



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

GREICY CEZAR DO AMARAL

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:  
O USO DE PROTOCOLOS DO PRÉ-NATAL  
NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO- PR**

Maringá

2015

GREICY CEZAR DO AMARAL

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:  
O USO DE PROTOCOLOS DO PRÉ-NATAL  
NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO- PR**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá. Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas.**

**Orientador:  
Prof. Dr. Geovanio Edervaldo Rossato**

Maringá

2015

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:  
O USO DE PROTOCOLOS DO PRÉ-NATAL  
NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO- PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá. Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas, sob apreciação da seguinte banca

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Geovanio Edervaldo Rossato (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lirane Elize D. F. de Almeida

---

Prof. Dr. Fagner Carniel

A Deus pela sua infinita misericórdia e amor supremo.  
Aos meus pais (in memoriam), pelos primeiros ensinamentos.  
Ao meu esposo e filhos pelo apoio e incentivo em todos os momentos.  
Aos professores, pelos ensinamentos e inspiração.  
Aos colegas e amigos, por dividir tristezas e somar alegrias.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter iluminado meus caminhos e pensamentos e por me ajudar nos momentos difíceis concedendo-me saúde, sabedoria e serenidade para prosseguir.

Aos profissionais de saúde e gestantes que aceitaram participar desta pesquisa, revelando os seus perfis, conhecimentos e vivências sobre o pré-natal, corroborando com a concretização deste estudo.

Ao Orientador Prof. Dr. Geovanio Rossato, por sua competência técnica, habilidade interpessoal e disponibilidade em compartilhar saberes e vivência.

Ao meu esposo, amigo e companheiro Pedro Carlos Marcotto por me incentivar, acreditar e caminhar ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus filhos Henrique e Camila, por terem-me oportunizado descobrir o amor e serem inspiração para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lirane de Almeida por sua presença, apoio e dedicação em todos os momentos da construção deste estudo.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lilian Mai pelo exemplo de profissionalismo e pela parceria na defesa do artigo sobre o Controle Social.

A Beatriz Manfrin, pelo apoio e incentivo ao meu desenvolvimento profissional.

Aos membros do comitê regional de prevenção da mortalidade materno, infantil e fetal, pelo trabalho desenvolvido onde oportunizando acreditar na mudança.

Ao Governo do Estado do Paraná e a UEM, pelo convênio que oportunizou aos profissionais do Estado a realização do Mestrado Profissionalizante em Elaboração de Políticas Públicas

À Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, pela liberação concedida para a realização deste mestrado, considerando o plano de carreira como incentivo ao desenvolvimento profissional e pessoal.

À Diretora e colegas de trabalho da 8<sup>a</sup> Regional de Saúde pelo apoio e incentivo neste momento importante.

À Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Beltrão instituição em que foi desenvolvida a pesquisa.

Aos colegas de turma e professores pelos conhecimentos compartilhados, momentos de interação, descontração, trabalho e produção coletiva.

Se nada mudar, invente,  
e quando mudar, entenda.  
Se ficar difícil, enfrente,  
e quando ficar fácil, agradeça.  
Se a tristeza rondar, alegre-se,  
e quando ficar alegre, contagie.  
E quando recomeçar, acredite.  
Você pode tudo.  
Tudo consegue pelo amor,  
e pela fé que você tem em Deus!

## RESUMO

AMARAL, Greicy Cezar. Representações sociais dos protocolos no pré-natal entre profissionais de saúde no município de Francisco Beltrão – PR. 2016. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá, Paraná.

Este estudo realizou um diagnóstico sobre a utilização e implementação de protocolos assistenciais do pré-natal pelos profissionais da saúde nos estabelecimentos de atenção ao binômio mãe-filho, no município de Francisco Beltrão, estado do Paraná. O trabalho é de cunho qualitativo e deu-se a partir de uma pesquisa bibliográfica, documental e com dados coletados através de grupo focal em companhia dos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde, membros do comitê municipal de prevenção a mortalidade materna e infantil e as mães-gestantes. Partiu-se do pressuposto de que muitas mortes materna e infantil são evitáveis e outros benefícios são alcançados quando protocolos do pré-natal, tais como a Rede Cegonha do Ministério da Saúde, Rede Mãe Paranaense da Secretaria Estadual de Saúde – PR, entre outros, são devidamente utilizados, cujo propósito é o de oferecer aos profissionais diretrizes para procedimentos e condutas durante as consultas e outros atendimentos necessários durante o período do pré-natal, perinatal e puerpério. O objetivo do trabalho é demonstrar que as altas taxas de morbimortalidade infantil ainda permanecem como um desafio a vencer, e uma atenção protocolar e qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura, tomando como exemplo o caso do município de Francisco Beltrão. Assim, o acesso e a utilização dessas diretrizes protocolares podem ser ferramenta importante de auxílio aos gestores no estabelecimento de protocolos envolvendo o uso de tecnologias em saúde e servindo de fonte de informações metodológicas para contribuir na geração de protocolos de conduta nos níveis locais do sistema público de saúde.

**PALAVRAS:** Representação Social, Protocolos Assistenciais, Pré-natal, Mortalidade Materno-Infantil.

## **SUMMARY**

AMARAL, Greicy Cezar. Social representations of the protocols in the prenatal among health professionals in the city of Francisco Beltrão – PR 2016. Essay (Professional Masters in Public Policy) – Universidade Estadual de Maringá, Paraná.

This study carried out a diagnosis on the use and implementation of care protocols of prenatal by health professionals in the mother and child care facilities, in the city of Francisco Beltrão – Paraná. The work is of a qualitative nature and happened from a literature search, document and with data collected through focus group in the company of health professionals: doctors, nurses, nursing technicians, dentists, community health workers, members of the municipal committee for preventing maternal and child mortality and pregnant mothers. Starting from the assumption that many maternal and child deaths are preventable and other benefits are achieved when prenatal protocols, such as the Rede Cegonha do Ministério da Saúde, Rede Mãe Paranaense da Secretaria Estadual de Saúde – PR, among others, they are properly used, whose purpose is to provide to the professionals, guidelines for procedures and conducts during the consultations and other assistance needed during the prenatal, perinatal and postpartum period. The objective of the work is to demonstrate that the high rates of infant morbimortality still remain a challenge to overcome, and a protocol and qualified attention in prenatal period can significantly contribute in reducing these rates and promote safe motherhood, taking as an example the municipality of Francisco Beltrao. Thus, the access and use of these protocol guidelines can be an important tool to aid managers in establishing protocols involving the use of health technologies and serving of methodological information source to contribute to the generation of conduct protocols at the local levels of the health public system.

**KEYWORDS:** Social Representation, Relief Protocols, Prenatal, Maternal and Child Mortality.



## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Diagrama 1 –Linha do tempo das políticas públicas de Saúde da Atenção à Mulher...	38
Apêndice A	
<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b> .....	<b>75</b>
Apêndice B	
<b>Roteiro Aplicado nos Profissionais de Saúde das Unidades - ESF/UBS</b> .....	<b>77</b>
<b>Roteiro para Gestantes e Puérperas Atendidas nas UBS/ESF</b> .....	<b>79</b>
<b>Roteiro para os Profissionais de Saúde no Ambulatório do Pré-Natal de Risco Intermediário e Alto Risco</b> .....	<b>80</b>
<b>Roteiro para os Membros do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil</b> .....	<b>81</b>
Apêndice C	
<b>Proposta de Protocolo Unificado do Pré-Natal Instalado no Município</b> .....	<b>82</b>
Apêndice D	
<b>Declaração da Implantação do Protocolo Único Assistencial e Terapêutico no Município</b> .....	<b>107</b>
Apêndice E	
<b>Artigo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil: relato de experiência de Controle Social</b> .....	<b>108</b>

## LISTA DE SIGLAS

AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASPLAM	Assessoria de Planejamento
CND	Conferência Nacional de Saúde
DNCR	Departamento Nacional da Criança
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDB	Índice Demográfico Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PESF	Programa Estratégia Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PNAR	Pré-natal de Alto Risco
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RS	Representação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalhos de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1 – Comparativo da Mortalidade Infantil .....	44
GRAFICO 2 – Taxa da mortalidade neonatal precoce .....	45
GRAFICO 3 – Taxa de mortalidade pós neonatais.....	46
GRÁFICO 4- Óbitos maternos por unidade da federação e ano do óbito .....	47

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. O USO DE PROTOCOLOS E A ATENÇÃO QUALIFICADA NO PRÉ-NATAL: REFLEXÕES INICIAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>3. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SERGE MOSCOVICI .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1.1. A Representação Social dos Profissionais de Saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.2. Representação Social sobre o Pré-Natal .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2. ESCOLHAS E DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>32</b>
<b>4 DADOS HISTÓRICOS E ESTATÍSTICOS SOBRE A SAÚDE MATERNO INFANTIL .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 ESTATÍSTICAS BRASILEIRAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL .....</b>	<b>42</b>
<b>5 IMPORTÂNCIA DOS PADRÕES E PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E TERAPÊUTICOS PRÉ-NATAL .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1 BARREIRAS QUANTO AO CUMPRIMENTO DOS PROTOCOLOS PRÉ-NATAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar do avanço da ciência, das políticas e programas governamentais para atendimento da saúde pública, dos protocolos assistenciais, do monitoramento das ações dos sistemas de saúde, o índice (taxa) de mortalidade infantil, no Brasil, é de 11, 3/1000 NV portanto acima do preconizado pela OMS, um dígito, ou seja, 10/1000 NV. No estado Paraná, é similar ao brasileiro, 11, 3/1000 NV, mas, na área de abrangência da 8ª Regional de Saúde, até 2013, o índice era de, aproximadamente, 16/1000 NV, e o município de Francisco Beltrão estava com 14/1000 NV, taxas superiores à média nacional e estadual.

Sabe-se que a redução da mortalidade materna e infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade. O enfrentamento das mortes materna e infantil implica o envolvimento de diferentes atores sociais, ou seja, envolve uma teia de ações e aspectos que vão do individual ao coletivo.

Por isso, este estudo realizou um diagnóstico sobre a forma de utilização e implementação de protocolos assistenciais específicos ao pré-natal pelos profissionais da saúde nos estabelecimentos de atenção ao binômio mãe-filho, no município de Francisco Beltrão, estado do Paraná.

Parte-se da inferência que muitas mortes, materna e infantil, são evitáveis quando os protocolos são devidamente utilizados, ou seja, o conhecimento sobre a forma como estão ou não sendo utilizados os protocolos pré-natais resultará na melhor compreensão da evitabilidade e redução de tais mortes, possibilitando melhorar a abordagem sob o ponto de vista clínico e servir como subsídio nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde voltadas para a área materno-infantil.

Para tanto optou-se por entender a citada questão a partir da teoria das representações sociais, buscando desvelar e analisar as representações sociais dos profissionais de saúde quanto ao uso de protocolos no pré-natal associados à redução da mortalidade infantil.

Sobre a mortalidade infantil, no ano de 2000, o Brasil assumiu um compromisso com a ONU, quanto as Metas para o Novo Milênio, de reduzir em um terço o número de mortes na infância.

Visando atender esse compromisso, o governo desenvolveu políticas públicas de atenção à saúde (GEIB et al, 2010) com ênfase na atenção da saúde da mulher e da criança, razão pela qual procedeu-se à implementação do Programa Nacional de Imunização, A instalação da rede de urgência e emergência no país, reestruturação do fluxo hospitalar para atendimento a gestantes, incentivo financeiro para o deslocamento das gestantes na hora do parto (este incentivo foi cogitado na portaria da implantação de rede cegonha, porém, até o momento, não foi executado) e a instalação e financiamento da rede cegonha ( incentivos, ainda não executados nos municípios que abrange a 8ª Regional de Saúde), os quais visam reduzir os casos de mortes na infância.

A redução da mortalidade infantil é um importante indicador para acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico. Por meio deste indicador torna-se possível observar aspectos da estrutura da saúde para o atendimento ao binômio mãe-filho, dos níveis de atenção primária, secundária e terciária e da sua tendência de gerenciamento tanto da estrutura como do fluxo de atendimento dos níveis de atenção por município, estado ou país. É importante destacar que esse indicador está diretamente relacionado às condições de vida da população, sofrendo forte influência nos aspectos sociais e econômicos.

Observa-se, em diferentes estudos, que muitas dessas mortes seriam evitáveis caso melhor se utilizassem programas e normas de atenção materno-infantil (GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009), melhor capacitação dos profissionais e melhoria das condições de vida da população.

As normas de atenção, ou seja, os protocolos para o pré-natal do Ministério da Saúde brasileiro têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência à gestante a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas em toda consulta do pré-natal (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os padrões e protocolos nacionais definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde constituindo-se como essenciais para orientar e apoiar uma prática de atenção de qualidade.

Para o Brasil, com níveis elevados de mortalidade infantil (mortalidade neonatal precoce, neonatal e neonatal tardia) maiores inclusive do que os de alguns países da América Latina, compreender melhor o papel das atividades de assistência à saúde no processo de determinação do óbito infantil é uma necessidade e um compromisso ético.

Sabe-se que a responsabilidade dos serviços de saúde está diretamente vinculada ao conceito de mortes evitáveis /pouco explorado pela literatura científica/ e que a participação da equipe de saúde tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal; esta é detentora de conhecimentos e habilidades complementares que a tornam qualificada para prestar assistência à gestante, podendo contribuir de maneira significativa para a redução dos índices de mortalidade perinatal (PAIM, 2003). Entretanto, são necessários investimentos na formação de pessoal qualificado.

Visando realizar a apresentação, o debate e a análise destas questões a presente dissertação foi organizada de modo que na sequência (capítulo 2) apresenta-se algumas reflexões iniciais sobre a problemática a ser analisada, para em seguida expor os pressupostos teóricos e metodológicos que guia o trabalho. Posteriormente, ( capítulo 3) descreve a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici aplicada a saúde; no capítulo seguinte ( capítulo 4) refere a análise da Linha do Tempo das Políticas Públicas de saúde a atenção Materno-Infantil, assim como aspectos estatísticos sobre a mortalidade materno e infantil; o quinto capítulo contempla a importância dos padrões e protocolos no pré-natal, como também as barreiras no uso destes; finalizando ( capítulo 6) descreve os resultados dos dados obtidos e coletados ao longo de toda a pesquisa.

## **2. O USO DE PROTOCOLOS E A ATENÇÃO QUALIFICADA NO PRÉ-NATAL: REFLEXÕES INICIAIS**

Um atendimento de qualidade e protocolar no pré-natal pode desempenhar importante redução da mortalidade, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil. Por isto, pressupõe-se que a melhoria de qualidade da assistência ao pré-natal e a participação de um profissional qualificado contribuem significativamente para a redução da mortalidade infantil e materna.

As altas taxas de morbidade e mortalidade infantil ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação.

Várias instâncias internacionais e nacionais OMS, UNICEF, Ministério da Saúde – BR, Secretaria Estadual de Saúde – PR, Pastoral da Criança- PR) têm definido metas para tornar as gravidezes e partos mais seguros. Uma das estratégias para o alcance dessas metas é a participação de um profissional qualificado no protocolo de atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

O profissional de saúde qualificado é aquele que foi educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes, nascimentos normais e em período pós-parto imediato (WHO, 2004).

A taxa da mortalidade infantil (TMI) é um indicador de desenvolvimento humano, econômico, social e da qualidade de assistência à saúde. A ocorrência de óbitos infantis evitáveis reflete as precárias condições econômicas, culturais e tecnológicas de um país ou de uma sociedade, tratando-se, portanto, de uma preocupação mundial.

A mortalidade infantil tem sido frequentemente apontada como um sensível indicador da qualidade de vida de determinada população. A infância representa, de fato, uma fase particularmente vulnerável da vida, quando os determinantes biológicos do óbito estão fortemente atrelados a condições externas, sejam socioeconômicas e ambientais (moradia, alimentação, saneamento, higiene e relações familiares), sejam referentes à disponibilidade de serviços de saúde.

A acentuada redução dos índices de mortalidade infantil observada nas últimas décadas em todo o mundo, contudo, não tem sido acompanhada por sensível melhora da qualidade de vida, sobretudo em países em desenvolvimento. Esse fato tem feito com que alguns autores questionem o real valor da taxa de mortalidade infantil como indicador de qualidade de vida, destacando o papel das medidas de saúde pública para a sobrevivência infantil.

Na verdade, o componente pós-neonatal da mortalidade infantil, reconhecidamente mais sensível a intervenções sanitárias, foi o componente que sofreu maior redução nas últimas décadas no Brasil, pela melhora do saneamento básico e a introdução de imunobiológicos no calendário nacional de vacinas, diminuindo óbitos infantis por doenças imuno-transmissíveis, contudo, atualmente, vem-se observando um aumento da frequência nesses óbitos, por exemplo, óbitos infantis no período neonatal e pós-neonatal devido a causas de infecções gastrointestinais e doenças re-erregentes.



Observa-se que, nas últimas décadas, ocorreu uma ampliação do acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças, quase atingindo coberturas universais, e reduzindo as desigualdades regionais de acesso a tais intervenções (VICTORA et al, 2011), provando que os cuidados e atenção em saúde desenvolvidos por programas assistenciais funcionam e, se bem desenvolvidos, podem reduzir drasticamente o número de óbitos, aproximando-se dos padrões exigidos pelos órgãos nacionais e internacionais.

Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a região Sul tem os menores índices de mortalidade infantil, mesmo assim, acredita-se que há condições de reduzir significativamente esses números, considerando as atividades preventivas na gestação, parto e pós-parto.

Uma das dificuldades apontadas por Lanski et al. (2002) são as mortes perinatais que podem ser prevenidas com a qualidade da assistência prestada à mãe e à criança ao nascer. No Paraná, o governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, desenvolveu uma rede de atenção à Saúde, que organiza a atenção primária, secundária e terciária, os sistemas de apoio, diagnóstico e terapêutico, e o sistema de apoio logístico chamado Mãe Paranaense, criado em 2012, o qual, juntamente com a Rede Cegonha do Ministério da Saúde, criada em 2011, busca melhorar o atendimento à gestante e à criança, incluindo cuidados, informação e nutrição com objetivo final de reduzir os índices de mortalidade infantil que atinge atualmente 11/1000NV.

Apesar do aparato de políticas e ações voltadas à saúde da mulher e da criança, o Brasil, possuía em 2013, uma taxa de mortalidade infantil de 15 crianças a cada 1000 nascidos vivos; o estado do Paraná, em 2014, apresentava uma taxa de mortalidade infantil em torno de 11 crianças a cada 1000 nascidos vivos, enquanto na 8ª Regional de Saúde, área de abrangência do objeto deste estudo, a taxa era de 16 crianças mortas para cada 1000 nascidas vivas, apresentando um índice acima das médias, nacional e estadual que se prolonga por mais de cinco anos.

O relatório da ONU mostra que a queda mais significativa registrada da mortalidade na infância ocorreu na faixa entre um e quatro anos de idade. Atualmente, o problema está concentrado nos primeiros 28 dias de vida do bebê, o período neonatal. Embora o documento ressalte que o Brasil conseguiu cumprir a meta à frente de uma série de países, o texto admite que o nível de mortalidade até os cinco anos ainda é elevado.

A taxa da mortalidade infantil brasileira ainda está muito acima da de países como França, Alemanha e Cuba (4 mortes por 1 000 nascidos vivos), Uruguai (9 mortes por 1 000 nascidos vivos) e Estados Unidos (9 mortes por 1 000 nascidos vivos), segundo dados de 2012 e 2013 da OMS. Uma curiosidade de como um país pouco desenvolvido economicamente apresenta um maior desenvolvimento social/ observado pela taxa de mortalidade infantil/ inferior ao do país mais rico do mundo.

O documento admitia que o Brasil dificilmente iria cumprir o compromisso de redução da morte materna – cuja a meta era de, no máximo, 35 óbitos a cada 100.000 nascimentos até 2015. Para alcançar esse índice, seria necessário praticamente reduzir pela metade os indicadores de 2011. Naquele ano, o número de mortes de mulheres durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o nascimento do bebê foi de 63,9 por 100.000 nascimentos.

Apesar das iniciativas dos governos federal, estadual e municipais constata-se que fatores básicos têm contribuído para a manutenção desses altos índices. Sabe-se que a evitabilidade da mortalidade infantil passa pela prática de ações simples, tais como: estratificação de risco da gestante e do recém-nascido; melhora na assistência ao pré-natal de alto risco; acompanhamento hospitalar das crianças de risco menores de um ano; vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme estratificação de risco promovendo a garantia do parto; capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis da Rede de Atenção Materno-Infantil e, por último, destaca-se, a conscientização do uso de protocolos pelos profissionais de saúde da rede de atendimento materno-infantil, procedimento cuja prática, ao que parece, vem encontrando resistência e dificuldades de ser incorporada pelos profissionais de saúde que atende a população materno-infantil.

Nesse sentido, frente às altas taxas locais da mortalidade materna e infantil e à falta de resultados positivos a partir das políticas dos governos federal e estadual e, frente à dinâmica do trabalho dos profissionais, surgiu o interesse em produzir um diagnóstico local do município de Francisco Beltrão (PR) para identificar causas, falhas e entraves, e cuja análise possa ajudar a diminuir o índice de mortalidade de forma a atingir um valor aceitável pela OMS.

Desse modo, uma compreensão maior das causas de morte materno-infantil e seus determinantes contribuirão para a melhoria da abordagem sob o ponto de vista clínico e seus resultados servirão para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde voltadas para a área materno-infantil.

