos. Contudo, entre os anos de 2012 e 2013, “[...] a Taxa superior a 15,0 mortes reflete, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida”<sup>(24)</sup>.

Diante disso, os participantes indicaram que o PRMSMI se apresenta como uma estratégia que possibilita a ampliação do olhar diante dos determinantes de saúde e na busca incessante pela integralidade do cuidado por meio de práticas humanizadas:

Antigamente o Hospital do Seridó, eu lembro quando era adolescente falavam muito que aqui era um matadouro. A prática profissional daqui era tida como péssima, não só aqui pra Caicó, mas pra toda a região. Aqui era um hospital super temido pela população e aí com a vinda da residência a população ganhou muito. Tanto a população de Caicó quanto de toda a região (CACTO).

[...] o residente tem toda importância pra assistência, né? Isso é dito pelos próprios usuários e pela equipe, que eles veem a evolução dos atendimentos em principalmente nos pacientes que tiveram experiência anterior no hospital e agora com a residência estão tendo essa experiência do parto e do puerpério imediato. E quando eles fazem essa comparação citam logo a residência e os residentes como esse apoio fundamental, né? Pra melhoria do serviço com uma assistência mais humanizada e qualificada (CAROÁ).

[...] o programa contribui sim para assistência, para o cuidado, proporciona um cuidado mais humanizado e acolhedor pra população (UMBUIZEIRO).

Os processos de trabalho construídos através do programa apresentaram potencialidades pedagógicas e políticas para a transformação do modelo de atenção à saúde Materno-Infantil vigente até então no Seridó Potiguar. Desse modo, as atividades desenvolvidas pela equipe de residentes que atuam, tanto no Hospital do Seridó, quanto no Mariano Coelho, têm buscado amenizar o sofrimento do processo de hospitalização, propiciando um ambiente agradável, acolhedor e humanizado.

Os entrevistados também entenderam que a inserção de algumas categorias nos cenários de saúde, através da residência, que não estão contempladas nas equipes locais, com é o caso da psicologia e fisioterapia, também tem proporcionado um avanço na qualidade da assistência oferecida no hospital, uma vez que, aquele atendimento/serviço só possível por causa do PRMSMI, ainda que, esse item também se apresente como um desafio como veremos a seguir.

[...] visto que não tem [profissional da minha categoria] no setor então qualquer coisa que eu faça relacionado [a minha profissão], acredito que vá ajudar na assistência. Assim no sentido de que só em ter o [profissional][...] Só em ter já contribui pra assistência, apesar de ser precário,





de não ter, porque isso contribui de certa forma pra assistência [...](CAROÁ).

As relações e práticas interprofissionais, no cotidiano e no processo vivencial do PRMSMI foram consideradas ainda como potencialidade. Como as ações do Programa foram/são desenvolvidas, em sua maior parte, de maneira interprofissional, os residentes acabam por desenvolver habilidades e competências, que contribuem para a sua formação e para a atenção integral à saúde da população, como expressa um dos informantes:

[...] consegui ter essa interação com o pessoal, aprendi muito com os colegas e até hoje a gente consegue dialogar de igual pra igual com qualquer categoria, independentemente de onde tiver e eu acho que foi muito proveitoso a minha formação aqui (CACTO).

Nessa direção Costa (2017)<sup>25</sup>, ressalta como fundamental na formação em saúde a oportunidade de socialização entre os residentes e os profissionais das diversas categorias profissionais, uma vez que, eles acabam estabelecendo uma relação interprofissional e aprendendo com, para e sobre a profissão, com vistas à colaboração, ao trabalho em equipe, com a diminuição de estereótipos e preconceitos profissionais.

Diante disto, destacam-se as relevantes contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil tanto para os serviços de saúde quanto para a formação dos seus residentes, principalmente, ao propiciar o fortalecimento do cuidado ofertado aos usuários, a melhoria na qualidade da assistência, por meio da troca de saberes e da possibilidade do trabalho interprofissional e em rede. Assim como, possibilita ações de troca de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades a partir do cotidiano de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São inegáveis os avanços na rede de atenção materna e infantil na última década: os esforços em ações voltados para a redução da morbimortalidade materna-infantil através da expansão da cobertura das ESF; captação precoce da gestante; melhoria na assistência ao parto e nascimento, assim como o

acompanhamento da puérpera e da criança; a expansão da integração das práticas, através do trabalho em equipe e colaborativo, entre outros.

Contudo, apesar das elevadas taxas de coberturas do atendimento ao pré-natal e ao parto hospitalar, o que se percebeu que de modo geral, é persistente a fragilidade nas ações estratégicas da melhoria do acesso à assistência integral ao parto com qualidade e da ampliação da integração entre as ações desenvolvidas na atenção básica e aos serviços de atenção aos partos para uma redução efetiva na mortalidade materna e infantil.

No Rio Grande do Norte, em particular na Região do Seridó, observou-se, uma série de desafios da Rede Cegonha, destacando: a falta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo); o déficit de leitos destinados a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN); a fragilidade do SAMU Cegonha ao recém-nascido; a ausência de Casas da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP) e dos Centro de Parto Normal (CPN); entre outros.