Quanto às políticas públicas de saúde, cabe viabilizar condições favoráveis para a efetivação do pré-natal em todas as suas dimensões. Nesse aspecto, dar voz aos profissionais de saúde e às mulheres que fornecem e recebem o cuidado e vivenciam o pré-natal pode contribuir com a efetividade das ações de educação em saúde no pré-natal e, por conseguinte, controlar a morbidade e mortalidade materna e neonatal por causas evitáveis.

Partindo da premissa de que as ações de promoção e prevenção contribuem para redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal e são atribuições preponderantes dos profissionais de saúde, seja da equipe de saúde da família, seja da unidade básica, considera-se que através de uma relação integrada, de confiança e empática entre os profissionais da equipe de saúde e as gestantes em que informações e saberes serão compartilhados, refletidos, resignificados e reconstruídos para serem aplicados e desenvolvidos no cotidiano dos atores sociais.

Assim, no processo de interação entre o senso comum e a ciência, produzem-se representações sociais, as quais, enquanto sistema de conhecimento, possibilitam transformações sociais cotidianas. A construção de padrões comunicativos horizontalizados é geralmente uma ação que exige resolução e determinação para colocar assimetrias em parênteses, na qual se reencontra o problema de reconhecer o posicionamento e a perspectiva do outro.

A simetria no diálogo entre Eu e Outro /em que a perspectiva e a posição dos interlocutores são reconhecidas pelos parceiros em interação/ está associada à cooperação que tende a produzir modalidades de representação que abrem a estrutura do conhecimento gerando uma consciência de diferenças e alternativas.

A estreita relação entre o Imaginário Social e o Estigma aponta para o fato de que a Teoria das Representações Sociais, enquanto ciência das representações socialmente ancoradas dentro dos valores sociais na vida cotidiana nos fornece um interessante instrumento teórico que aplicado de modo conjunto ou conjugado, nos mune de categoriais sociais de análises capazes de dar respostas amplas e profundas acerca da relação entre conceito de identidade e políticas de atendimento (ROSSATO, 2003, p. 38-39).

Assim, a Teoria das Representações Sociais subsidiará o desenvolvimento deste estudo ao permitir uma aproximação com o tema, estabelecendo vínculos, confiança e integração, e contribuindo para a realização de uma pesquisa que se guia pelas seguintes hipóteses.

A) o uso adequado de protocolos no pré-natal reduz o índice de mortalidade materno-infantil;

B) os altos índices de mortalidade infantil no município de Francisco Beltrão estão relacionados a ausência de uso dos protocolos no pré-natal.

Com base nessas hipóteses, foram levantados os seguintes problemas de pesquisa: Quais as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o uso ou não dos protocolos no pré-natal? Quais as implicações dessas representações sociais para a redução da mortalidade materna e infantil, na cidade de Francisco Beltrão, município de abrangência da 8ª Regional de Saúde, do estado do Paraná?

A partir dessas problematizações o trabalho pretende, como objetivo geral, compreender as representações sociais na utilização ou não de protocolos pelos profissionais de saúde que atendem o binômio mãe-filho; e, como objetivos específicos: a) analisar, através de uma pesquisa qualitativa e de dados estatísticos sobre os óbitos infantis, a importância do uso de protocolos no pré-natal e, b) realizar um diagnóstico da mortalidade infantil na área de abrangência da 8ª Regional de Saúde nos últimos dez anos.

Por fim, é mister que o estudo, ao tratar sobre as representações sociais dos profissionais na utilização de protocolos do pré-natal, pode contribuir para destacar o protagonismo desses mesmos profissionais na redução de morbidades e mortalidade materna e infantil por causas evitáveis.

### **3. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

Considera-se pré-natal como um fenômeno psicossocial entre as mulheres-mães e será estudado a partir dos fundamentos conceituais das Representações Sociais (RS) entendidas como:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originados na vida cotidiana, no curso das comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 2010, p.8).

Corroborando com Moscovici, Jovchelovitch (2008, p.87) destaca que as Representações Sociais se referem-se tanto a uma teoria como a um fenômeno:

[...] elas são uma teoria que oferece um conjunto de conceitos articulados que buscam explicar como os saberes sociais são produzidos e transformados em processos de comunicação e interação social. Elas são um fenômeno que se refere a um conjunto de regularidades empíricas compreendendo as ideias os

valores e as práticas de comunidades humanas sobre objetos sociais específicos, bem como os processos sociais e comunicativos que os produzem e reproduzem.

A partir dessas considerações, serão apresentadas as opções teóricas e metodológicas que fundamentaram e guiaram a coleta de dados e sua análise, razão pela qual a seguir exporemos a teoria das representações sociais de Moscovici.

### 3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SERGE MOSCOVICI APLICADA AO CAMPO DA SAÚDE

Como já visto, esta investigação busca compreender como se dá o uso de protocolos associados no pré-natal e redução da mortalidade infantil por meio da análise das representações sociais dos profissionais de saúde.

Acerca dessa linha teórica, um dos pensadores que tratou do conceito de representação social foi Serge Moscovici (1928–2014), em sua pesquisa *A Representação Social da Psicanálise*, realizada na França, na década de 60. Moscovici tem como referência básica o sociólogo Durkheim, que apresentou inicialmente o conceito de representação. Para Durkheim o que as representações coletivas traduzem é o modo como o grupo se vê em suas relações com os objetos que o afetam (JODELET, 2001).

A teoria de Moscovici é frequentemente classificada como uma forma sociológica de psicologia social (SÁ, 1998). Assim, a representação de um dado objeto não se constrói isoladamente, articula informações que, na relação com os outros, a experiência com aquele objeto aportou ao sujeito (JODELET, 2001). As representações sociais podem, então, ser definidas como formas de conhecimento socialmente elaboradas e compartilhadas, possuindo orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um determinado conjunto social.

Sendo dinâmicas, as representações produzem comportamentos e influenciam relacionamentos, englobando ações que se modificam umas às outras. Não são meras reproduções, tampouco reações a estímulos exteriores determinados; antes, são sistemas que possuem uma lógica própria, uma linguagem particular e uma estrutura que tem como base tanto valores quanto conceitos. Não são simples opiniões a respeito de algo ou imagens de algum objeto. São verdadeiras teorias

construídas coletivamente, destinando-se à interpretação e à construção da realidade (MOSCOVICI, 2004).

Jodelet (2001) partiu da noção de que as representações sociais seriam uma forma de saber prático e que ligariam o sujeito ao objeto. Com tal feito, ela formulou três questões básicas acerca desse saber:

- Quem sabe e de onde sabe? Procuram-se respostas que apontem para o estudo das condições de produção e circulação das representações sociais. Investiga a difusão das representações sociais, o contexto sociocultural, os valores, a comunicação interindividual, dinâmica das instituições e dos grupos a que pertencem.
- O que e como se sabe? Referir-se à pesquisa dos processos e estados das representações sociais, ou seja, aos suportes da representação, das práticas e dos discursos dos sujeitos e analisa os processos de sua formação e eventuais transformações.
- Sobre o que se sabe e com que efeito? Remete ao estatuto epistemológico das representações sociais. Investiga as relações entre a representação e o real, entre o pensamento natural e o científico.

Trata-se da difusão de conhecimentos e da transformação de um tipo de saber em outro (SÁ, 1998).

Moscovici introduz os dois processos que dão origem às representações: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é definida pelo autor como a passagem de conceitos ou ideias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, transformam-se em “supostos reflexos do real”. A ancoragem, como a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando valores e práticas sociais.

A análise desses processos constitui a contribuição mais significativa e original do trabalho de Moscovici, uma vez que permite compreender como o funcionamento do sistema cognitivo interfere no social e como o social interfere na elaboração cognitiva (MOSCOVICI, 2004).

A ancoragem explica o fato de as representações sociais não serem necessariamente consensuais, daí decorrendo a formação do seu chamado sistema periférico. O sentido atribuído a um dado objeto e o próprio processo de atribuição são construções psicossociais que integram a história pessoal de cada indivíduo com o resultado de suas interações grupais.

Considerando que as significações fundamentais de uma representação estão contidas em seu núcleo central, quando este passa por transformações, cria-se uma nova identidade (MADEIRA, 2001; MAZZOTTI, 2001).

Os valores que compõem o núcleo central de uma representação são os que possuem caráter prescritivo em relação ao comportamento dos indivíduos. Tais valores representam uma espécie de memória coletiva do grupo que compartilha da representação, contribuem para maior homogeneidade do grupo. Caracterizam-se também por serem mais estáveis e resistentes à mudança e por não receberem influência significativa do contexto social imediato, ou seja, por não serem normalmente influenciáveis por fatos recentes (MADEIRA, 2001; SÁ, 2002).

Por meio desse processo, o conhecimento gerado enraíza-se no social, integrando-se à leitura de mundo de cada indivíduo que procede a uma busca de familiarização das novidades geradas, ancorando-as nas suas vivências, na sua bagagem emocional (MOSCOVICI, 2004; NÓBREGA, 2001).

### **3.1.1 A representação social dos profissionais de saúde**

Os profissionais de saúde /da equipe de saúde da família/ produzem suas convicções sobre o saber/fazer saúde e podem permitir o desvelar do seu trabalho na práxis que precisa ser amplamente conhecida para associá-la com o modelo de atenção que prioriza a integralidade da assistência à saúde da população. Dessa maneira, tenta-se compreender os conceitos, as convicções que os próprios profissionais de saúde emitem no cotidiano de atuação no sentido de apreender e (re)organizar as atitudes desse profissional na realização do seu trabalho.

A Teoria da Representação Social (TRS), facilitou o entendimento do trabalho da equipe de saúde na medida em que se desvela a sua identidade, o seu perfil de trabalhador na saúde e, principalmente, qual é a imagem que ele produz da sua prática. A partir deste ponto poderemos conhecer o processo de trabalho e sugerir, caso seja necessário, inovações e instrumentos que colaborem para a concretização do modelo de vigilância da saúde e, por conseguinte, oferecer aos usuários integralidade, acolhimento e acessibilidade à saúde.

As representações sociais de profissionais da saúde que compõem as equipes retratam um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e

possuem múltiplas possibilidades de significados. Na proposta do Programa de Saúde da Família, o trabalho de equipe tem ocupado posição de destaque, como um importante recurso, na medida em que leva a um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva.

Peduzzi (2001) ressalta que o trabalho em equipe não pressupõe abolir suas especificidades, pois as diferenças técnicas possibilitam a contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite não só o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação bem como maior produção.

Uma equipe mínima de profissionais na saúde é composta dos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico de consultório odontológico e agente comunitário de saúde, contudo o Ministério da Saúde admite a incorporação de outros profissionais da área da saúde em conformidade com as demandas e características de organização dos serviços locais.

O enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde da população requer que as várias categorias profissionais trabalhem em conjunto, a partir da integração dos campos de conhecimento acumulados nas diversas profissões e também do saber da comunidade importante fonte de conhecimento. Observam-se categorias de profissionais que trabalham paralelamente, de forma isolada, havendo pouca ou mesmo nenhuma discussão entre as mesmas condutas, o que gera uma atenção fragmentada.

O Ministério da Saúde reconhece que a formação acadêmica dos profissionais que compõem a equipe mínima do Programa Saúde da Família não atende ao desafio de mudança do paradigma de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2003). Identificando a existência dessa lacuna por meio do Departamento de Gestão de Educação na Saúde, o Ministério da Saúde criou, em todo o território nacional, os polos de capacitação, formação e educação permanente em saúde.

No que se refere ao trabalho em equipe, as Representações Sociais dos profissionais, em sua grande maioria, evidenciam um componente valorativo. Recorrendo à Teoria das Representações Sociais, deparou-se com o processo de formação das representações, isto é, a objetivação e a ancoragem, que estão intrinsecamente inter-relacionadas. O processo de objetivação é entendido por Moscovici (2004) como o processo de tornar concreto o que é abstrato. Destaca o



autor: “[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, é produzir um conceito de uma imagem[.]” (Moscovici, 2004, p.71-72). Já o processo de ancoragem consiste em incorporar o estranho e o novo ao sistema de pensamento pré-existente (Moscovici, 2004).

As representações de trabalho em equipe como igualdade entre os membros são acentuadas quando desconsideram as diferenças existentes, como adverte Demo (1997), “[...] a riqueza do grupo advém de duas coisas essenciais: da competência especializada de cada um e da capacidade de aprendermos juntos[.]” (p.120).

Esse discurso ressalta a importância na medida em que sempre se pode contar com o outro profissional na resolução de problemas. Nogueira (2000) aponta a inter-relação pessoal no trabalho em saúde como necessária, chegando a considerá-la como decisiva para a eficácia das práticas. Observa-se um reconhecimento e uma valorização do saber (multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar) do outro, o que sugere uma relação horizontal dentro da equipe.

Nas representações sociais a prevalência de uma compreensão restrita do que seja trabalho interdisciplinar, na medida em que a interdisciplinaridade é vista apenas como profissionais que trabalham com os mesmos objetivos. Como afirma Demo (1997, p. 103), a interdisciplinaridade requer a presença de um grupo de cientistas.

Nesse sentido, o trabalho em equipe é a base para um trabalho interdisciplinar à medida que os conhecimentos buscam convergir para constituir um texto único, escrito a muitas mãos.

Japiassu (1976) acrescenta que a presença de profissionais de várias áreas não é suficiente para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, sendo imprescindível a existência de um diálogo compreensível entre as disciplinas/profissões. Peduzzi (1998) salienta que o trabalho em equipe multiprofissional não equivale à interdisciplinaridade, mas é uma prática que expressa a possibilidade de integração das disciplinas científicas. Observa-se, nessas falas, uma forma ainda incipiente de busca e desejo dos profissionais de promover a abertura para o diálogo e a troca de experiências com os outros profissionais e saberes.

Remetendo à teoria da representação social, Moscovici (2004) afirma existir nas sociedades contemporâneas, duas classes distintas de universos de pensamento que se entrelaçam dialeticamente: os Universos Consensuais e os Universos Reificados. Nestes, circulam as ciências, a objetividade, o rigor lógico e metodológico. Aos

Universos Consensuais correspondem as atividades do senso comum e as práticas interativas do dia a dia, ilustrando com a implementação dos protocolos assistenciais e terapêuticos na realidade local. Leva aos universos reificados a representação do trabalho interdisciplinar como complemento e contribuição de vários profissionais trabalhando juntos, exemplificando a avaliação e monitoramento dos protocolos assistenciais e terapêuticos.

Com tal sistematização, Moscovici reabilitou o senso comum do saber popular, do conhecimento do cotidiano, o conhecimento pré-teórico. Se se nos detiver sobre os universos representacionais, nota-se que estes se referem ao conhecimento científico quando fala de universo reificado, no qual, a verdade final tem que passar por uma série de barreiras – conceituais e experimentais. Já o universo consensual refere-se ao senso comum, conhecimento produzido pela sociedade, de um modo geral, em bares, escolas, praças, cafés e ambientes de trabalho, nos quais as discussões são descomprometidas, mas não menos importantes, sob o ponto de vista psicossociológico, do que as discussões do universo reificado. É nesse universo de consenso que são geradas as representações sociais.

Desse modo, as dinâmicas relacionadas à saúde e à doença são caracterizadas por uma negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento, formando-se, muitas vezes, neste processo, novas sínteses e hibridações. As práticas, os conceitos e as ações dos indivíduos que compõem os grupos sociais articulam-se na ordem sociocosmológica, mas também encontram-se ligados à reelaboração de diferentes aspectos do social.

O enfoque no caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença, em questão ao binômio mãe e filho, como emergentes e dinâmicas. É tênue a linha entre o que é passível e não passível de intervenções, tendo em vista, que gestação e parto passaram a ser pensados e tratados muito mais na ótica biológica, na qual a mulher tinha a autonomia sobre seu corpo, do que na fisiológica.

De acordo com suas dimensões, gestação e parto possuem significados distintos, dando ênfase mais a determinados aspectos do que a outros.

Para Silva e Santos (2003, p.91) a gestação “[..] É um momento especial na vida da mulher, de seu parceiro e família, e constitui uma experiência humana das mais belas, e, se bem acompanhada, torna-se a realização de um sonho para a maioria das mulheres[..]”.

Apesar da gestação ser considerada um processo fisiológico, sua evolução transcorre, na maioria das vezes sem complicações ou intercorrências, assim classificadas como gestação de baixo risco ou habitual (LIMA, 2010, p. 41).

Estes autores afirmam, ainda, que, apesar disso, em algumas mulheres, por terem características específicas ou por apresentarem algum tipo de agravo antes da gestação, é maior a chance de evolução desfavorável, tanto para ela quanto para o concepto, situação em que a gestação é classificada como de alto risco. Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), toda gestação traz consigo risco para mãe ou para o feto. A gestação de alto risco é acompanhada exclusivamente pelo profissional médico, enquanto a de baixo risco pode ser inteiramente acompanhada pelo enfermeiro.

O enfoque à gestação e ao parto é importante por serem estes momentos de intensas transformações na vida da mulher e da família. Nesse aspecto, os fatores culturais e sociais influenciam na forma como diferentes mulheres lidam com a gestação, gerando um desdobramento para o cuidado pré-natal e para a promoção da saúde e prevenção de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Concorda-se com a perspectiva de Spink (2007) ao comentar que o nascimento de uma criança é essencialmente um ato cultural: um processo fisiológico inserido num contexto de crenças e costumes.

Considerando os aspectos fisiológicos, culturais, históricos, biológicos e psicossociais que congregam a atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, o pré-natal é importante como exercício de cidadania e espaço de aprendizagem, vislumbrando a vivência da mulher na gestação e parto com autonomia e empoderamento.

A efetivação dos cuidados à mulher no pré-natal poderá resultar na diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal. Assim, anuncia-se o tópico que trata da mulher e o pré-natal.

### **3.1.2 A Representação social sobre o pré-natal**

O pré-natal relaciona-se tanto ao período que antecede o parto quanto à prestação de serviços. No que tange ao período pré-natal, Lowdermilk *et al.* (2002) conceituam-no como uma época de preparação física e psicológica para o parto, para

a maternidade e paternidade. As autoras mencionadas consideram que o fato de se tornar pai e mãe é uma das crises de maturidade da vida adulta e como tal, é um período de intenso aprendizado para os pais e para as pessoas próximas a eles.

Para o Ministério da Saúde, na perspectiva de prestação de serviço, o pré-natal ou assistência pré-natal é um conjunto de ações e de atenção médica e de enfermagem direcionadas à saúde da mulher. Desenvolve-se no período em que esta encontra-se grávida, visando assegurar melhor condição de saúde, tanto para ela como para seu bebê, evitando a morte e o comprometimento de ambos (BRASIL, 2005).

Considerando a relação da qualidade e efetivação do pré-natal com a mortalidade materna e infantil, acredita-se que o primordial é reputar à mulher gestante como centro das ações, visto que sem ela não acontece o pré-natal; sem o seu comprometimento e conhecimento, ela não terá autonomia para cuidar de si nem do seu bebê, assim, a realidade posta pela sociedade não será transformada.

A ampliação da visão do pré-natal com enfoque para a mulher traduz-se na descrição de Brasil (2005), ao afirmar que o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gestação, devido ao período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vive de forma distinta.

Supõe-se que essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias, ou, simplesmente, a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo. Por isso, observando os fatores que interferem no desenvolvimento da gestação, é importante que toda gestante realize o pré-natal. Contudo, são diversos os problemas que servem de obstáculos para o alcance dos objetivos propostos pela referida ação. Ressalta-se, então, a relevância da adesão das mulheres ao pré-natal, evidência destacada em vários estudos, conforme descrito pelo Ministério da Saúde:

Demonstrou-se que a adesão de mulheres ao pré-natal, está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que em última análise será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatais verificadas no Brasil (BRASIL, 2001, p.9).

Em tal cenário, cabe aos profissionais de saúde, ao entrar em contato com a mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. O cuidado pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para

quem já teve outros filhos, porquanto o objetivo do cuidado pré-natal visa acompanhar a evolução da gestação, a fim de fornecer suporte à saúde materna e ao desenvolvimento fetal normal (FRASER; COOPER, 2010).

Para o autor supracitado, no primeiro contato com a cliente, a enfermagem deve orientar as mulheres sobre a importância do pré-natal e da amamentação. Antes da consulta, verifica-se o peso, a altura e a pressão arterial, anotando os dados no cartão da gestante. A mulher também participa da educação em saúde, elemento constituinte do pré-natal.

A enfermagem acompanha toda a gestação de baixo risco, responsável pela solicitação de exames laboratoriais, pela coleta do exame preventivo (Papanicolau), pela prescrição de tratamento necessário, conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Esses profissionais também podem organizar atividades com grupos de gestantes, em que enfocam: aleitamento materno, preparo para o parto, cuidado com o recém-nascido, vacinação, levantamento e busca de faltosas (BRASIL, 2000).

Os profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal devem compreender que cada mulher possui sua história de vida, e é no pré-natal que terá a oportunidade de compartilhar experiências com outras mulheres na mesma condição. Assim, cuidar adequadamente da gestante no pré-natal exige do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do agente comunitário de saúde gostar da profissão, gostar do que faz na área da obstetrícia, estar motivado para cuidar da mulher gestante, envolver-se na comunidade em que trabalha, estar constantemente envolvido com a família da gestante (SILVA; SANTOS, 2002, p.95).

Precisa-se atentar para o devido esclarecimento da gestante e sua família, já que o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser avaliada a cada 15 dias, visando a avaliação da pressão arterial, altura uterina, edema, movimentos fetais e batimentos cardíacos com mais rigor (SILVA; SANTOS, 2002).

Considerando as dimensões do pré-natal, os objetivos deste e o papel dos profissionais no contexto, destaca-se a importância das ações do enfermeiro no acolhimento, na primeira consulta da gestante e demais atribuições inerentes ao pré-natal. Em linhas gerais, aponta-se a seguir, evidências sobre o pré-natal na perspectiva da enfermagem.

No que tange às competências essenciais durante a consulta pré-natal, de acordo com Rios e Vieira (2007), a atenção realizada por enfermeiros, demonstrou

que estes não exercem as competências essenciais para a assistência qualificada no pré-natal, devido às barreiras institucionais com que se defrontam no trabalho. Os autores descreveram que a consulta pré-natal caracterizou-se como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa, apesar da existência do bom propósito de educar.

Na perspectiva da educação em saúde, Rios e Vieira (2007) comentam que as questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da instituição são obstáculos para a realização da educação em saúde como tendência libertadora, crítica, social e transformadora. Quanto às ações educativas inerentes à consulta de enfermagem, de acordo com Shimizu e Lima (2009), devem ser incluídas orientações sobre planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido, porém pautam-se no modelo tradicional de transmissão das informações, no qual a mulher está situada em uma posição passiva, o que impede a exploração dos seus conhecimentos prévios e, conseqüentemente, a negociação dos cuidados requeridos.

Os estudos de Hotwiskiy et al (2002) demonstraram que o modelo de assistência pré-natal não orienta adequadamente as gestantes sobre o processo reprodutivo; constatou-se uma grande demanda por informações e pela escuta clínica, percebeu-se que os materiais educativos nem sempre são assimilados, por si só não são suficientes para esclarecer as dúvidas e não suprem a necessidade de orientação pelos profissionais.

Essas evidências corroboram com os estudos de Teixeira et al (2010) quando descrevem que a educação em saúde possui muitos desafios. Entre eles está a difícil missão de separar o paradigma da propaganda em massa como meio de informação de conceitos de higiene, a começar pela educação em saúde institucionalizada, que investe milhões na produção de impressos educativos, negando e desconhecendo os avanços dos processos educativos e a interação entre o saber popular e a subjetividade das pessoas.

Quanto aos procedimentos técnicos, como consultas, realização de exames e atividades educativas, conforme os relatos de Shimizu e Lima (2009), são comentados e valorizados na expectativa da garantia da boa saúde para o filho. Contudo, as informações nem sempre são assimiladas e suficientes para esclarecer as dúvidas das gestantes.

Para os autores, faz-se necessário, para garantir adesão das gestantes aos cuidados prestados na consulta de enfermagem, aprofundar a forma de abordagem,

principalmente partindo do conhecimento das necessidades principais das mulheres, seu modo de vida e sua cultura.

Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agente aponta para o fato de que, a partir dos sujeitos, são construídos as articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados ao processo, dando-se, muitas vezes, essas articulações através de ações que recombina elementos das mais variadas esferas e produzem outros aspectos do social. Estes paradigmas trazem, para o campo da saúde coletiva e da construção e execução das políticas públicas, uma visão da coletividade e do social, o lugar da saúde, reconhecendo os saberes plurais, a autonomia dos atores e os fatores globais que estão presente nas situações locais.

Exemplificam-se aqui os óbitos infantis por prematuridade devido às infecções recorrentes do trato urinário, percebe-se que muitas informações sobre a doença são ancoradas, porém a objetivação criada contrapõe-se a atitudes que as vulnerabilizam ainda mais, como a não incorporação do tratamento e monitoramento do resultado através dos protocolos assistenciais e terapêuticos existentes como Rede Mãe Paranaense e Rede Cegonha.

Face ao exposto, acredita-se que a teoria das representações sociais apresenta-se como referencial teórico capaz de contribuir com a análise e discussão deste estudo por possibilitar conhecimentos individuais dos profissionais de saúde nas políticas de mortalidade materna e infantil.

A Representação Social foi adotada como referencial teórico deste estudo por considerar a possibilidade de desvelar o modo como os indivíduos e grupos agem diante da mortalidade materna e infantil, permitindo uma apreensão individual e coletiva do fenômeno.

Nesse sentido, destaca-se a dimensão da implantação ou implementação de protocolos no pré-natal que, além de oportunizar repensar e re-significar o sentido e a prática do agir a partir das representações sociais dos profissionais que atuam no pré-natal.

Após a análise dos textos, compreende-se a importância da utilização de protocolos assistenciais nos problemas do pré-natal e na diminuição dos indicadores de mortalidade materna e infantil por causas evitáveis e preveníveis. Com base nessas demandas, abordam-se ainda, os protocolos assistenciais e as barreiras para sua utilização.

### 3.2 ESCOLHAS E DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa foi desenvolvida no município sede da 8ª RS, Francisco Beltrão, que tem uma população de 90 mil habitantes e 1.600 profissionais de saúde, juntamente as equipes de saúde dos bairros: Padre Ulrico, Conjunto Esperança, Pinheirinho, Cantelmo, Jardim Floresta, Cristo Rei, São Miguel, Novo Mundo, Nova Concórdia, Alvorada e Cango (Instituto da Mulher); nos quais se apresentam índices de complexidades variados desde os mais carentes e com escolaridade baixa assim como os de atendimento às gestantes e puérperas de condições socioculturais média alta e escolaridade superior completa. Essa opção foi tomada tendo em vista as Representações Sociais dos profissionais de saúde na utilização de protocolos do pré-natal nas variações socioeconômicas e culturais, no município de Francisco Beltrão, bem como as gestantes e puérperas atendidas nos já citados locais de saúde.

Os trabalhos foram realizados no comitê municipal de mortalidade materna, infantil e fetal, através de análises nas quais observaram as representações sociais dos profissionais envolvidos na utilização protocolar do pré-natal, puerpério e puericultura.

A coleta de dados deu-se no período de julho a dezembro de 2015, através de um grupo focal com critérios pré-estabelecidos; o tempo médio empreendido com cada grupo foi entre 40 a 60 minutos; o número de participantes variou de 7 a 13 pessoas, mais o moderador. Ofereceu-se um lanche para os participantes a cada realização do grupo focal e uma lembrança pela disponibilidade da participação nesta pesquisa.

O trabalho deu-se, portanto, a partir de uma linha qualitativa de pesquisa e os dados coletados através da discussão do grupo alicerçada na problematização de um caso verídico com desfecho desfavorável. Em todos os grupos focais contou-se com a presença de um moderador com pouca interferência nos trabalhos por não haver necessidade. É mister destacar como foi gratificante, em alguns grupos, a discussão e autoanálise do serviço prestado.

A escolha de um viés qualitativo para esta investigação deve-se a sua característica de trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, e por ser um tipo de investigação interpretativo - formativa, que busca a compreensão do tema pesquisado, favorecendo o processo de descobrimento, por



meio de análise, síntese de ideias e conceitos, com envolvimento de aspectos emocionais e contextuais.

Conforme propõe Minayo (1996), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo de relações, de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Quanto ao grupo focal, é considerado por Westphal, Bogus e Faria (1996, p.473) como “[...] uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais [...] e diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico”.

O grupo focal, portanto, consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão em tópicos específicos e diretivos. Pensar coletivamente sobre uma temática que faz parte do cotidiano das pessoas do grupo facilita a discussão e a observação das controvérsias, possibilitando, por meio da interação, a construção de opiniões, a solução de problemas e a mudança. Para isso foram utilizados quatro instrumentos diferentes devido ao perfil do grupo (Apêndice B).

De acordo com os atores, pensar coletivamente traz à consciência elementos inconscientes /em decorrência das manifestações de reações e evocações de comportamentos presentes na personalidade das pessoas/ de conceitos elaborados pelas pessoas, a partir do universo consensual delas, evidenciando a similaridade das palavras produzidas a partir do estímulo a que são submetidas.

A técnica do grupo focal consiste em apresentar uma palavra indutora aos indivíduos e solicitar que produzam expressões ou adjetivos que lhe venham à mente, numa “ tempestade de palavras”; a partir do instrumento utilizado, pode constituir-se numa boa possibilidade de identificação do conteúdo e do significado, enquadrando-se nos métodos associativos dos estudos das Representações Sociais.

No universo pesquisado, há especificidades que precisam ser consideradas como, por exemplo, situações em que se necessitou parar a pesquisa para a saída emergencial do profissional médico /atendimento extra na unidade básica/ e saída da gestante- mãe visando promover conforto e bem-estar a outro filho.

Participaram da atividade a equipe de saúde com atuação no pré-natal em UBS ou ESF, gestantes e puérperas atendidas na atenção primária do município,

membros do comitê municipal de prevenção em mortalidade materno e infantil e equipe de profissionais de saúde do atendimento no ambulatório do pré-natal de alto risco. Enfim, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e assistentes sociais que atuam nos ESF, UBS, ambulatório de alto risco e comitê de mortalidade municipal de mortalidade materna, infantil e fetal bem como gestantes e puérperas atendidas pelas equipes de saúde da família e unidades básicas do município de Francisco Beltrão.

A opção de inserir profissionais de saúde, gestantes e puérperas atendidas no SUS como sujeitos do estudo foi por compreendê-los como agentes sociais das ações realizadas no pré-natal; este envolvimento traduz-se em crenças, atitudes e valores que marcam suas experiências na vida cotidiana, na interação com os outros e, nesses espaços, são a elaboradas e reelaboradas das representações sociais, em especial, representações sobre o pré-natal.

As mulheres-mães foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: a) ser gestante ou puérpera; b) se gestante ou puérpera, realizado o pré-natal habitual, intermediário ou alto risco, de forma completa e regular, no SUS, durante a gestação. c) aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os profissionais de saúde foram selecionados a partir dos seguintes critérios: a) atuar no atendimento e acompanhamento as gestantes e puérperas no pré-natal independente do risco (habitual, intermediário ou alto risco) no município de Francisco Beltrão; b) atuam em atendimentos realizados de forma regular e continua até o período puerperal no SUS; c) aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A diversidade na composição do grupo focal sugerida por DEBUS (1997) visa permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção sobre o tema. Na preparação do guia de temas, procurou-se relacionar os objetivos da percepção dos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, na compreensão dos membros do CMPMMI – Comitê Municipal de Prevenção a Mortalidade Materna e Infantil, e no entendimento das gestantes e puerpéras sobre ações de prevenção da mortalidade materno infantil em seu processo de trabalho. Esse projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme prevê a resolução CONEP 006/2010.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde; o atendimento da população desde o recém-nascido ao idoso dá-se pelo clínico geral. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em área geográfica delimitada.

As unidades básicas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade, com atendimentos especialistas como ao recém-nascido e à criança de até 12 anos pelo pediatra, as gestantes e mulheres com problemas específicos, pelos obstetras e ginecologistas; homens, mulheres, adolescentes e idosos pelos clínicos gerais. O Instituto da Mulher atende somente gestantes em risco habitual e intermediário, e mulheres com problemas ginecológicos. O programa dos agentes comunitários de saúde desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças principalmente nas áreas de saúde da criança, adolescente, gestante, prevenção e controle do câncer ginecológico, idoso e saúde bucal. As equipes dos ESF e UBS do município conta com 92 Agentes Comunitários de Saúde, sendo que 41 fazem parte das equipes de saúde da família implantadas no município.

O Comitê Municipal de Prevenção a Mortalidade Materna, Infantil e Fetal conta com os seguintes representantes: Coordenação da Atenção Primária, Auditoria, Médico Clínico Geral, Médico Pediatra, representante do Instituto da Mulher, do Hospital São Francisco atendimento Hospitalar do Risco Habitual, Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Pecoits atendimento Hospitalar do Risco Intermediário e Alto Risco e atendimento Ambulatorial para Alto Risco, representantes da Vigilância dos Óbitos/Vigilância Epidemiológica, que reúnem-se na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde.

O Ambulatório de atendimento a gestantes de Alto Risco localizado no Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Pecoits, atende gestantes referenciada dentro do protocolo de estratificação Rede Mãe Paranaense da região abrangendo a 8ª e 7ª Regional de Saúde, perfazendo em atendimento mensal de 120 gestante mês.

#### **4. DADOS HISTÓRICOS E ESTATÍSTICOS SOBRE A SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

O modelo de Promoção da Saúde surgiu na década de 1970 no Canadá, baseando-se em quatro polos: a biologia humana; o sistema de organização dos serviços; o ambiente social, psicológico e físico; e o estilo de vida, que está em amplo processo de construção (ANDRADE et al.,2003).

Neste sentido, deve-se destacar que no início do século XX e até meados da década de 70, a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. As ações eram verticalizadas e centralizadoras, o que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades dessa população-alvo (COELHO,2003).

Após este período o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões, como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MOURA & SILVA, 2004).

Por isso, na década de 70, foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil, no qual o planejamento familiar figurava sob o enfoque da paternidade responsável, objetivando reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna (COSTA, 2000).

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978, estabeleceu em sua declaração, a atenção à assistência materno-infantil como prioridade, com inclusão do planejamento familiar relacionado não só a aspectos procriativos, mas abrangendo o conjunto das necessidades de uma família, tais como: saúde, educação, moradia e lazer.

Em 1983, o governo brasileiro lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher devido às dificuldades nas políticas de acessibilidade e integridade no atendimento à mulher. O PAISM /um programa de políticas e medidas com finalidade de permitir o acesso da população feminina aos meios de contracepção/ buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama e de colo de útero (BRASIL,1984; OSIS et al, 2006).

O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1980, influenciou a implementação do PAISM, que se caracterizou pelas propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços.

No entanto, somente foi estabelecido o conceito de promoção da saúde, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (SOUZA & GRUNDY, 2004).

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Adelaide, Austrália, de 5 a 9 de abril de 1988, teve como tema central políticas públicas voltadas para a saúde. Foram apresentadas quatro áreas prioritárias para promoção de ações, e o apoio à saúde da mulher foi considerado como uma das áreas com destaque para a valorização da mulher trabalhadora e a igualdade de direitos na divisão do trabalho (BRASIL, 2001).

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsvall, Suécia, de 09 a 15 de junho de 1991, teve como tema central a criação de Ambientes Saudáveis à Saúde, reconheceu a mulher como peça importante para a sua construção ao considerar o crescimento populacional uma ameaça ao desenvolvimento sustentável, tendo em vista a superpovoação de ambientes insalubres e o aumento da pobreza, o que incrementou a discussão sobre políticas de saúde da mulher e sobre planejamento familiar.

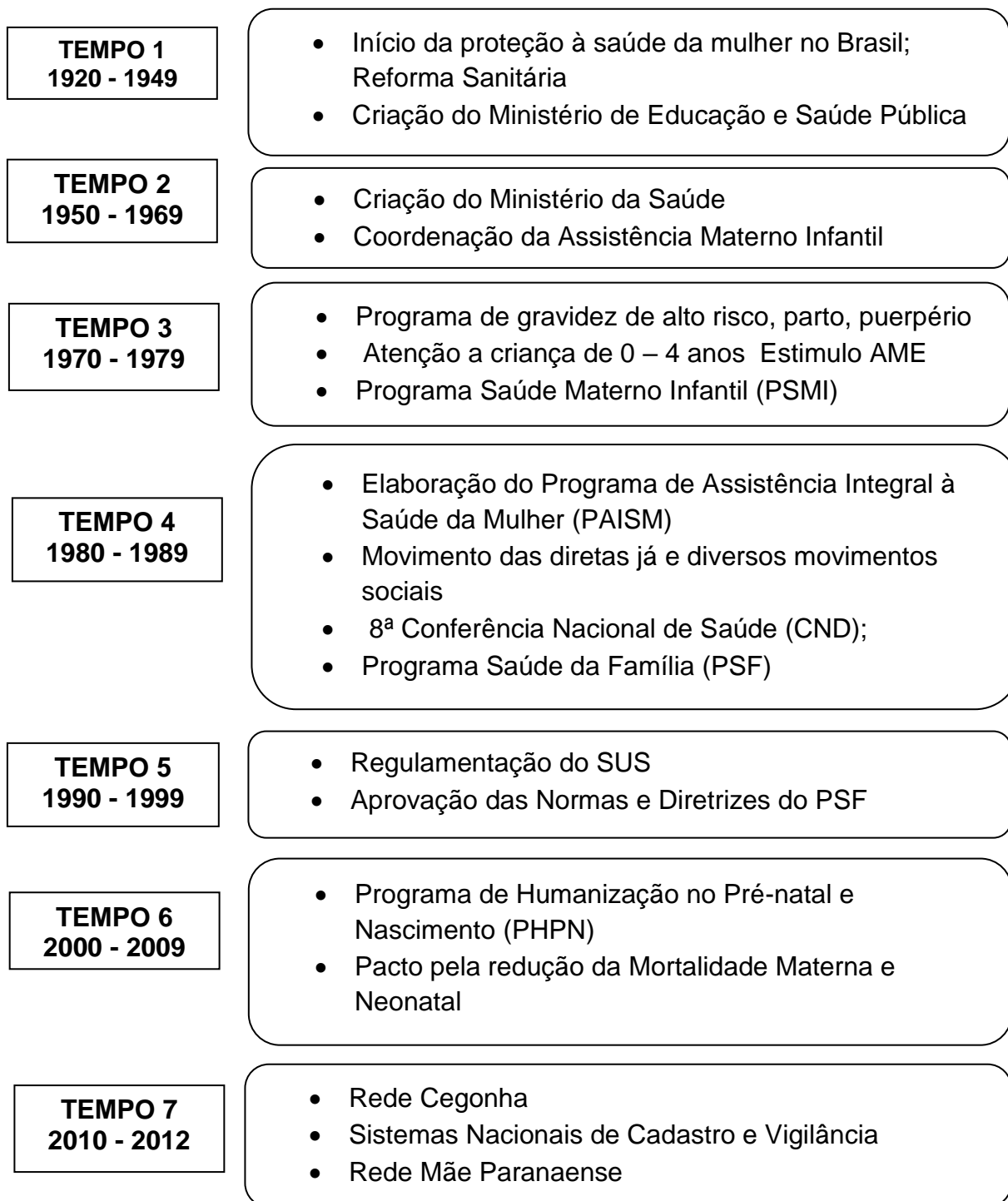
Com o objetivo de adaptar os princípios, estratégias e compromissos relacionados ao sucesso da saúde da população à realidade dos países latinos, aconteceu a Declaração de Bogotá, Colômbia, de 09 a 12 de novembro de 1992, durante a Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Partindo dos pressupostos já estabelecidos pelas conferências anteriores, esse evento estabeleceu como compromisso para a promoção da saúde, a eliminação dos efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher, considerando-a como um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina (BRASIL, 2001).

Nota-se que as políticas de incentivo e apoio à saúde da mulher representaram temáticas importantes em várias Conferências de Saúde, apesar da valorização da fase reprodutiva observada nas primeiras discussões. Essa retrospectiva traz à tona o olhar reducionista do conceito de saúde baseado no modelo biomédico, assim, o advento da Promoção da Saúde propõe o surgimento de um novo paradigma que

objetiva romper com a visão fatalista da doença, arraigada culturalmente, e aprofundar o conceito de saúde sob uma nova ótica (LEFREVE & LEFREVE, 2004).

Considerando a trajetória histórica das políticas em prol da saúde da mulher, é relevante que se conheçam as ações, programas, diretrizes, modelos de atenção e principais conceitos de acordo com a linha do tempo sintetizada no Diagrama 1.

Diagrama 1 –Linha do tempo das políticas públicas de Atenção à Saúde da Mulher



Fonte: MS-Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Adaptada por Greicy C. do Amaral.

Uma análise das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 mostra que, apesar do discurso integralizador as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais (CORREIA & PIOLA, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (Ministério da Saúde, 2004).

Rompe-se a visão curativa e centralizadora do modelo biomédico até então vigente, de alto custo e baixo impacto, atuando com enfoque individualista, curativo e baseado na doença. O novo paradigma proposto tem caráter coletivo, de autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos, atuando por meio de parcerias com educação, ação social e trabalho (MOURA, 2003).

Nos últimos 30 anos, o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Porém, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio. Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória.

As ações de educação em saúde, muitas vezes, não levam em consideração as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens, em especial o público adolescente. A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos municípios. Além disso, de maneira geral, pode-se afirmar que há uma fragilidade na rede no que tange ao segmento da mulher gestante e da criança no pós-parto até dois anos de idade.

Diversos fatores contribuem para esse diagnóstico, tais como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação

dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas.

Esses motivos fizeram com que em, 2011, o Ministério da Saúde lançasse a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde 1990, com base no pioneirismo e na experiência multiprofissional de formuladores de políticas públicas como também na experiência das gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o parceiro envolvido.

Em 2010, foi publicada a Portaria/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em 2011, foi publicada a Portaria/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha.

Em 2012, a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa rede de atenção materno infantil é um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde, 2011 a 2014.

A Rede Mãe Paranaense nasce da experiência exitosa do protocolo “mãe curitibana”, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto. Propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.



Um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal com no mínimo sete consultas, a realização de dezessete exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

A Secretaria de Estado da Saúde analisou os nascimentos e os óbitos que ocorreram nos últimos cinco anos, de 2006 a 2010, no Paraná (TABNET PARANA, 2011), e essa análise orientou as ações para a Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012).

Conforme citação na Linha Guia Mãe Paranaense 2014, a organização pan-americana da saúde e a organização mundial da saúde consideram como baixa a Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV). A RMM reflete na qualidade de atenção à saúde da mulher e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar, assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério.