Desse modo, é evidente a carência de recursos humanos, físicos e estruturais na Rede Cegonha do RN, sobretudo, no que diz respeito aos hospitais de referência ao parto de alto risco, que de modo geral, tem sua concentração na capital do estado, localizada a uma distância de aproximadamente 269 km, com tempo médio de 4 horas, aumentando assim o risco de vida das gestantes e recém-nascidos que necessitem desse serviço, uma vez, que para ter acesso aos hospitais de alta complexidade, precisa-se deslocar longas distâncias, perdendo “tempos preciosos” que poderiam evitar a mortalidade materna e neonatal.

Contudo, as mudanças na formação em saúde, com a intenção de propiciar uma formação de profissionais capacitados e instrumentalizados para atuação na saúde pública, através da aproximação com as realidades dos sistemas loco-regionais do SUS, tem assumido papéis centrais no âmbito das políticas de saúde e de educação, com a finalidade de assegurar formação qualificada aos profissionais da saúde, de maneira a proporcionar uma atenção à saúde resolutiva e de qualidade.

As Residências Multiprofissionais em Saúde vêm consistindo como uma ferramenta de melhoria na





assistência prestada para o enfrentamento das necessidades de saúde dos diversos territórios onde foram implantadas, contribuindo assim, para uma assistência de qualidade e, por conseguinte, para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Desse modo, é patente que o PRMSMI tem sido um desses agentes.

Assim, longe de querer esgotar esse debate, a pesquisa pretendeu constituir uma aproximação com a Rede de Saúde Materno-infantil do Rio grande do Norte, em particular a região do Seridó, bem como, aponta algumas contribuições do PRMSMI/EMCM/UFRN. Os dados nos permitiram observar os inegáveis avanços para os serviços de saúde no Seridó Potiguar, na qualidade e humanização da assistência e na atenção aos usuários, em decorrência das ações integradoras desenvolvidas na saúde materno-infantil.

Ainda assim, é imperiosa a necessidade de desenvolver novas pesquisas para aprofundar como o processo de interiorização das residências contribuem, de maneira particular, os programas da EMCM, principalmente, no tocante às mudanças de práticas assistenciais e de humanização ao parto.





## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
2. Brasil. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Gama SGN; Thomaz EBAF; Bittencourt SDA. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. Ciên. S. Col. 2021;26.
4. Germano MFDM. Programas de residência multiprofissional em saúde no Seridó Potiguar: perfil e percepção de egressos. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.
5. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.117/05. Institui a Residência multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação; 2005.
6. Tavares JPS. Manual de normas e procedimentos dos programas de residência multiprofissional em saúde da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.
7. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Paim JS. Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica. [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
9. Cassiano ACM, Carlucci EM de S, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. RSP [Internet]. 24 de junho de 2014 [citado 19 de setembro de 2023];65(2):227-244. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>
10. Macêdo VC. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2016.
11. Lobato LVC. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. Ciên. S. Col. 2009;14:721-730.
12. Lamounier JA, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. Rev. Paul. Ped. 2019;37:486-493.





13. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima, RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. S. Soc. 2008;17:107-119.
14. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; 2010.
15. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro, BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. Ver. Med. Min. Ger. 2015;25(2):173-179, 2015.
16. Moraes VMO; Melo LRS; Campos ALB. Perfil epidemiológico, clínico e razão de mortalidade materna no Nordeste brasileiro entre 2010 e 2019: um estudo ecológico. Pesq. Soc. Desenv. 2022;11(9).
17. Secretaria Estadual De Saúde Pública Do Rio Grande Do Norte. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Natal; 2021.
18. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.
19. Leal MC; Gama SGN. Nascer no brasil. Cad. S. Púb. 2014;30. Rio de Janeiro.
20. Zveiter M, Mouta RJO, Medina ET, Almeida LP de, Silva SCSB, Martins EL. O fim anunciado da Rede Cegonha, que decisões tomaremos para o nosso futuro? Ver. Enferm. 2022; 30(1). UERJ.
21. Santos NM. Custos Obstétricos: estudo de caso de um hospital da região do Seridó - RN. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Contábeis), Departamento de Ciências Exatas e Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó; 2022.
22. Escola Multicampi de Ciências Médicas. Guia de Tutores e Preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil. Caicó; 2020.
23. Mello AL, Terra MG, Nietzsche EA, Siqueira DF, Canabarro JL, Arnemann CT. Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 30º de julho de 2018 [citado 20º de setembro de 2023];8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2567>
24. Souza CVS, Araújo AC de, Batista JC, Bonfada D, Rolim ACR. A formação em Saúde Materno-Infantil no Seridó Potiguar: estrutura, funcionamento, potencialidades e desafios de um programa de residência multiprofissional. In: JACOB LMS (Org.). Atenção individual e coletiva à saúde materna e infantil no cenário brasileiro. 1.ed. Campo Grande, MS: Editora Inovar; 2020.





25. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.