A idade média em que as mulheres morreram foi de 28 anos, porém, para o grupo de mulheres que tinham acima de 35 anos, o risco para a morte materna foi 2,6 vezes maior do que para as mulheres que tinham de 20 a 34 anos; 79% dos óbitos ocorridos foram de mulheres brancas, porém o risco de morte para as mulheres negras foi 15 vezes maior do que de mulheres brancas. O risco de morte para as mulheres com menos de três anos de estudo foi de 4,2 vezes maior do que nas mulheres com mais de 12 anos de estudo. Essa é a maior justificativa para as ações serem desenvolvidas na Rede Mãe Paranaense.

Com a implantação do Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS) no estado do Paraná, a partir de 2011, foi definida a referência hospitalar para o atendimento das gestantes e crianças de risco para todas as regiões de saúde, o que contribuiu para a redução da Mortalidade Materna no Paraná em dois anos, isto é, a maior redução nos últimos 20 anos.

Outro dado que chama a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no estado. Com o aumento da detecção de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009, foram notificados, em 2011, 561 casos de gestantes com sorologia positiva, o que pode evidenciar gestantes com sífilis e sem diagnóstico ou com diagnóstico sem tratamento ou tratamento incompleto, ou reinfestação. (Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). Ao analisar a mortalidade

infantil no Paraná, observa-se que, apesar da redução da mortalidade infantil no estado, essa redução é lenta e desigual, evidenciando uma redução de 3,6% na mortalidade infantil.

#### 4.1 ESTATÍSTICAS BRASILEIRAS DE SAÚDE MATERNO- INFANTIL

A razão da mortalidade materna é um bom indicador de saúde do grupo populacional feminino. As taxas são úteis para estimar as parciaisidades ao se compararem áreas ou regiões de variados níveis de desenvolvimento (Laurenti et al., 2000; Brasil, 2004; República Dominicana, 2005).

Também a mortalidade infantil, composta por óbitos neonatal e pós-neonatal (CLAP, 1992) é um coeficiente que retrata as condições de vida de uma população, sendo utilizada como indicador do nível de desenvolvimento e da qualidade de vida das nações bem como a qualidade e organização da assistência prestada em seus diversos níveis e organização dos serviços de saúde (BERCININI, 1994). Ela é também considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nessa área (LANSKY et al., 2002).

Segundo a portaria Nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica, a mortalidade infantil em menores de 1 ano é considerada baixa na proporção de 20/1000 nascidos vivos; também são pactuados o indicador de óbitos neonatais tardios em 14/1000 nascidos vivos; e a proporção de nascidos vivos cobertos de 4 a mais de 7 consultas de pré-natal. Ela também define que a razão de mortalidade materna (o número de mortes maternas por causas obstétricas diretas e indiretas por 100.000 nascidos vivos) é alta quando atinge patamares superiores a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos e é baixa quando se assemelha a coeficientes de países desenvolvidos, 4 a 8/ 100.000 (Brasil, 2006).

A maioria dos óbitos maternos e infantis ocorridos no país são considerados evitáveis, podendo ser prevenida com a melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade (HARTZ et al., 1996; NOVAES et al., 2004). Duchade et al., 1989 também apontam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde,

a qualidade da assistência e as precárias condições socioeconômicas e culturais como fatores condicionantes e/ou determinantes do elevado número de mortes.

Dados disponibilizados pelo MS do Brasil nos últimos dez anos (2003-2013) mostram que os indicadores de mortalidade neonatal (precoce e tardia) vêm sofrendo uma queda gradativa, sendo provavelmente resultado do Programa de Pactuação Integrada, estabelecido entre municípios, estados e governo federal, que estabelece metas a serem alcançadas na gestão dos serviços de saúde. Outro fator a se considerar é o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família.

A OMS propôs, segundo revisão sistemática, o modelo de assistência à gestante baseado em apenas 4 (quatro) consultas pré-natal e 1(uma) pós-natal, com protocolos de procedimentos baseados em evidências científicas (WHO, 2002). Isso pressupõe que a grande quantidade de consultas pode não garantir qualidade, sendo mais efetiva a realização de consultas com critérios bem estabelecidos. Um dos grandes dilemas enfrentados no Sistema Único de Saúde é, na prática, fazer valer no dia-a-dia seus princípios, em particular, no que diz respeito ao acesso pautado num acolhimento de qualidade e a integralidade da assistência nos serviços prestados à população.

Logo, à medida que o SUS avança, no sentido de ampliar o acesso a todos os cidadãos que necessitam dos seus serviços, no caso específico das gestantes, a integralidade não se operacionaliza de maneira que acolha essa usuária nas suas necessidades, independentemente do nível do sistema/serviço que vá acessar, ou seja, em todo o processo de pré-natal, parto e puerpério, o que revela uma organização inadequada do sistema de saúde. Pesquisas como a de Silva et al., 2006 têm demonstrado que as questões do atendimento no processo de gestação e parto, no SUS, demarcam desigualdades em saúde quando se compara a realidade entre os indicadores infantis.

O gráfico 1, em uma série histórica de 2005 a 2015 comparativo no Brasil, Paraná, 8ª Regional de Saúde e o município de Francisco Beltrão, demonstra que o coeficiente da mortalidade infantil, tanto na 8ª Regional de Saúde Francisco Beltrão quanto no município de Francisco Beltrão, era maior do que no Brasil e no Estado do Paraná, até o ano de 2013, evidenciando-se a diminuição dessa taxa nos anos de 2014 e 2015, quando ocorreu a descentralização das análises dos óbitos pelo Comitê Regional da Mortalidade Materno e Infantil, discutindo nos municípios com sua equipe de saúde os desfechos desfavoráveis, os problemas identificados, recomendações e

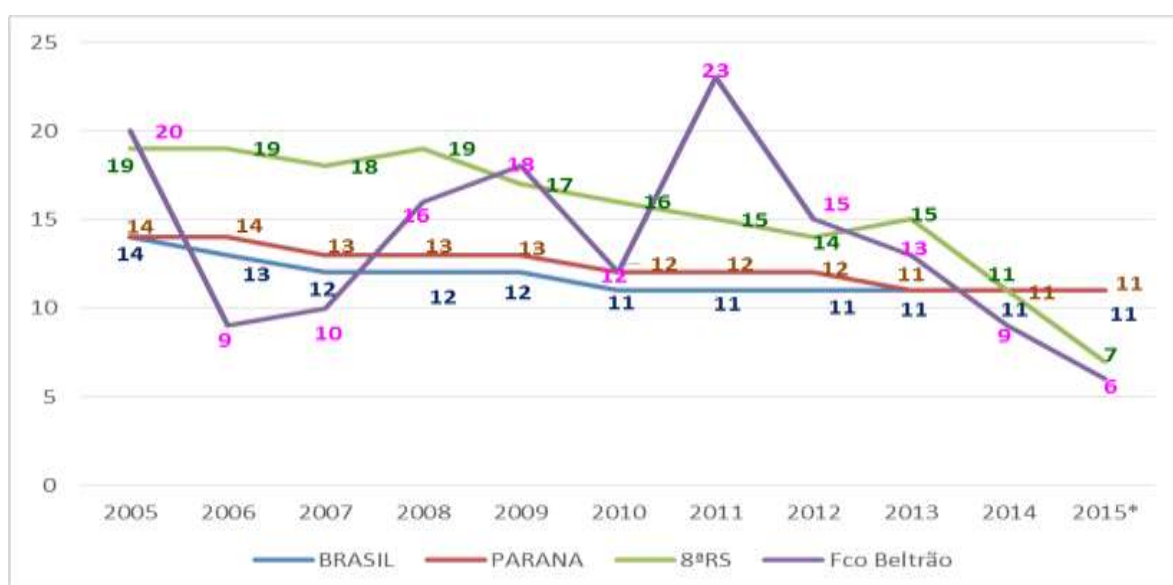
medidas de prevenção, além da implementação da Rede Mãe Paranaense, a gestão de caso nos municípios e a implantação do atendimento hospitalar à gestante de risco (intermediário e alto ).

No ano de 2015, prosseguiu o trabalho com medidas de controle e avaliação introduzindo ferramentas como: monitoramento das infecções em gestantes, checklist no pré-natal e puerpério, vinculação da gestante e puérpera particular e convenio no SUS, monitoramento das inconsistências nas referências da estratificação do risco habitual para intermediário e alto risco, tanto no âmbito ambulatorial como no hospitalar.

No Paraná a queda foi a partir da implantação da Rede Mãe Paranaense, no ano de 2012, em todo o estado, com capacitação aos profissionais de saúde que atendem gestantes e puérperas em seus três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, implantação da gestão de caso nas regionais com maior número absoluto de óbitos infantis e materno.

No Brasil, verifica-se uma média constante de 11/1000 NV desde 2010, mesmo com a implantação da Rede Cegonha e do benefício financeiro para apoio as gestantes para locomoção as consultas pré-natal no ano de 2011, ampliação da rede de urgência e emergência, criação dos sistemas de cadastro e vigilância.

GRAFICO 1 – Comparativo da Mortalidade Infantil

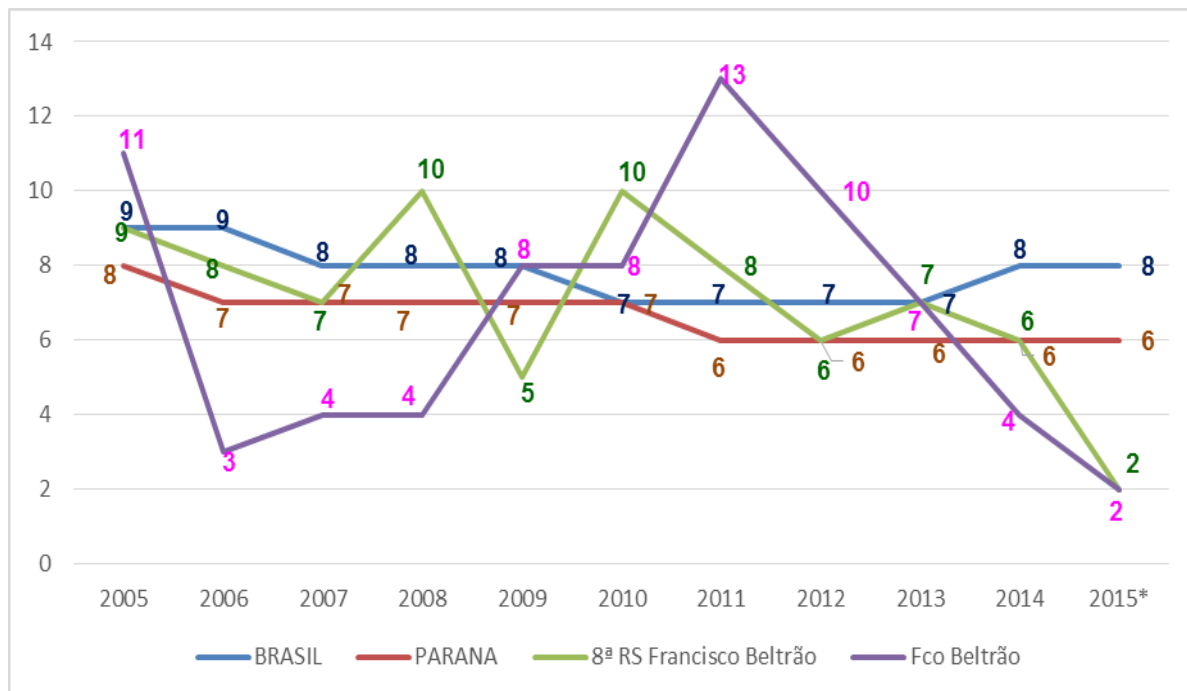


Fonte: MS/TABNET/Estatística Vital/SESA/Tabwin/acesso: 06/05/2016.

Enquanto o gráfico 2 mostra que o coeficiente da taxa de mortalidade neonatal precoce, de zero a menos de sete dias, na série histórica de 2005 a 2015, permanece inalterado, tanto no Brasil, a partir do ano de 2010, como no Estado do Paraná, a partir do ano de 2011. Foram conferidas as ações, tanto no país como no estado, com a implantação do protocolo Rede Cegonha no ano de 2011, e, no estado, a Rede Mãe Paranaense no ano de 2012. Não houve redução significativa, sugerindo que os estados e municípios necessitam ponderar seus procedimentos avaliando a implementação dos protocolos em questão.

De forma antagônica, verifica-se, na 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão, uma acentuada variação desses indicadores até 2012, sobressaindo-se o decréscimo da taxa, no ano de 2015. Acompanhando a Regional de Saúde, o município de Francisco Beltrão, que iniciou sua redução, em 2014, após trabalho de monitoramento e avaliação, desenvolvendo ações complementares ao protocolo Rede Mãe Paranaense antevendo uma mudança de perfil neste indicador.

GRAFICO 2 – Taxa da mortalidade neonatal precoce

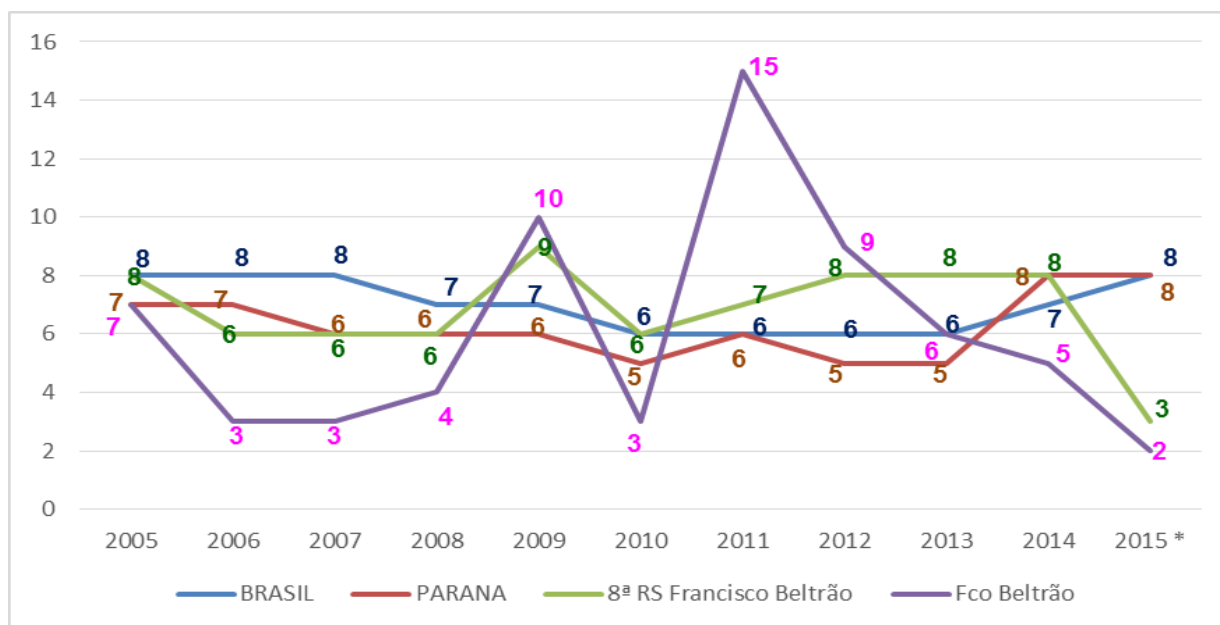


Fonte: MS/TABNET/Estatística Vital/SESA/Tabwin/acesso: 06/05/2016

O gráfico 3 revela o indicador da mortalidade infantil pós-neonatais de 7 dias a < 1 ano. Tais indicadores infantis demarcam desigualdades em saúde. Essas desigualdades parecem refletir a organização do sistema em duas realidades dicotomizadas em atendimento à saúde materno-gestacional e em saúde infantil, destacando a desconexão entre esses dois estágios que não se constituem em situações fragmentadas.

Embora as variantes aproximadamente constantes tanto nos indicadores do Brasil quanto no estado do Paraná, conjectura-se atos que legitimem uma ponderação de resultados na implantação das ações pactuadas. Considera-se que a precariedade do atendimento à gestante e do atendimento à criança são marcadamente refletidas nos indicadores de saúde, permanência da taxa de neonatal precoce e aumento da taxa de óbitos fetais, mesmo com a ampla rede político-legal estruturada.

GRAFICO 3 – Taxa de mortalidade pós neonatais

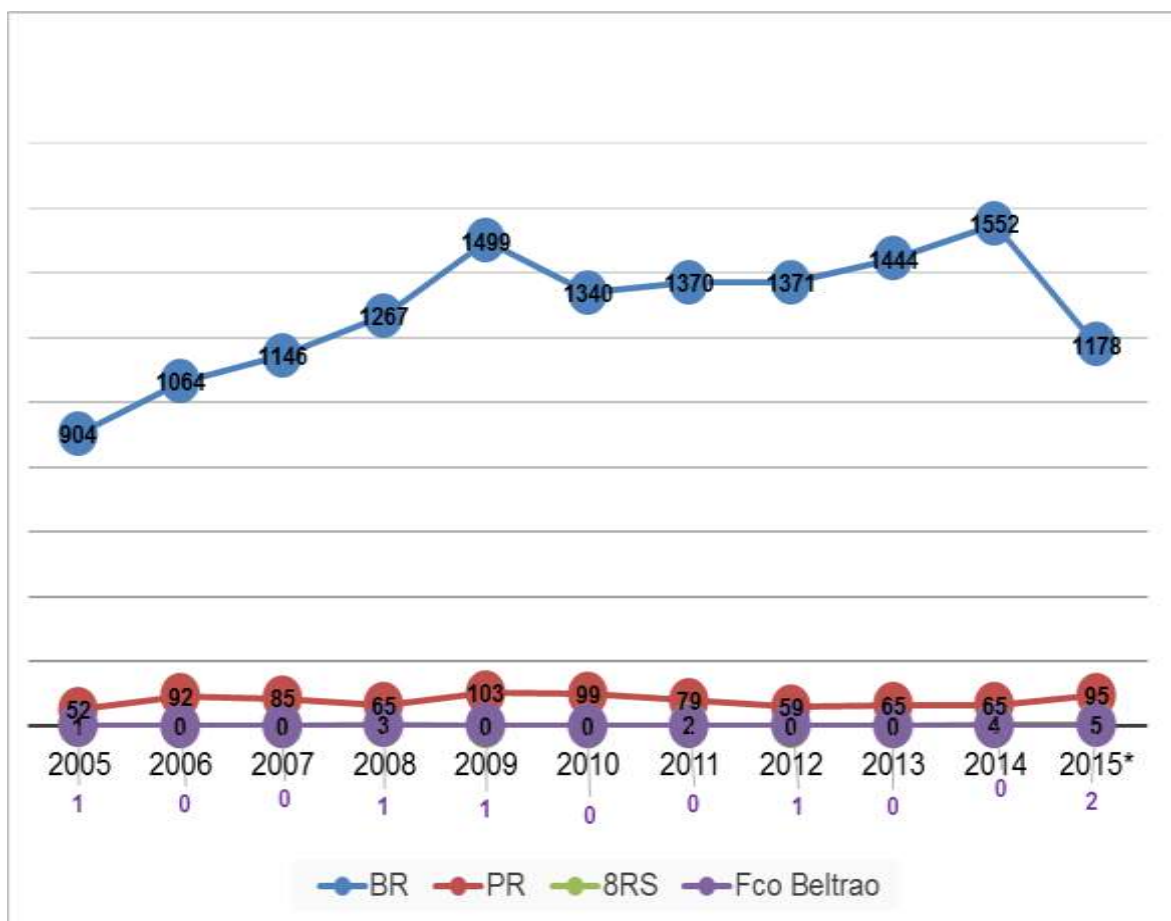


Fonte: MS/TABNET/Estatística Vital/SESA/Tabwin/acesso: 06/05/2016.

No gráfico 4, observa-se o número absoluto de óbitos maternos por ano em uma série histórica. Os números absolutos demarcam que, mesmo com a introdução de programas e políticas específicas ao pré-natal e perinatal, em 2011, no Brasil, e 2012, no Paraná não houve uma representatividade da redução do óbito materno em números absolutos. Nota-se no Brasil, uma série estática (2010 a 2013), ocorrendo acréscimo em 2014 e 2015. No Paraná e na Regional de Francisco Beltrão, segue o

mesmo entendimento da unidade federada do Brasil, vindo o município de Francisco Beltrão há dois anos sem óbitos e havendo dois óbitos no ano de 2015.

GRÁFICO 4- Óbitos maternos por unidade da federação e ano do óbito



Fonte: MS/TABNET/Estatística Vital/SESA/Tabwin/MS/SVS/CGIAE/Sistema de Informações sobre Mortalidade –SIM dados parciais de 2014 e 2015. Acesso: 06/05/2016

Todas as informações são por local de residência da falecida. Para definição de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e óbitos maternos tardios, devem ser observadas as notas técnicas: nos casos de inconsistência entre a causa mortis materna declarada e o momento da morte (durante a gravidez, parto ou aborto, durante o puerpério até 42 dias, durante o puerpério, de 43 dias a 1 ano ou fora destes períodos), para efeito de determinação se óbito materno ou não, foi priorizada a informação sobre a causa. Os campos referentes ao momento da morte (43 e 44), apesar de terem sua qualidade de preenchimento melhorada, apresentam ainda elevado percentual de inconsistências ou não preenchimento.

Os indicadores acima demonstrados reforçam a ideia de que provavelmente os serviços básicos não vinham sendo prestados de maneira efetiva antes dessa política e, após a sua implantação, as dificuldades de adequação ainda persistem.

Se os serviços de saúde não conseguem incorporar práticas efetivas de um programa instituído e incentivado financeiramente, como seria possível romper a barreira da gestão e avançar nas estratégias de acolhimento da gestante e da família, de educação em saúde, humanização do pré-natal, parto e puerpério, e nas ações de puericultura incorporando promoção da saúde em seus diversos níveis?

Apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e, por isso, inexaurível. Cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde do binômio mãe e filho, conforme destacado anteriormente.

Na prática, porém, a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a gestante e a criança em algumas áreas específicas.

Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação dessas políticas nos municípios e estados brasileiros. Para que isso aconteça, é necessário um controle social efetivo no que tange à implantação e avaliação dessas políticas. Convém ressaltar que a efetivação de tal política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público, abrindo canais para o debate no planejamento das ações e para mudança desses indicadores.

Após analisar o cenário dos programas e modelos de atenção em prol da mulher, nota-se que, através de conceitos muitas vezes equivocados, expandiu-se, no Brasil, a assistência pré-natal (BRASIL, 2011, p.13). As primeiras investidas no pré-natal tinham como foco principal a criança, objetivando nascimento e desenvolvimento saudáveis. Após esse período, a preocupação restringiu-se à assistência ao parto e a partir daí, até os dias atuais, a preocupação consiste na redução da mortalidade materna e, mais recentemente, da mortalidade neonatal. Tal afirmativa ancora-se nos seguintes relatos do Ministério da Saúde:

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Até os anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no País e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2001, p.17).



Conclui-se, portanto, que as diretrizes políticas devem considerar a mulher alvo das ações, visto que sem ela não acontece o pré-natal, sem o seu comprometimento e conhecimento não haverá autonomia para o cuidado de si nem do seu bebê, assim a realidade apresentada pela sociedade não será transformada.

## **5. IMPORTÂNCIA DOS PADRÕES E PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E TERAPÊUTICOS PRÉ-NATAL**

As normas de atenção, ou seja, os protocolos ao pré-natal do MS têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência para gestantes a normatização de procedimentos e condutas a ser realizada em toda consulta pré-natal (MS, 2000).

Os padrões e protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade.

Para o Brasil, com níveis elevados na mortalidade infantil, maiores inclusive do que os de alguns países da América Latina, compreender o papel das atividades de assistência à saúde no processo de determinação do óbito infantil torna-se de um compromisso ético.

A responsabilidade dos serviços de saúde está diretamente vinculada ao conceito de mortes evitáveis, relativamente antigos, todavia pouco explorado pela literatura científica. A participação da equipe de saúde tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal; esta é detentora de conhecimentos e habilidades complementares que a tornam qualificada para prestar assistência à gestante, podendo contribuir de maneira significativa para a redução dos índices de mortalidade perinatal (PAIM, 2003).

Do exposto, pressupõe-se que a melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal e a participação de um profissional qualificado possam contribuir significativamente para a redução da mortalidade infantil e materna. Um atendimento de qualidade e protocolar no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil.

As altas taxas de morbimortalidade infantil ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação.

Várias instâncias internacionais e nacionais têm definido metas na busca de tornar as gravidezes e partos mais seguros. Uma das estratégias para o alcance dessa meta é a participação de um profissional qualificado no protocolo de atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2001).

O profissional de saúde qualificado é aquele que tenha sido educado e treinado com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato (WHO, 2004).

O componente pós-neonatal da mortalidade infantil, reconhecidamente mais sensível às intervenções sanitárias, foi o componente que sofreu maior redução nas últimas décadas no Brasil, podendo-se, hoje, observar para a maioria do país uma frequência maior de óbitos infantis no período neonatal. Os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção da saúde e prevenção.

A promoção da saúde refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Para a atenção integral de saúde, será necessário utilizar e integrar saberes e práticas hoje reunidas em compartimento isolado.

Desempenhar e desenvolver as competências de acordo com os padrões é a base de sustentação para o adequado desempenho de atividades e para garantia da qualidade na saúde. A importância de desempenhar tarefas de acordo com os padrões estabelecidos está na definição para ambos, profissionais e clientes, da necessidade de realizar um serviço de qualidade.

A qualificação das equipes de saúde da família para a evitabilidade de óbitos infantis deve ser desenvolvida com base no uso de protocolos. A análise de cada protocolo permite identificar o momento e o nível do sistema de saúde em que há falhas na cadeia de ações do cuidado. Ferramentas assim podem contribuir para a qualificação das equipes ao mesmo tempo em que aprimoram as ações de vigilância do cuidado nos sistemas locais de saúde.

Apesar de saberem da existência de protocolos na área materno-infantil, parece imperativa a necessidade de maior apoio técnico e operacional a esses organismos

pelas Secretarias de Estado e do Ministério da Saúde bem como qualificação das equipes envolvidas, considerando que os municípios brasileiros de grande porte possuem menos equipes de estratégia saúde da família - ESF (AQUINO & BARRETO, 2008).

Os protocolos também oferecem ferramentas para analisar variações geográficas e temporais de prevenção à mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de referenciais especiais, que podem ser utilizados para contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população e para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, parto e proteção da saúde infantil (BURIHAN, 2002).

Associados ao maior risco de morte infantil, o baixo peso e prematuridade também foram identificados como elementos potencializadores do óbito por tais componentes (KISLZTAJN et al, 2003; GUIMARÃES et al, 2003; SHIMAKURA, 2001). Tal achado pode sugerir que o advento de infecções urinárias de repetição e vaginites sejam os grandes causadores, embora possam ser evitadas com uso simples protocolar.

As condições de vida e saúde são determinadas conforme a estratificação social que configura determinado contexto ou território e que determina a distribuição desigual dos fatores produtores de saúde: materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais. As desigualdades econômicas, expressas pela posição ocupada na estratificação social, determinam desigualdade de acesso à saúde, o que aumenta as iniquidades. Para combatê-las, seria necessário desenvolver políticas intersetoriais, envolvendo os setores: econômico, de emprego, de renda, moradia, educação, além de outros, e garantir a participação e o empoderamento das populações para que possam participar da transformação para uma sociedade justa (GUIMARÃES et al, 2003; ANDRADE & SZWARCOWALD, 2001).

## 5.1 BARREIRAS QUANTO AO CUMPRIMENTO DOS PROTOCOLOS PRÉ-NATAIS

Os protocolos assistenciais, por exemplo no pré-natal Rede Cegonha/MS e Rede Mãe Paranaense/PR, têm sido ferramentas utilizadas com frequência para a melhoria da qualidade dos serviços e maior efetividade da assistência.

Entretanto, a implantação de protocolos assistenciais indica que diversos fatores podem dificultar ou impedir sua adoção ao estarem relacionados a características do protocolo em si, à sua forma de implantação, ao profissional de saúde, ao paciente ou ao ambiente externo e à existência de incentivos e mecanismos regulatórios.

Além disso, as barreiras à implantação modificam-se em função do protocolo clínico e mesmo entre diretrizes assistenciais de um mesmo protocolo, sendo fundamental a identificação dessas barreiras para a adoção de estratégias específicas (BARROS et al,2010).

Considerando as oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento das gestantes durante a assistência pré-natal, é fundamental identificar as principais barreiras que têm impedido a adoção dos protocolos assistenciais.

Para identificação das barreiras ao cumprimento dos protocolos assistenciais, LUGTENBERG (2009, págs. 27 a 37) classificou os principais tipos de barreiras como:

- a) barreiras relacionadas ao conhecimento: falta de conhecimento da existência do protocolo e falta de familiaridade com o seu conteúdo;
- b) barreiras relacionadas às atitudes: não concordância com o protocolo, não acreditar nos resultados a serem obtidos com o protocolo, inércia para modificar práticas pré-existentes, não se sentir capaz de atuar como o protocolo exige (questões ligadas à abordagem de temas e doenças, por exemplo, temas ligados à sexualidade e às doenças sexualmente transmissíveis);
- c) barreiras relacionadas à prática: fatores externos, que podem estar relacionados ao paciente (não adesão, comorbidades), ao próprio protocolo (complexidade, dificuldade de utilização) ou ao ambiente organizacional (rotatividade de profissionais, falta de insumos, tempo, apoio, tipo de serviço, etc.).

Em estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, identificou-se que a falta de concordância com os protocolos assistenciais não se mostrou uma barreira importante, mas sim o desconhecimento dos protocolos adotados nos últimos anos, o que se constitui em um bom exemplo de como a falta de conhecimento impede a utilização plena das diretrizes assistenciais. Verificou-se também que o desempenho dos profissionais com maior tempo de formação e de atuação é melhor em relação ao entendimento do uso de protocolos e também em decorrência da academia escolar (DOMINGUES et al., 2013).

Profissionais médicos e não médicos apresentaram relato de menos dificuldades para abordagem dos protocolos assistenciais, que incluíam fornecimento de informações em geral, sobre forma de doenças e possíveis consequências das infecções para a saúde da gestante e do bebê, além de orientações sobre tratamentos utilizados durante o pré-natal.

As características dos profissionais /relacionadas à sua formação, tempo de atuação e acesso a manuais e treinamentos/ também podem estar associadas ao maior conhecimento e familiaridade com os protocolos e maior adesão às práticas recomendadas. A abordagem mais adequada por profissionais de saúde está provavelmente associada ao local de atuação.

Em outro estudo LUGTENBERG (2011) cita que o acesso a treinamentos, manuais e, principalmente, a leitura completa dos manuais, a maior familiaridade dos profissionais com o conteúdo dos protocolos determinam a associação com conhecimento correto da situação epidemiológica e a realização correta nas condutas assistenciais.

A persistência de falhas nas rotinas assistenciais por profissionais com acesso a treinamentos e manuais normativos indica, segundo o estudo citado, a necessidade de revisão das estratégias de capacitação que têm sido adotadas.

De modo geral, estratégias de educação continuada /efetivas para mudar a prática dos profissionais e os resultados em saúde/ visam aumentar a competência dos profissionais, facilitar a adoção dos protocolos na prática assistencial ou reforçar a mudança.

Auditorias e retorno de informações, especialmente quando realizadas no contexto assistencial, de forma concorrente (e não retrospectiva), direcionadas para profissionais específicos e realizadas por pares, apresentam efeito moderado; intervenções múltiplas, sistemas que relembram os profissionais o que deve ser feito, problematização, detalhamento acadêmico e educação individualizada apresentam efeitos fortes.

Na literatura científica as estratégias multifacetadas, direcionadas para barreiras distintas, parecem ser mais efetivas do que estratégias isoladas requerem participação ativa dos profissionais, estão mais próximas dos processos decisórios e apresentam maior chance de sucesso. Em qualquer estratégia, é importante identificar a necessidade de capacitação, verificada por meio da comparação entre a prática

observada e a desejada. Cursos de curta duração, realizados no próprio serviço podem ser o melhor formato de capacitação.

Para o Ministério da Saúde, o fenômeno da maternidade relacionado à mortalidade infantil é importante por ser ainda um desafio para os serviços de saúde e sociedade devido às complicações biológicas e sociais para o binômio mãe - filho. A integralidade tornou-se essencial às práticas de cuidado na medida em que se reconheceu a necessidade de superação do reducionismo que sustenta o modelo hegemônico de atenção à saúde. Busca-se, por meio dela, identificar as demandas em saúde articuladas à multidimensionalidade dos sujeitos da atenção e atender a elas (MATTOS, 2001).

Nessa perspectiva, o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado distanciando-se do ato prescritivo, centrado no biológico e impulsionado pelo complexo médico industrial. As ações de cuidado são permeadas pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso, responsabilização com qualidade formal e política (FRANCO, 2004).

Para autora desta pesquisa, a integralidade não despreza o exercício da clínica, mas valoriza o seu uso prudente com a visão de necessidades outras dos sujeitos, com respostas aos problemas de saúde específicos ou que afligem certo grupo populacional, considerando os contextos socioculturais. Busca compreender as necessidades dos sujeitos como ato terapêutico que extrapola o sofrimento apresentado pelos indivíduos, o que implica responsabilidade de uma equipe atuante que se integra para superar contradições estruturais dos processos de trabalho, da organização dos serviços e das práticas em saúde.

Os profissionais de saúde têm importante papel na escuta de necessidades, devendo permitir a expressão de sentimentos que emergem na vivência da gravidez de modo a se estabelecer uma relação de confiança. Evita-se, assim, que o pré-natal se torne um intercâmbio de múltiplas informações fragmentadas e imposições, pois um dos objetivos da atenção à saúde a esse grupo é possibilitar a construção de condições favoráveis para que a gestante sinta-se acolhida e lide com as experiências da gravidez, parto e maternidade de modo favorável à sua saúde e a do filho (ARAUJO, 2007).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, valorizou a atenção à mulher em todas as fases do ciclo vital. Mas foi, sobretudo o Programa Rede Cegonha, de 2011, do Ministério da Saúde, e o Programa Rede Mãe Paranaense de 2012, do Governo do Paraná, que deram ênfase à atenção

diferenciada a esse grupo populacional nos aspectos de qualidade nas consultas, exames por trimestre, redução de risco com os critérios de referenciamento na estratificação do risco gestacional, acompanhamento da gestante através da gestão de caso e plano de cuidados, nas ações de crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde oral, saúde mental, saúde reprodutiva, viabilizados nos serviços de saúde da rede básica e hospitalar na estratificação habitual, intermediário e alto risco.

Considerando que as gestantes constituem um grupo cada vez mais presente nos serviços de saúde, suas especificidades requerem um cuidado diferenciado e, sobretudo em áreas interioranas, a atenção destinada a esse grupo vem desenvolvendo-se por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, na perspectiva da integralidade (MERHY, 2004).

Todavia, na concretização das políticas públicas, ainda há escassez de ações dirigidas às especificidades desse grupo populacional, tendo predominado o caráter técnico da atenção contrariando o que é preconizado pelos programas oficiais.

Por conseguinte, faz-se necessário o redirecionamento das práticas profissionais com gestantes, adotando-se a integralidade do uso protocolar no cotidiano do cuidado, de modo que este seja orientado pelo acolhimento, vínculo e responsabilização ante as demandas. Desempenhar e desenvolver as competências de acordo com os padrões é a base de sustentação para o adequado desempenho de atividades e para garantia da qualidade na saúde.

A importância de desempenhar tarefas, de acordo com os padrões estabelecidos, está na definição para ambos, profissionais e clientes, da necessidade de realizar um serviço de qualidade (DINIZ, 2005).

Diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas ao binômio mãe - filho de forma mais sistemática no SUS, como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos indicadores materno e infantil (BRASIL, 2011). Alguns fatores têm dificultado a melhoria desses indicadores, tais como: o financiamento insuficiente, a deficiente regulação do sistema de saúde, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a organização dos serviços (incluindo a gestão do trabalho das equipes de saúde), e, ainda, a produção do cuidado, que tende a medicalizar e intervir desnecessariamente nos processos de gestação, parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Esse fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com persistência de

elevadas taxas de morbimortalidade perinatal e infantil, é defendido por Diniz (2009) como paradoxo perinatal brasileiro. Isso aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, em que a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas. Considerando o exposto, a saúde materno-infantil vem despontando como uma área governamental com capacidade de mobilização de recursos institucionais.

Em 2011, o MS lançou a Rede *Cegonha* (RC), normatizado pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida. No mesmo ano, a Portaria nº 1.473 do MS instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia.

No âmbito da saúde da gestante, busca-se qualificar o cuidado, através de protocolos a serem seguidos, oferecendo-se o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma.

Assim, a orientação pela integralidade defende a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das puérperas e recém-nascidos a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento (COELHO, 2007).

Para encerrar este capítulo é importante lembrar as palavras de Richard Horton (2011, p1) em *The Lancet*: “[..]Em última análise o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros[.]”.



## 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS e DISCUSSÃO

Este capítulo descreve os resultados dos dados obtidos e coletados ao longo de toda a pesquisa. As ideias manifestadas pelos participantes a respeito da utilização ou não dos protocolos serão apresentadas a seguir, conforme os aspectos abordados nos encontros realizados.

Ao longo desse percurso de buscas e descobertas, foi possível comprovar algumas evidências significativas. Ao descrever os elementos e a estrutura das representações sociais nos profissionais de saúde e no pré-natal, concluiu-se que há uma predominância da dimensão biomédica sustentada pela bio-cuidativa em sua principal ação, e a psicossocial do pré-natal no sistema periférico.

No que tange a dimensão histórica e cultural do pré-natal, influenciada pelas questões de gênero, nota-se que, ao mesmo tempo em que o pré-natal constitui direito à cidadania, revela-se imbricado em ideologias político-capitalistas.

Ao analisar as implicações das representações para o agir cuidativo-educativo, foi identificada a necessidade de ampliar a educação em saúde enquanto processo de construção, integração e valorização de todas as formas de saberes. Na revisão integrativa, destaca-se a importância do pré-natal como processo de prevenção da doença e promoção à saúde do binômio mãe-filho, devido à relação da qualidade do pré-natal com a morbimortalidade materna e infantil. É mister que o pré-natal é um momento ímpar para educação em saúde, visando desenvolver o conhecimento e a autonomia da mulher para o cuidado de si e do bebê durante o ciclo gravídico puerperal, conforme as necessidades evidenciadas.

Por outro lado, os dados deixam claro que as práticas de atenção à saúde na utilização de ferramentas como os protocolos de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, na vigilância da saúde, proporcionariam a redução de mortes por doenças reconhecidamente evitáveis.

Preliminarmente, para melhor situar estes sujeitos no contexto, apresenta-se o perfil das equipes de saúde que realizam o atendimento de pré-natal nas unidades de saúde como também das gestantes e puérperas usuárias do atendimento no município de Francisco Beltrão onde foi desenvolvida a pesquisa. Esse conhecimento pode fornecer subsídios para direcionar certos cuidados e atenções especiais às gestantes e puérperas, possibilitando que os profissionais que atendem o binômio mãe-filho atuem com mais eficiência.

Para Jodelet (2001), a importância das representações sociais enquanto sistemas de interpretação determinam a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, visto que orientam e organizam condutas e comunicações sociais, da mesma forma; elas intervêm na difusão e assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e transformações sociais.

As mulheres-mães entrevistadas estavam nas seguintes faixas etárias: duas gestantes e uma puérpera na faixa entre 18 a 23 anos, uma gestante na faixa dos 24 a 29 anos, e uma gestante na faixa dos 36 a 41 anos. Os médicos, em número de seis, estavam na faixa etária de 30 a 35 anos e quatro na faixa de 36 a 41 anos.

Quanto aos profissionais enfermeiros, havia quatro na faixa etária de 24 a 29 anos, seis na faixa etária de 30 a 35 anos e três na faixa etária de 36 a 41 anos; dos 16 agentes comunitários de saúde, quatro estavam na faixa etária de 18 a 23 anos, cinco na faixa etária de 24 a 29 anos, quatro na faixa etária de 30 a 35 anos e três na faixa de 36 a 41 anos. Dos profissionais entrevistados 54% conheciam bem o território do seu PSF, tendo 36% um conhecimento médio ou pouco do território da unidade de saúde onde atuavam e 10% não tinham vínculo com o território ou atuavam no serviço complementar.

Nos estudos sobre representações sociais, a experiência do vínculo com o local produz a psicologia da pertença, o sentimento de encaixar-se num meio cultural, faz com que se comuniquem bem, sem a necessidade de ser explícito o tempo todo.

Das mulheres-mães entrevistadas, 60% informaram que buscavam o atendimento pré-natal na unidade básica em seu território, destas 43% não tinham muita segurança no atendimento em sua unidade; entre as demais restantes 30% iniciaram o pré-natal em sua unidade de referência do seu bairro, mas trocaram por não haver médico obstetra; e 10 % iniciaram o pré-natal diretamente no Instituto da Mulher por sentirem mais segurança, devido a presença do obstetra.

*[...] as gestantes buscam o atendimento só com obstetra, isso é cultural. Não indo a sua unidade de vínculo porque é um clínico, ela acha que é melhor, elas não conseguem ver... temos vistos que muitos médicos generalistas estão fazendo um bom trabalho bem integral [...] EAIM*

*[...] leva um tempo para a população perceber a mudança que o obstetra faz trabalho melhor do que o clínico geral, acho que a população não entende a qualidade do trabalho do clínico geral, acha que para ser bem atendido com segurança do tratamento no pré-natal tem que ser com o obstetra [...] BAIM*

*[..] uma gestante que foi mal atendida na sua gestação anterior não volta para aquela unidade; mesmo se a equipe for diferente, demora para recuperar a credibilidade. Mas, se a equipe começar desde o início mostrar á gestante que está atendendo bem, está interessada no pré-natal dela, acompanhando, encaminhando quando necessário pode conseguir conquistar esta gestante [..] EAIM*

O Programa de Saúde da Família define-se como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde. Para o MS (2000), o acesso e acessibilidade das mulheres-mães aos serviços de saúde durante o ciclo gravídico puerperal integram os pressupostos das Políticas Públicas de Saúde da mulher através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo como um dos seus principais objetivos a ampliação do acesso ao pré-natal. Ao procurar as representações, as expectativas e necessidades do acolhimento para identificar as vinculações na pesquisa, obteve-se:

*[..] a gente não percebe o vínculo da gestante com a unidade de saúde como deve ser [..] EAIM*

*[..] a conscientização da população vai levar um tempo para entender a mudança. Se a equipe fizer um bom trabalho, mostrar para a gestante, naquele momento, que a equipe está cuidando e acompanhando-a e que se interessa por ela [..] EIM*

Nas análises dos grupos focais, enfatiza-se o discurso coletivo, a associação do entendimento da questão protocolar. Define-se protocolo como discriminar minuciosamente as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde, para que o profissional com responsabilidade, competência, respaldo e segurança ofereça assistência ao usuário, respeitando os preceitos éticos e legais.

LEGITIMIDADE – Quanto à legitimidade da utilização do protocolo considerou-se:

a) Protocolos podem oferece um padrão de assistência pré-natal qualificada à equipe:

*[..] o protocolo tem que ser discutido e visto com seriedade por todos os pontos da rede, que devem estar unidos na mesma direção, esse andar tem que ser construindo junto [..] CPNAR*

b) Otimizar os recursos existentes:

*[..] primeiro, capacitação de todo mundo, o mesmo idioma e tem que entender. Cansamos de receber aqui (Instituto da Mulher) referências de avaliações desnecessárias, e se veem casos que deveriam ter chegado precocemente para nós e têm chegado tarde; exames que deixam de ser solicitados e deveriam ter sido solicitados; exames pedidos em momentos errados; avaliações desnecessárias, colegas se assustam com situações que não tem tanta importância e deixam de fazer coisas mais importantes [..] DJIM.*

c) Protocolos podem organizar e tornar mais uniforme a assistência:

*[..] concordo. Eu sou agente comunitário, então, o protocolo servirá de parâmetro para seguirmos uma diretriz. O que pode mudar é o referente a cada caso...se tiver muitas intercorrências. É isso que eu penso [..] ACSSM*

d) Protocolos podem proteger as pacientes de prática muitas variadas:

*[..] porque quando as pacientes mudam de uma região da cidade para outra, o atendimento permanece o mesmo [..] EAIM*

e) Protocolos podem oferecer respaldo institucional:

*[..] com certeza sentirei mais respaldada em pedir somente aquilo que esteja no protocolo, porque tens um instrumento que te protege, por ser um instrumento oficial da secretaria, então [..] EP*

A importância do uso de protocolos para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde fez com que o Ministério da Saúde, com a intenção de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do SUS de protocolos clínicos e assistenciais, publicasse, em 31/05/05, a Portaria nº. 816 (Fonte: BRASIL, MS. 2005).

*[..] importante criar este protocolo, este matriciamento, para a criança ou gestante chegar à unidade e sabermos qual a conduta tomada com ela em outra parte da rede [..] DPU*

*[..] tem que existir um protocolo de pré-natal, este protocolo tem que ser seguido, passado e cobrado por todos os que trabalham no sistema [..] DJIM*

CONHECIMENTO – em relação ao conhecimento dos protocolos assistenciais e terapêuticos, abre-se um espaço indesejável para o emprego de protocolos internacionais, ou a adoção não crítica de outras tecnologias, o que pode tornar as práticas inadequadas para a realidade local.

*[..] protocolos existem, mas alguns não condizem com a nossa realidade, outros que cada profissional usa o que melhor se adapta [..] DP*

A ausência de padronização das ações significa fragilidade da mesma, podendo levar a uma grande variação nos modos de realizar as ações.

*[..] tem crianças que saem do hospital e, na carteirinha, não tem apgar, sem registro do teste do pezinho, da orelhinha, nem da vacina da Hepatite B. Não é uma, são várias. Dados da criança relevantes no nascimento [..] EIMC*

ATITUDE- os protocolos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação às partes do processo, da condição, ou patologia e em pontos de atenção à saúde específicos. São recomendações que se fazem a processos específicos, precisamente definidos e com baixa variabilidade.

[..] eu acho um absurdo o número de exames que são solicitados hoje no pré-natal. Quando me formei, gravidez não era doença e hoje em dia parece que é [...] DMIM

[..] um colega cismou em utilizar ceftriaxona para tratamento de infecções urinárias em gestantes, chegando a faltar na farmácia municipal. Já passou para o tiro de canhão [o medicamento mais forte], não tinha 1ª escolha. 2ª escolha, porque não tem protocolo [...] DPU

A organização dos serviços da rede pública de saúde ao estabelecer fluxos para agilizar e qualificar a assistência e conferir direcionalidade, atualidade e adequação às ações cotidianas, sejam elas de caráter clínico-terapêutico ou de estruturação do cuidado, são algumas das situações do uso de protocolos assistenciais e terapêuticos nos serviços de saúde.

[..] a prefeitura tem gasto rios de dinheiro no pré-natal. É o pré-natal mais caro de muitos locais. Gestantes de risco habitual realizando 08 (oito) ultrassom obstétrico durante a gestação. Há colega que solicita em toda a consulta. A prefeitura não tem um limite, não tem um protocolo. Antigamente, eu tentava argumentar; hoje, nem discuto mais [...] DMIM

FLEXIBILIDADE e AUTONOMIA – a existência do protocolo não engessa a assistência.

[..] eu vim de Curitiba onde utilizávamos o protocolo de pré-natal Mãe Curitibana, e de forma alguma me sentia preso. A gente sabe que tem a autonomia profissional, então, faz o que se julga ser necessário [...] DSM

A flexibilidade protocolar está na avaliação periódica desta ferramenta prática.

[..] tem que implantar o protocolo como uma maneira de ter uma única fala, contudo tem que monitorar e avaliar este protocolo [...] DC

[..] o protocolo deveria ser criado por quem vai utiliza-lo. Nós devemos sentar e, em conjunto, discutir. O ser humano é orgulhoso, as vezes protocolar implica não estar capacitado de fazer aquilo ou precisaria aprender e a falta de tempo, a humildade e querer [fazer o protocolo] nos fazem não querer fazer alguma coisa que implique capacitação [...] CPNAR

Portanto, uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais para uma assistência adequada e integral aos usuários, instrumentalizar e respaldar a equipe na sua prática cotidiana, através do estabelecimento de critérios e normas na atenção à saúde, possibilitar o efetivo exercício profissional na implementação das ações de saúde ao indivíduo e sua coletividade, legitimar o exercício de cada profissional, junto à equipe interdisciplinar da Instituição de Saúde e, principalmente, perante a sociedade são objetivos dos protocolos assistenciais e terapêuticos.

As representações sociais oferecem padrões de conhecimentos, reconhecimento, orientações e condutas que transformam os ambientes sociais, que são solidificadas em práticas culturais e em instituições e fornecem os recursos para a construção das identidades sociais, para a reprodução e renovação de sociedades.

A partir dessas considerações entende-se que a implantação dos protocolos assistenciais e terapêuticos no pré-natal podem apresentar dificuldades ou impedimentos na sua adoção.

Segundo LUGTENBERG (2009), para a identificação das barreiras relacionadas aos protocolos utilizadas neste estudo, a adesão ou não dos profissionais às normas assistenciais são consideradas fundamentais para transformar recomendações em resultados mais favoráveis ou desfavoráveis. Segundo esse modelo, a falta de conhecimento e a falta de familiaridade afetam o entendimento do profissional em relação a um protocolo assistencial. Para as atitudes, a falta de concordância com as recomendações, de autoconfiança para segui-las, a baixa expectativa em relação aos resultados que serão alcançados e a inércia para modificar práticas anteriores são barreiras potenciais ao introduzir as proposições. Independente do conhecimento e atitude do profissional, barreiras externas – relacionadas ao usuário, ao contexto organizacional, ou às características do próprio protocolo – podem afetar sua habilidade em seguir as orientações. Neste estudo, foram identificadas falhas nas práticas adotadas durante a assistência pré-natal, a partir do caso apresentado (apêndice B).

### **Barreiras relacionadas ao conhecimento:**

#### **a. Falta de conhecimento da existência do protocolo**

*[..] protocolo da enfermagem não é o preenchimento da ficha rosa? [..] ESM*

*[..] na triagem, conversamos muito com a gestante, mas não sabia de conduta diferenciada na aferição da pressão para a gestante [..] TPU*

*[..] os colegas, muitas vezes, ficam com medo de fazer diagnóstico porque tem que tratar [..] CPNAR*

*[..] acho importante o protocolo, para falarmos a mesma linguagem, até em relação aos exames, embora haja unidades que não fazem igual, isso dentro do próprio município, porque não tem protocolo [..] EAIM*

*[..] sou francamente favorável à rotina e protocolo em todos os serviços porque senão um faz de um jeito, outro acha bonito faz outro. Como tem formação diferente cada um prescreve de um jeito e não tem sequência. O protocolo minimiza estas questões, otimizando os recursos e diminuindo mudanças de conduta [..] DMIM*

#### **b. Falta de familiaridade com o seu conteúdo**

*[..] na minha opinião, como gestante, está faltando discussão para os médicos terem uma fala única, porque um fala uma coisa, outro profissional fala diferente e a dúvida é a mesma, não sei se não entendem [..] GI*

[..] já chegou gestante aqui com toxoplasmose na 26ª semana gestacional e o médico dizer não posso tratar [..] EPNAR

[..] os colegas das unidades básicas estão até fazendo o possível, seguindo protocolo, na medida que eles entendem de protocolo. Não há treinamento, não há direção médica, foi extinto esse cargo; há colegas médicos que trabalham como acham bom, como querem. Não há esta figura da chefia que apare tais arestas. Não é porque o colega é concursado que vai fazer conforme a sua convicção[.] DMIM

[..] se houvesse protocolo: faz um ultrassom obstétrico no início da gestação e outro no 3º trimestre, não haveria fila e a qualidade do pré-natal seria muito melhor [..] DMIM

[..] a gente sente uma dificuldade dos colegas de vincular adequadamente as gestantes; as vinculações são muito menos pelo protocolo e mais pela percepção se a gestante poderá ter ou não um problema, não exatamente como está no protocolo [..] MPNAR

### **Barreiras relacionada às atitudes**

#### a) Não concordância com o protocolo

[..] há dificuldade de concordância entre os colegas profissionais, importância da construção de um protocolo unificado [..] DCR

#### b) Não acreditar nos resultados a serem obtidos pelo protocolo

[..] de cada dez gestantes para quem se pergunta, nove diz em que não realizaram o exame especular durante a gravidez; algumas perguntam “e pode fazer?” [..] EPNAR

#### c) Inércia para modificar a prática pré-existente

[..] teríamos que mudar a urocultura, porque os antibióticos que colocam para realizar o exame não são os que tem no posto, ou que a gestante não pode tomar na gravidez [..] EP

#### d) Não se sentir capaz de atuar como o protocolo exige

[..] passar um pré-natal inteiro sem colocar um espécuro na gestante, eu acho que é o fim [..] MPNAR

### **Barreiras relacionadas à prática**

#### a) Fatores externos que pode estar relacionado ao paciente

[..] algumas gestantes se queixam que não usam sulfato ferroso e ácido fólico porque vão engordar [..] ANM

[..] muitas vezes, o médico diz “você já está sentindo contrações”, mas eu nem sei o que é contração. Fico com vergonha de perguntar [..] GPU

[..] falta de profissionalismo, de informação. Claro que tem mãe que também é negligente, a gestante também deve buscar informação [..] GNM

[..] falta muita atenção nas dúvidas, tudo é na base do normal; eles – médicos clínicos geral e obstetras só ouvem e anotam, mas não tiram minhas dúvidas, não esclarecem. Queria mais atenção já que é a minha primeira gravidez [..] GVN

[..] fora que as gestantes leem a bula e dizem: “o médico prescreveu medicamentos teratogênicos” [..] MPNAR

#### b) Ao próprio protocolo

[..] aqui nós usamos o protocolo do Ministério da Saúde, mas em cada unidade, o profissional faz como se identifica [..] ENC

[..] eu vejo as carteiras das gestantes, mas há algumas questões que não sei como orientar [..] ANM

[..] eu já ouvi falar da Rede Cegonha, mas não sei do que se trata [..] ACE

[..] temos que nos virar com o que temos à nossa disposição; eu não sou obstetra, mas gostaria que o profissional orientasse na conduta, pois precisamos ter essa comunicação [..] DP

[..] o protocolo tem que ser discutido e visto com seriedade por todos os pontos da rede, que devem estar unidos na mesma direção. Esse andar tem que ser construído junto [..] CPNAR

#### c) Ao ambiente organizacional

[..] a prefeitura não consegue manter os profissionais, por “N” fatores, rotatividade. Temos que instituir um protocolo, realizarmos treinamentos constantes, a rotina é isto, o protocolo é este. Vamos normatizar para chegarmos a algumas coisas reais [..] DMIM.

[..] existe falha entre as redes, não se comunicam, a informação chega pelo meio errado [..] DCE

[..] raríssimos são os médicos que aceitam a orientação, por exemplo, de um enfermeiro que diz: olha, doutor, a partir de hoje o protocolo vai ser assim. Ele tem dificuldade de entender e aceitar. Dá uma sensação de submissão. Eles não conseguem entender o trabalho em equipe cujo o objetivo é a gestante [..] PHC

[..] tenho receio de falar que os enfermeiros dariam conta de realizar o protocolo do pré-natal como deveriam, devido à demanda cada vez maior nas unidades [..] EAIM

[..] já entrei em contato com os colegas especialistas, nenhum começou este trabalho. Lancei esta ideia, um trabalho em horizontal, tenho esta queixa, mas não existe troca, essa prática de protocolo em conjunto. Aqui percebe-se que tem muita resistência [..] DPU

Verificaram-se no decorrer da pesquisa, barreiras relacionadas tanto ao conhecimento de protocolos quanto às atitudes dos profissionais e à sua prática; barreiras externas relacionadas aos usuários e ao contexto organizacional foram as mais relatadas. Ausência de concordância com os protocolos assistenciais não se mostrou uma barreira importante, mas o desconhecimento dos protocolos adotados por alguns profissionais da rede básica constitui-se em bom exemplo de como a falta de conhecimento impede a utilização plena das diretrizes assistenciais.



A falta de direcionamento quanto à quantidade de exames no pré-natal foi indicada como problema até na dificuldade de agendamento e prioridade das condições da gestante. Entretanto, cerca de um terço dos profissionais de enfermagem desconhecia técnica de verificação de pressão arterial em gestantes, embora existente em protocolo do Ministério da Saúde (2006). Falhas na divulgação e diálogo entre as equipes, elevada rotatividade dos profissionais e falta de confiança na produção de um protocolo único de atendimento ao pré-natal para o município são fatores a serem trabalhados.

A análise das barreiras identificadas, segundo o tipo de serviço, demonstra que algumas apresentam distribuição diferenciada e estão provavelmente relacionadas à infraestrutura das unidades ou ao seu modelo organizacional. Por exemplo, menor relato de barreiras em relação aos exames em algumas unidades básicas em decorrência da disponibilidade interna de contatos; menor relato de início tardio do pré-natal em PSF onde as agentes comunitárias de saúde têm horário diferenciado para a realização das visitas e moram na comunidade.

Por outro lado, barreiras relacionadas aos pacientes apresentam distribuição semelhante entre as equipes de Programa da Saúde da Família, revelando uma provável homogeneidade da população atendida. Verificou-se melhor desempenho dos profissionais com maior experiência de atuação nas unidades básicas, provavelmente em decorrência de maior acesso a treinamentos realizados na última década e gostar do que fazem.

Profissionais médicos com especialidade em obstetrícia apresentaram, no primeiro instante da discussão, maior dificuldade para abordagem e entendimento sobre o protocolo unificado no pré-natal. A abordagem mais adequada foi por parte dos profissionais sem especialização em obstetrícia, provavelmente associada ao local de atuação e suas necessidades para o desenvolvimento das ações nas ESFs e vinculação da gestante com a unidade.

Maior acesso a treinamentos, manuais e, principalmente, a leitura destes, desencadeando familiaridade dos profissionais com o conteúdo dos protocolos, associação com conhecimento correto da situação e realização adequada das condutas assistenciais, relatos de solicitação de profissionais e gestantes usuárias que diagnosticaram a necessidade de educação permanente, revisão das estratégias e de reuniões técnicas são algumas das solicitações requeridas durante a pesquisa.

De um modo geral, estratégias de educação continuada, efetivas para mudar a prática dos profissionais e os resultados em saúde, são as que visam aumentar a competência dos profissionais, facilitar a adoção dos protocolos na prática assistencial ou reforçar a mudança.

As evidências disponíveis sugerem que a transmissão passiva de informações por meio de treinamentos e discussões, auditorias e retorno de informações, especialmente quando realizadas no contexto assistencial, de forma concorrente (e não retrospectiva), direcionadas a profissionais específicos e realizadas por seus pares apresentam efeito moderado. As intervenções múltiplas, sistematização que relembram aos profissionais o que deve ser feito e detalhamento de educação individualizada – protocolos e normas na área de prescrição medicamentosa e assistencial são as que apresentam efeitos fortes.

Estratégias multifacetadas direcionadas para barreiras distintas parecem ser mais efetivas do que estratégias isoladas, sendo aquelas que requerem participação ativa dos profissionais e (que estão) mais próximas dos processos decisórios as que apresentam maior chance de sucesso.

Neste estudo, os profissionais indicaram os cursos de curta duração, realizados no próprio serviço, a partir da problematização local como o melhor formato de capacitação. A incorporação de ações de treinamento através do estudo de casos conhecidos com desfechos desfavoráveis nessas capacitações é essencial, pois foi sugerida por uma grande parcela dos profissionais. Dificuldades em alguns aspectos foram referidas por quase 50% dos participantes e o simples acesso a treinamentos e manuais, sem a discussão, mostrou-se associado às dificuldades na implantação dos protocolos assim como o retorno de informações sobre casos ocorridos no serviço.

A ausência de protocolos, por falta de confiança dos profissionais em seguir recomendações, são mais comuns em procedimentos envolvendo ações educativas e acolhimento às gestantes do território de abrangência da sua unidade. Recomendações resultantes do agir podem ser percebidas como constrangedoras, tanto pelos profissionais como pelos usuários, constituindo-se numa barreira.

A falta de conhecimento do protocolo clínico é uma das barreiras relacionadas à atitude dos profissionais e à credibilidade por parte da equipe municipal de que a adoção do protocolo resultará em melhores resultados em saúde. A baixa adesão das gestantes à vinculação à unidade de saúde em seu território de moradia, o desenvolvimento de trabalhos educativos, a necessidade de estratégias voltadas

também aos usuários, facilitando o acesso a informações e a insumos de prevenção com a população geral são apontadas pelos profissionais como dificuldades de barreira referente ao ambiente organizacional.

Estudos que evidenciam elevadas barreiras alusiva aos usuários consideram que possa ser útil promover o envolvimento dos pacientes na formulação dos protocolos bem como no processo decisório, visando aumentar a aplicabilidade e a implantação das recomendações. Redução de barreiras de acesso aos serviços de pré-natal são fundamentais para o melhor manejo da gestação, sendo necessárias estratégias alternativas para os diversos tipos de serviço de saúde.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Alta rotatividade de profissionais das equipes de saúde da família, sobrecarga de atividades, baixa cobertura do programa de agentes comunitários de saúde, ausência de articulação entre atenção básica e vigilância epidemiológica foram identificadas como dificuldades para a operacionalização das ações de vigilância para as equipes de atenção primária (MALTA & DUARTE, 2008).

Investimentos maiores da gestão federal, estadual e municipal são necessários para fortalecer a descentralização das ações das equipes locais. Da mesma forma, é preciso qualificar equipes de atenção primária no uso de protocolos, monitoramento da rede e vigilância dos óbitos infantis, visando à melhoria da qualidade e organização no cuidado do binômio mãe-filho, conseqüentemente, à redução da mortalidade infantil (MANSANO et al, 2004).

Concebe-se que as representações sociais dos profissionais de saúde no pré-natal oferecem padrões de conhecimentos, reconhecimentos, orientações e condutas para a mulher e mãe, que podem transformar ambientes sociais em lares. Estas representações sociais com o uso protocolar em suas práticas, quando solidificadas nas instituições, fornecem os recursos para a construção das identidades sociais e para a reprodução e renovação da sociedade.

Destacam-se as barreiras de acesso das gestantes e parceiros ao início precoce da assistência pré-natal; as barreiras relacionadas aos profissionais de saúde com baixa familiaridade aos protocolos assistenciais e terapêuticos, dificuldades na

abordagem da gestante e do ambiente organizacional como as prioritárias para serem refinadas.

A utilização de estratégias multifacetadas, com envolvimento dos usuários dos protocolos em sua formulação, e a disseminação direcionada dos conteúdos constituem aspectos importantes a serem considerados na produção do protocolo.

O reconhecimento das barreiras específicas na implantação dos protocolos assistenciais tem sido apontado como uma etapa importante na identificação das estratégias a serem adotadas.

Os resultados deste estudo, realizado em unidades públicas de saúde do município referência da 8ª Regional de Saúde - PR, revelam diversas barreiras /relacionadas tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários e ao contexto organizacional/ que apresentam distribuição diferente conforme o tipo de serviço de saúde.

Apesar da existência de pesquisas sobre a importância da vigilância do uso dos protocolos (Ministério da Saúde, 2014), não foram encontrados estudos de avaliação da implantação dessa ação, assim como sobre o efeito na estratégia saúde da família.

O reconhecimento dos atores participantes da pesquisa, em conformidade com a implantação dos protocolos no pré-natal como proposta metodológica de educação pelos pares valorizando as experiências vividas junto à avaliação e monitoramento periódicos, mostra-se uma estratégia eficaz na redução dos indicadores da mortalidade infantil, fetal e materna.

O desafio, atualmente, será incorporar a necessidade da construção, apreciação e o efeito protocolar nos serviços de saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, U.F. **Educação Comunitária e a construção de valores de democracia e cidadania**. "Paper" presented an 33rd Annual Conference of the Association for Moral Education New York, 15-18/11/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. 1 ed. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos**. 3 eds. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. vol. 1. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização do SUS**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Documento para Discussão. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Políticas de Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Mulher. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. **Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011**. Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998**.

BRASIL. **Resolução 196/96**. Pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

BUSS, P. **A importância de pensar a saúde com foco na realidade social das nações [entrevista na internet]**. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011 Ago 29. Entrevista concedida a Alberto Pellegrini Filho. Disponível em: <[http://cmdss2011.org/site/?post\\_type=entrevistas&p=3002&preview=true](http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=3002&preview=true)> Acesso: 02 de fevereiro 2015.

CABRAL, I. E.; FIGUEIREDO, J. E. F.; AZEVEDO, M. F. **Enfermagem no cuidado materno e neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? In: **Rev. Diálogos Possíveis**. Brasília, p. 141-159, jan/jun. 2007.

COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**: a química das mulheres. Salvador, p. 20 - 21, 08 mar. 2004.

COSTA, M. S. *et al.* Doença hipertensiva na gravidez. In: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEMO, P. **Conhecimento moderno sobre ética**: intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes.1997

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciências &Saúde Coletiva**. 10(3): 627-237,2005.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. In: **Rev. Saúde e Sociedade**. v. 17, n. 2, p. 132-39, abr./jun. 2008.

MOURA, A. A. da Silva et al. **Fatores de risco para prematuridade em São Luís, Maranhão, Brasil**. In: **Caderno de Saúde Pública**, vol.20 n.1. Rio de Janeiro. Jan./Feb. 2004

FIGUEIREDO, N. M. A. **Prática de enfermagem**: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003.

PELLEGRINI, A. F.; BUSS, P. M. **O Movimento dos Determinantes Sociais da Saúde no Brasil**: determinantes ambientais e sociais da saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, 2011.

FOCALT, M. **A microfísica do poder**.11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FRANCO, M.L.P.B. Representações Sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. In: **Cadernos de pesquisa**. V. 34 n.121, p 169-186, 2004.

FRASER, D. M; COOPER, M. A. **Assistência obstétrica**: um guia prático. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 363-370, Mar. 2010.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing Reserch. In: **Rev. Nvrs Health**. v.10, n. 1, p. 1 -11, mar.1987.

GAZZINELLI, M. F.; PENNA, C. **Educação em Saúde**: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

GUIMARÃES, T.R, ALVES, J.B, TAVARES, M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**. 2009;25(4):868-76.

HARTZ, Z. M. A. et al. **Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil**: indicador de qualidade do sistema local de saúde. In: **Revista de Saúde Pública**, 30:310-318.1996.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JARA, J. J. ; HIDALGO, M. T.; HANSEN, Rodrigo Salcedo. **A cidade na perspectiva dos determinantes da saúde**: determinantes ambientais e sociais da saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, 2011.

JODELET, D. **As representações Sociais: um domínio em expansão**. In: **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj. 2001.

JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis, Editora Vozes. 2008

KAKEHASHI, T. Y.; SILVA, C. V. **O cuidar da criança e da família**: das reflexões teóricas a sua aplicação na prática profissional do cotidiano. In: **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.1, p. 15-20, 2001.

LANSKY S. França E.; Lealb M.C. **Mortalidade perinatal e evitabilidade**: revisão da literatura. In: **Revista Saúde Pública** 2002;36(6):759-72

LUGTENBERG. M et al. **Perceived barriers to guideline adherence**: a survey among general practitioners. BMC Fam Pract. 2011; 12:98.

LUGTENBERG. M. et al. **Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice?** an analysis of barriers among dutch general practitioners. Implement Sci. 2009; 4:54

MADEIRA, M. **Representações Sociais e Educação**: importância teórico metodológica de uma relação. In: **Representações sociais: teoria e pratica**. Joao Pessoa: UFPB, 2001.

MAZZOTTI, T. B. **Representações sociais de problemas ambientais: uma contribuição a educação brasileira.** In: **Representações sociais: teoria e pratica.** Joao Pessoa: UFPB, 2001.

MENÉNDEZ, E. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.** In: **Ciências Saúde Coletiva.** 2003; 8(1):185-208.

MINAYO, M.S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 26. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigação em psicologia social.** 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. **Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia.** In: *Acta Paul Enfermagem*, v. 20, n.3, p: 311-315, 2007.

NOBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais: teoria e prática.** João Pessoa: Universitária, 2001. p.55-87.

NOVAES, H. M. D. et al. **Redução da mortalidade infantil.** 2. ed. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004.

OLIVEIRA, M. E; ZAMPIERI, M. F.; BRUGGEMANN. O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador. Ba 2006.

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde.** In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde.* 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, J.S. **Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde.** In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.161-174.

PARADA, C. M. L.; TONETE, V. L. P. **O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos.** In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan/mar. 2008.

PARANÁ, Secretaria Estadual da Saúde, **Linha Guia Rede Mãe Paranaense.** 2012

REIS, C. B.; ANDRADE. S. M. O. **Representações Sociais das Enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica.** In: **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 61-70, abr. 2008.

RIBEIRO, R.C. **Diretrizes Clínicas: como avaliar a qualidade?** In: **Revista Brasileira Clínica Médica** 2010;8(4):350-5



RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** In: **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.12, n. 2, mar/abr. 2007.

RODRIGUES, D. P et al. **Representações Sociais de Mulheres sobre o Cuidado de Enfermagem recebido no Puerpério.** In: **Revista Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 197- 204, abr./jun. 2007.

RODRIGUES, M. P; LIMA, K. C; RONCALLI; A. G. **A Representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal.** In: **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n. 1, p. 71-82. 2008.

ROSSATO, G. E. **Menin@s de Rua: Representações Políticas.** Maringá. Massoni, p.38-39. 2003

ROSSATO, G. E. **Menin@s de Rua: Representações Políticas.** Maringá. Massoni, p.138, 2003.

SÁ, C. P. **Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria.** In: **As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** 2. ed. Petrópolis; Vozes, 2002.

SÁ, Celso Pereira de. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro. UERJ 1998.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis. Vozes, 1996.

SANTOS, A. S; M. S. C. **A enfermagem na gestão em atenção primária.** São Paulo. Manole, 2007.

SERRUYA, S. J.; L. D. G.; C. J. G. **O Panorama da Atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** In: **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil Recife,** v. 4. n 3, p. 269-279, jul./set. 2004.

SERRUYA, S. J; G. T. **A mortalidade materna no Brasil.** In: **Jornal Febrasgo.** Rio de Janeiro, v. 8, p.6-8. 2001.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. L. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.** In: **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 397-92, maio/jun. 2009.

SILVA, W. V. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal.** São Paulo: Manole, 2002.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

TEIXEIRA, E. *et al.* **Cartografia dos Saberes: o cuidar, a saúde e a doença em práticas educativas populares em comunidades hospitalares de Belém.** Belém: Smith, 2010.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem.** Rio de Janeiro: EELAN/UFRJ, 1995.

VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. **Psicologia do Cotidiano: representações sociais em ação.** 2 ed. Petrópolis. Vozes, 2007.

VICTORA, Cesar G. *et al.* **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** The Lancet. London, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontestassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>> Acesso em: 07 de maio de 2015.

WESTPHAL, M.F; BOGIUS, M.C; FARIA, M. M. **Grupos Focais: experiências percussoras em programas educativas em saúde no Brasil.** In: **Boletim Oficina Sanitária Panamericana**, v.120, n.6, p.472-481,1996.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data The global burden of disease: 2004 update. 1.Cost of illness. 2.World health - statistics. 3.Mortality - trends. In: **World Health Organization**. ISBN 978 92 4 156371 0 (NLM classification: W 74) © World Health Organization 2008

TURATO E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínica-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2 ed. Petrópolis. Vozes.2003.

## APENDICES

### APENDICE A

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO USO DE PROTOCOLO NO PRÉ NATAL PELAS EQUIPES DE SAUDE NO MUNICIPIO DE FRANCISCO BELTRÃO que faz parte do curso Mestrado em Políticas Públicas e é orientada pelo professor Dr. Geovanio Rossato da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo desta pesquisa qualitativa é relacionar através da pesquisa a importância do uso de protocolos no pré-natal e sua relação na redução do índice da mortalidade materna e infantil. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma participar em responder questões que serão realizadas a partir dos casos após análise de óbitos com desfecho desfavorável e evitáveis. Serão realizados em etapas com grupo dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) com atuação no pré-natal em UBS ou ESF, grupo dos membros do comitê municipal de prevenção em mortalidade materno e infantil, grupo de gestantes e puerperas usuárias do SUS para responder as questões, usaremos de filmagem durante os grupos para explorar as deliberações, opiniões e outros posicionamentos relevantes que antecedem e sucedem a resposta sendo de igual importância para a pesquisa. Informamos que tomaremos todos os cuidados para que as imagens e informações não sejam divulgadas sem o seu consentimento, que durante a coleta de dados procuraremos utilizar termos gerais para que a sua pessoa não seja exposta e caso seja percebido por esse pesquisador qualquer exposição automaticamente à coleta será paralisada e corrigida a falha para uma nova coleta. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que sua participação, conhecimentos e relatos serão utilizados somente para os fins desta pesquisa, e tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são reduzir os índices de mortalidade infantil, resgatar, renovar e prelecionar a mão de obra dos profissionais de saúde que realizam pré-natal. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar

nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela enfermeira Greicy Cezar do Amaral. Data: .....

Eu, Greicy Cezar do Amaral, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Greicy Cezar do Amaral

Endereço: 8ª Regional de Saúde- Francisco Beltrão

(telefone/e-mail): greicyc@sesa.pr.gov.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## APENDICE B

### **Roteiro aplicado nos profissionais de saúde das Unidades - ESF/UBS**

Gestante 29 anos. Gesta: IV Para: II Aborto: I, DUM (data da última menstruação): 29/08/2014. Filhos 10 e 5 anos. Perdeu filho com 8 meses de gestação em 2013. No dia 20 de setembro comparece a unidade falando do teste de farmácia positivo:

- 1) Atuação do técnico de enfermagem:
- 2) Consulta de enfermagem:
- 3) Consulta médica:
- 4) Atuação do agente comunitário de saúde;
- 5) Quando é realizado o preenchimento dos dados do cartão da gestante, quem faz.
- 6) Marcado retorno para quando:
- 7) Apresenta exames 1º trimestre: estão ok, o que fazem com os laudos (guardam os laudos na ficha, entregam para a gestante, copiam no prontuário). Pressão Arterial 100/60mmhg. Anotado na carteira de gestante e prontuário- como
- 8) Uma semana após a consulta a gestante retorna com queixa de dor baixo ventre: (qual conduta do técnico de enfermagem, da enfermeira, do médico, e do agente comunitário de saúde) medicação e exames prescritos, agendados, orientações...
- 9) Houve monitoramento da ITU (infecção do trato urinário) ou vaginose? Qual conduta e profissional que realizou o monitoramento
- 10) No final do terceiro mês de gestação apresenta novamente dor baixo ventre, náuseas e tonturas, vai a UPA para agilizar o atendimento onde recebe buscopam composto EV, nimesulida e após medicação encaminhada para casa. No atendimento Pressão Arterial: 120/80mmhg, sem febre. Ultrassonografia Obstétrica: PIG (pequeno para idade gestacional)  
Qual a conduta da equipe: medico; enfermeiro; técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- 11) Gestante aparece na consulta agendada de fevereiro, referiu que apresentou PA:140/90mmhg no trabalho, ainda continua com incomodo em baixo ventre, as vezes apresenta náuseas e vômitos. Ganho de peso OK. Ultrassonografia obstétrica: RCIU- retardo do crescimento intra-utero.
- 12) Houve estratificação do risco e para qual unidade?

13) No final do mês de fevereiro a gestante procura a unidade devido apresentar tontura, dor baixo ventre e pequeno sangramento: qual a condutas dos profissionais:

14) Um dia após a gestante interna no Hospital de referência do risco habitual com Pressão Arterial 200/120mmhg- síndrome de help? ITU (infecção do trato urinário) de repetição. Transferida para o hospital de alto risco, paciente fica internada por eclampsia até o oitavo mês e realizado cesárea de urgência. Desfecho desfavorável: Óbito materno e infantil- comentário da equipe- óbito evitável?

Outras perguntas no andamento do estudo- para todos da equipe:

Profissional médico e enfermeiro realizam exame especular: qual trimestre de gestação.

Quando é solicitado exames de exame qualitativo de urina) e urocultura durante a gestação

Existe protocolo de medicação em uso na gestação

Como é realizada a aferição da Pressão Arterial, e quando é indicado o MAPA monitoramento da pressão arterial).

Há grupo de gestantes na unidade. Como ocorre, qual as orientações.

A gestante passa para atendimento odontológico, é agendado em que trimestre.

É realizado checklist na carteira da gestante, no prontuário, são guardados Xerox dos laudos de exames. Opinião dos profissionais com a qualidade dos exames.

A consulta puerperal é realizada? Com quantos dias? Por quais profissionais?

É identificado o risco da criança?

Quando a gestante está em acompanhamento na referência de risco intermediário ou alto risco retorna com o plano de cuidados.

Qual a referência para o município do risco ambulatorial intermediário e alto risco?

Qual a referência para o município do risco hospitalar para o risco habitual, intermediário e alto risco?

Existe NASF (núcleo de atendimento à saúde da família) no município, como ocorre a integração deste serviço com a unidade em relação a gestante.

As visitas e orientações dos agentes comunitários da saúde são proativas ou só para constar na ficha A. Onde são registradas.

Tem conhecimento da Linha Guia Mãe Paranaense e Rede Cegonha, foi capacitado, realizam reunião para discutir protocolos.

## APENDICE B

### **Roteiro para gestantes e puérperas atendidas nas UBS/ESF**

1. Qual a unidade de saúde que está realizando o pré-natal?
2. Foi realizada a estratificação do risco durante a sua gravidez?
3. Está em acompanhamento em mais de uma unidade de saúde? Quais?
4. Como está desenrolando sua gravidez? Quais sinais e sintomas que apresenta ou apresentou no decorrer.
5. Teve infecção urinária na gestação, qual medicação utilizada, posologia da medicação; fez exame de controle; data do retorno.
6. Intercorrências das vaginites- fez tratamento, realizou exame especular, fez exame especular um por trimestre? Apresenta ou apresentou corrimento.
7. Atendimento odontológico em que trimestre ocorre, é agendado, é orientada?
8. Quais orientações que recebe no pré-natal na unidade básica de saúde?
9. Como é a orientação das agentes comunitárias de saúde? O acolhimento? As visitas? Estão bem informadas?
10. Como é a orientação do médico no seu pré-natal?
11. Como se dá a orientação da enfermeira no seu pré-natal?
12. Qual hospital você deve procurar se der alguma intercorrência?
13. Onde você deve ir nas intercorrências– durante a semana, finais de semana e feriados?
14. Já definiu se vai ter parto normal ou cesariana?
15. Quantas semanas de idade gestacional (IG) nasceu seu filho?
16. Quando é feita a consulta do recém-nascido (RN) - puerpério?
17. Quais orientações recebeu para o cuidado do recém-nascido na unidade básica de saúde?
18. Que orientação recebeu da agente comunitária de saúde sobre puerpério? Do enfermeiro? Do médico?
19. É realizado o acompanhamento mensal do seu filho na unidade básica de saúde? Foi orientada para isso?
20. Que nota para o atendimento do profissional médico, enfermeiro, técnico, agente comunitário da saúde
21. Sugestões?

## APENDICE B

### **Roteiro para os profissionais de saúde no ambulatório do pré-natal de risco intermediário e alto risco**

1. Quais as gestantes dentro da estratificação da linha guia mãe paranaense são tratadas nesta instituição.
2. As gestantes que chegam aqui são na maioria bem estratificadas?
3. Como se dá o fluxo da gestante dentro do município, de sua opinião.
4. Do estudo do caso relatado: gestante de 29 anos, G IV, P II, A I no 8º mês de gestação em 2013. Filhos de 10 e 5 anos. Iniciou pré-natal em setembro com quatro semanas de gestação. Apresentou dores baixo ventre desde a terceira semana de gestação. No final do terceiro mês apresentou dor baixo ventre, tontura, enjoo, diferença de pressão arterial a qual sempre era 100/60mmhg, que por ocasião da consulta estava 120/80mmhg. No final de semana esteve na UPA com os mesmos sintomas, foi administrado buscopam composto EV e nimesulida. Realizado USO (ultrassonografia obstétrica) no laudo PIG - pequeno para a idade gestacional. No final do mês de fevereiro (final do 6º mês de idade gestacional), internou no hospital de referência habitual com pressão arterial 200/120mmhg- síndrome de help. Encaminhada para o hospital de referência ao alto risco, eclampsia, coma, cesárea de emergência no oitavo mês de idade gestacional. Óbito materno e infantil, qual sua conduta para evita-lo.
5. Qual sua opinião sobre a utilização do protocolo no pré-natal.
6. Qual opinião sobre a linha guia mãe paranaense – sugestões. Conhece a rede cegonha.
7. Envia plano de cuidados para acompanhamento da gestante, e/ou recebe plano de cuidados quando a gestante vem referenciada do ambulatório de estratificação de risco ou da atenção primária.
8. Existe protocolo municipal para o atendimento a gestante no pré-natal e puerpério.
9. Observa-se a vinculação da gestante particular e convenio com o SUS.
10. É a favor de protocolos, monitoração e avaliação.
11. Quanto a capacitação de profissionais qual sua sugestão.
12. Sugestões- considerações finais.



## APENDICE B

### **Roteiro para os membros do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil**

1. A partir das análises dos desfechos desfavoráveis, qual sua opinião como membro do CMPMMI sobre a utilização de protocolos assistenciais e terapêuticos, neste óbito evitável.
2. Observam nas análises dos óbitos a vinculação da gestante e estratificação do risco das gestantes e das crianças.
3. Qual sua opinião sobre a utilização de protocolos, monitoramento e avaliação do binômio mãe-filho.
4. Nas análises dos óbitos observam se a consulta do puerpério é realizada até o 5º dia após alta.
5. Observa-se a perda de vinculação da gestante e criança de risco com seu território de atendimento.
6. Sugestões e considerações finais.

## APENDICE C

### Proposta de Protocolo único do pré-natal em implantação no município

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais da Atenção Básica no seu dia-a-dia, na assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas. A busca constante do conhecimento e da atualização científica é um dos pilares de nossa atuação profissional. O primeiro passo neste sentido foi a elaboração de um protocolo o mais completo e objetivo possível, fruto de trabalho coletivo de um grupo de profissionais de nossa rede orgânica envolvidos com as questões referentes à Saúde, dentro da ótica da assistência qualificada durante o Pré-Natal e Puerpério. A ESF/UBS deve também conhecer e estar sensibilizada com os agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos. Sabemos que muito ainda poderá ser feito no futuro, para melhorar ainda mais este instrumento e temos o compromisso de revisá-lo e promover as atualizações necessárias periodicamente.

### 1. Cronograma das atividades de rotina do pré-natal – Check List

Atividades de rotina Consultas - Idade gestacional	1ª 0 - 20 s	2ª 21-24 s	3ª 25-28 s	4ª 29-32 s	5ª 33-36 s	6ª 37-40 s	41 s
Anamnese e BHCG	X						
Exame clínico-geral	X						
Inspeção da pele e mucosas	X	X	X	X	X	X	X
Exame ginecológico (especular)	X		X		X		
Exame ginecológico (toque vaginal)	X					X	X
Citologia cervical	X						
Exame odontológico	X		X		X		
Cálculo da idade gestacional	X	X	X	X	X	X	X
Ultrassonografia	X					X	
Determinação do GS e fator Rh	X						
Pesquisa de Coombs indireto Rh -		X	X	X	X		
Pesquisa Streptococcia						X	
Determinação de Hb e Ht	X				Ht		
Pesquisa de urina rotina e urocultura	X		X		X		
Pesquisa de glicemia de jejum	X						
Rastreamento de diabetes gestacional		X			X		
Pesquisa para Hepatite B (HBsAg)	X				X		
Pesquisa para HIV (anti-HIV) Teste Rápido	X		X		X		
Sorologia para sífilis Teste Rápido ou VDRL + FTA-Abs	X		X		X		
Pesquisa para toxoplasmose	X		X GS*		X GS*		
Palpação obstétrica (apres. Fetal)				X	X	X	X
Avaliação do crescimento fetal - AU	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação da vitalidade fetal FCF/MF	X	X	X	X	X	X	X
Mobilograma						X	
Avaliação dos níveis pressóricos - PA	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa de edema	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do estado nutricional -IMC	X	X	X	X	X	X	X
Sulfato ferroso/ác. Fólico	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação DTPa			X	X	X		
Registro das avaliações no cartão	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de risco	X	X	X	X	X	X	X
Educação para saúde	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhar maternidade referência							X
Parasitológico de Fezes	X						

Adaptado da assistência ao pré-natal/PM Belo Horizonte - 2008

## 2. Exames complementares

Objetivos de se realizar exames laboratoriais e rotinas durante a gestação:

- ✓ Pesquisar possível incompatibilidade sanguínea materno-fetal-neonatal
- ✓ Detectar e prevenir precocemente a anemia materna
- ✓ Prevenir as consequências maternas e perinatais das principais DSTs e doenças infecciosas que possam ser tratadas durante a gestação e puerpério.
- ✓ Rastrear Diabetes Mellitus, Proteinúria, Glicosúria e Corpos Cetônicos na urina.
- ✓ Identificar e tratar as infecções do trato urinário e vaginal.

Na primeira consulta, solicitar de rotina:

- Hemograma
- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Sorologia para sífilis (repetir rastreamento próximo à 30ª semana ou no monitoramento) e para rubéola;
- Glicemia em jejum (repetir rastreamento entre a 24ª - 28ª semana);
- Urina rotina (repetir no monitoramento do tratamento);
- Urocultura (repetir no monitoramento do tratamento);
- Sorologia anti-HIV (repetir próximo à 30ª semana);
- Sorologia para toxoplasmose (repetir trimestralmente: gestante susceptível);
- Sorologia para Hepatite B (HBsAg) é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda e desaparece com a cura;
- Colpocitologia oncótica: seguindo as recomendações de rastreamento;
- Ultra-sonografia obstétrica: Recomendada a sua realização em torno de 20 semanas de gestação. Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultrasonográfico mais tardiamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com doppler possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal. Agendamento direto no mesmo dia, ou no dia seguinte na suspeita de Crescimento Intrauterino Restrito e Oligoidrâmnio.

## 3. Prevenção da Estreptococcia Neonatal

A infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B (GBS) é reconhecida atualmente como fator de risco para trabalho de parto prematuro, infecção puerperal

precoce e sepse neonatal com alta taxa de mortalidade. As recidivas frequentes. Como a profilaxia intraparto da infecção por GBS reduz o risco de infecção neonatal em 85% dos casos, recomenda-se a antibioticoterapia profilática para as gestantes com os seguintes fatores de risco para infecção por GBS: antecedentes de infecção de recém-nascido pelo GBS; amniorrexe prematura por mais de 18 horas; trabalho de parto prolongado; trabalho de parto prematuro em gestante com menos de IG: 37 semanas; gestantes com história de infecção urinária por GBS com cultura de urina ou vaginal positiva, mesmo com tratamento anterior.

#### **4. Classificação do Pré-natal quanto o risco gestacional**

Para haver controle de pré-natal de qualidade, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. É indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta. A equipe do Centro de Saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada.

**- Fatores de risco para a gestação atual que indicam atenção especial, com as gestantes permanecendo sob os cuidados da ESF, flexibilizando o calendário de consulta.**

1 - Características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis; idade menor que 15 anos e maior que 35 anos; esforço físico e carga horária excessivos, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos (ocupação); gravidez não programada, principalmente em adolescente; saúde mental; baixa escolaridade (< que 5 anos de estudo); altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg ou maior que 75kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas, Infecções urinarias e vaginais de repetição

2 - História reprodutiva anterior: - Morte perinatal explicada ou inexplicada, recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado, infertilidade, último parto a menos de dois anos ou mais de cinco anos, pré-eclâmpsia, prévia cirurgia uterina anterior, egresso hospitalar por pielonefrite na gestação anterior e atual.

**- Fatores de risco que demandam encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco**

- Hipertensão arterial crônica  $\geq 140 \times 90$  mmHg
- Doença Hipertensiva Específica da gravidez (DHEG): com diagnóstico clínico e laboratorial (proteinúria de 24h  $\geq 300$  mg/24h)
- Cardiopatias: Cardiopatias reumáticas; congênitas; hipertensivas; arritmias; valvulopatias; endocardites na gestação

- Pneumopatias: Asma em uso de medicamentos; DPOC;
- Doenças tireoidianas: hipertireoidismo e hipotireoidismo
- Diabetes Mellitus prévia ou gestacional
- Epilepsia de difícil manejo, não controlada
- Anemia grave
- Nefropatias: Insuficiência renal; Rins policísticos; Pielonefrite de repetição;
- Doenças auto-imunes (Lupus eritematoso, artrite reumatóide, etc)
- Ginecopatias (Malformações uterinas; Miomatose importante)
- Câncer: Todos os de origem ginecológica, que sejam invasores, e aqueles que estejam em tratamento ou possam repercutir negativamente na gestação.
- Portadoras de doenças infecciosas (toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV)
- Desvios do crescimento uterino confirmados ao Ultra-Som como: gestação gemelar, polidrâmnio, oligodramnio, crescimento intra-uterino restrito e placenta prévia total.
- Algumas doenças obstétricas, no decorrer da gravidez, indicarão encaminhamento de urgência para a maternidade de referência: Pré-eclâmpsia; Trabalho de parto prematuro; Amniorrexe prematura; Gravidez prolongada na 41ª semana; Hemorragia na gestação; Infecção urinária alta.
- Preenchimento do Plano de Cuidados referenciado para a UBS/ESF

## **5. Orientações às gestantes**

Aspectos a serem abordados nas ações de orientação durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas:

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene; Cuidados odontológicos e agendamento;
- A realização de atividade física, de acordo com o ajuste corporal à nova situação. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: alimentação saudável (ênfase na prevenção – peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes);
- Desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids ;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;

- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, cefaleia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Sinais e sintomas do parto; orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Preparo para o parto: planejamento de parto; cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Importância das consultas puerperais;
- Orientar e conduzir ao programa de planejamento familiar (protocolo) instituído pelo município;
- Cuidados com o recém-nascido; cuidados odontológicos;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

O grupo de gestantes ou sala de espera específica para a gestante é uma excelente oportunidade para os profissionais realizarem estas orientações, mas caso a gestante não frequente o grupo, deverá ser orientada individualmente.

## **6. Avaliação dos resultados de exames e condutas**

Orientação do tratamento pelo Antibiograma

### **1) Eritrograma**

- **Hb > 11g/dl- Ausência de anemia:** Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 01 drágea de sulfato ferroso/dia (200 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.
- **Hb > 8g/dl e < 11g/dl- Anemia Leve a Moderada:** Terapia com 120 a 240 mg de ferro elementar por dia ( 5 drágeas por dia – 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 a noite). Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses (após a 12 sem), se presentes. Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:
- **Hb < 8g/dl- Anemia Grave:** Referir ao pré-natal de alto risco

## II) Glicemia de Jejum

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), independente da presença de fatores de risco.

**Diabetes Mellitus Gestacional** - O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como sendo o Diabetes diagnosticado durante a gravidez. A definição se aplica independentemente do estado glicêmico após o período gestacional ou da necessidade de utilização de insulinoterapia. Os principais fatores de risco para o DMG são: a obesidade materna, a história familiar de parente de primeiro grau com diabetes, a história pregressa de diabetes. Gestantes com uma ou mais destas características são consideradas como de alto risco para DMG. Por outro lado, sabe-se que a prevalência de DMG é baixa entre mulheres com IMC < 25, idade inferior a 25 anos e nenhum dos fatores de risco citados, o que confere a estas mulheres um baixo risco para DMG. Gestantes que não possuem um destes fatores de risco, mas que também não se enquadram nos critérios de baixo risco, são consideradas como de risco intermediário. O diagnóstico do DMG se dá pela presença de dois ou mais valores alterados em testes de tolerância a glicose, conforme se vê na tabela:

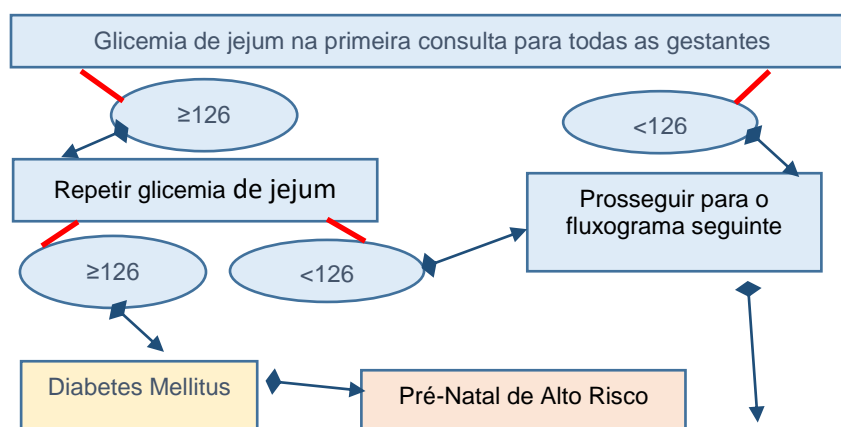
Critérios Diagnósticos de DMG com TOT com ingestão de 75g de Glicose			
	OMS	NIH/2012*	IADPSG/2010, ADA/2011, SBD/2011**
Jejum		95mg/dl	92mg/dl
1 h		180mg/dl	180mg/dl
2 h	140mg/dl	155mg/dl	153mg/dl

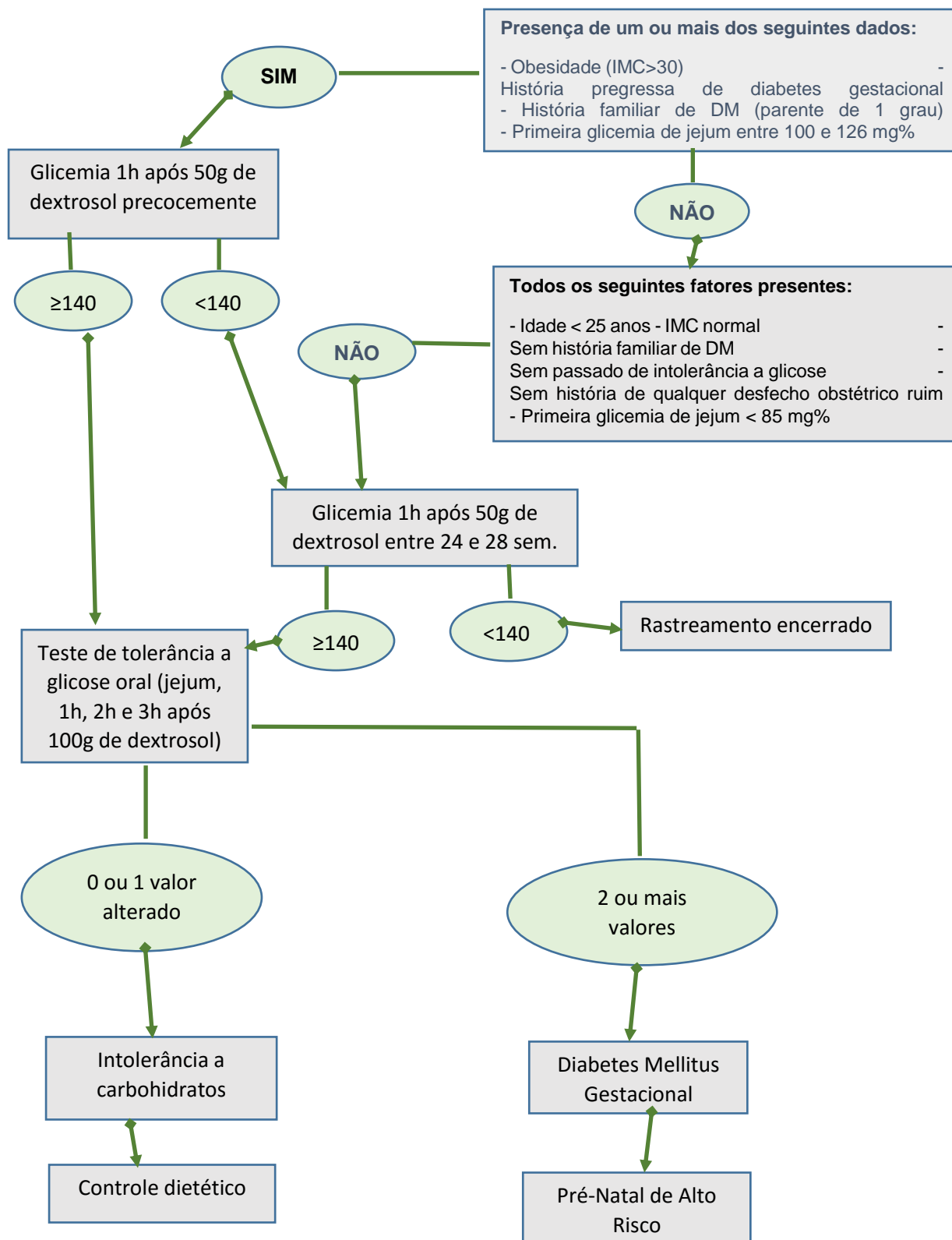
Fonte: OMS- Organização Mundial da Saúde/ NIH- National Institute of Health/ IADPSG – International Association of diabetes and Pregnancy Study Groups/ ADA- American Diabetes Association/ SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes.

\*Dois valores alterados confirma diagnóstico

\*\*Um valor alterado já confirma diagnóstico

## RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL





Fonte: Brasil a, 2012.



### III) Sorologia para Hepatite B (HbsAg)

Gestante HBsAg positiva deve ser referida para Serviço de Referência após o parto. O RN: Receber imunoglobulina humana anti-hepatite B e imunização ativa (vacina) nas primeiras 12 horas de vida (na maternidade). Interpretação dos marcadores para a Hepatite B: HBsAg - sua presença por mais de 24 semanas é indicativa de hepatite crônica. HBeAg – Na infecção crônica está presente enquanto ocorre alta replicação viral. Anti- HBe – Sua presença sugere redução ou ausência de replicação viral, exceto nas cepas com mutação pré-core (não produtoras da proteína “e”).

#### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS PARA HEPATITE B\*

Interpretação	HBsAG	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG**	Anti-HBe	Anti-HBs
Suscetível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase Aguda	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
Fase Aguda Final	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)
Hepatite Crônica	(+)	(-)	(-)	(+)(	(-)	(-)
Fase Convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade/ Infecção Passada recente	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade/ Infecção Passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade/ Infecção Passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)**
Imunidade/ Resposta Vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

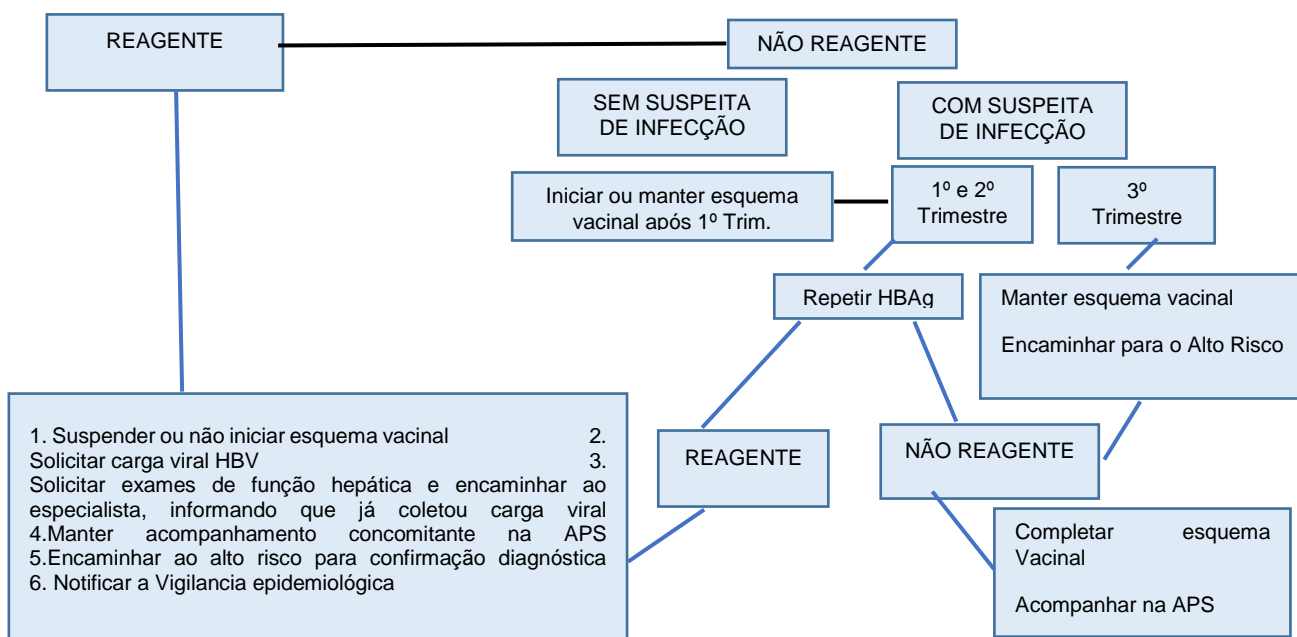
Fonte: Brasil a, 2012.

\*Perfis sorológicos atípicos pelo HBV necessitam de avaliação de um especialista

\*\*O Ministério da saúde utiliza o anti-HBc total como teste de triagem

\*\*\*Com o passar do tempo o anti-HBs pode estar em níveis indetectáveis na sorologia.

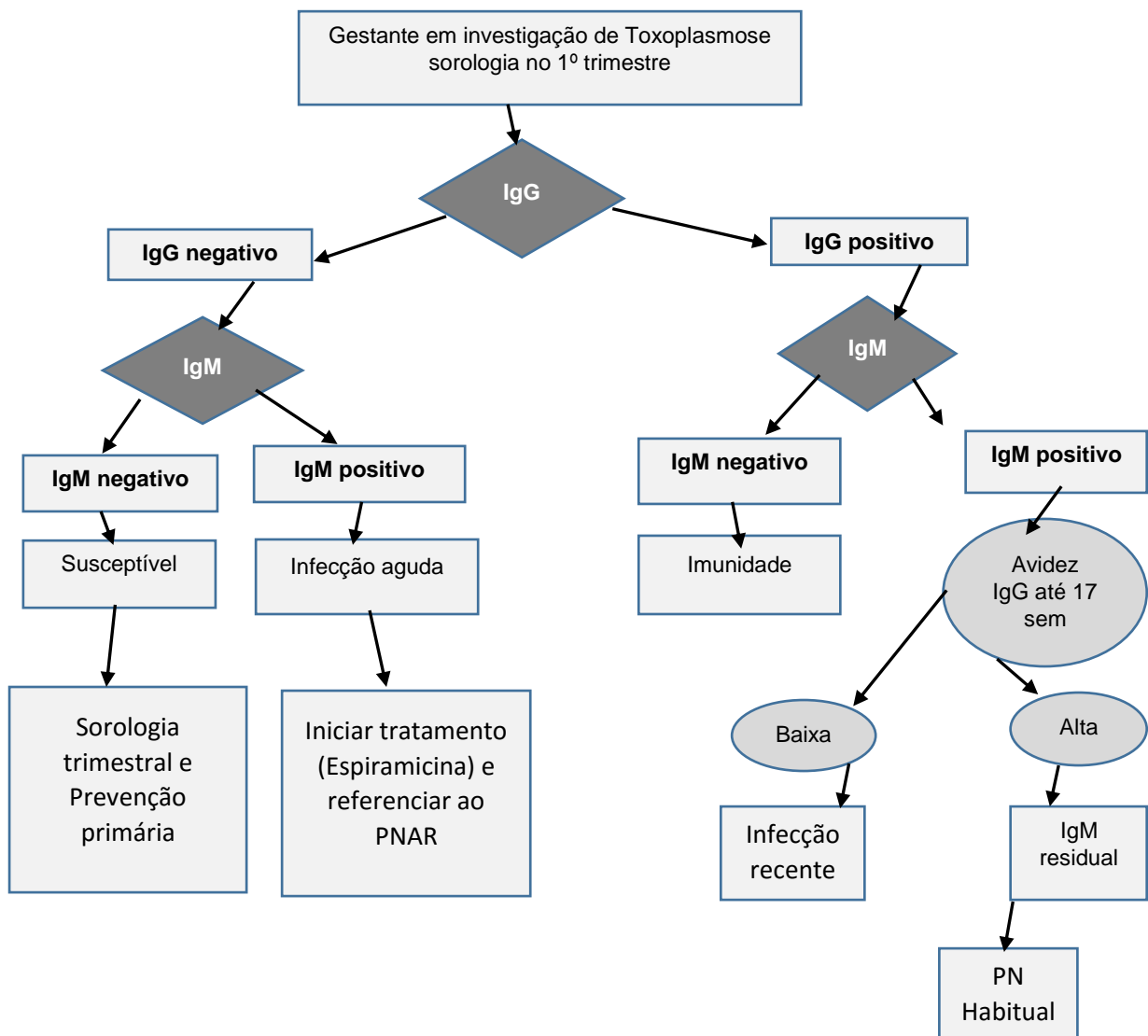
#### Fluxograma de triagem Hepatite B e conduta PRE-NATAL



**Sorologia para Hepatite C** – o anti HCV é o marcador que deve ser solicitado a critério médico, na suspeita da infecção ou condição de risco. Em caso de gestante anti-HCV reagente encaminhar ao serviço de referência e executar o plano de cuidados referenciado.

**IV) Sorologia para Toxoplasmose**

A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intrauterino restrito (CIUR), morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepato-esplenomegalia. Quanto mais precoce a idade gestacional, na qual a mulher apresenta a priminfecção, mais grave será o acometimento fetal, entretanto o risco da transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas.



Fonte: Brasil a, 2012.

Nos casos em que os resultados de IgM e IgG forem positivos, será realizado o teste de avidéz para IgG imediatamente.

**ATENÇÃO:** as gestantes em uso de imunossupressores (corticoides e quimioterápicos) ou com risco de imunossupressão (HIV/AIDS), deverão seguir medidas profiláticas de prevenção primária devido ao risco de reinfecção. (MS,2012; FIGUERÓ-FILHO,2007).

Esquema Terapêutico Toxoplasmose Aguda na Gestação- na impossibilidade de confirmação de infecção fetal por meio de PCR do líquido amniótico em tempo real.

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
<b>Até 16ª semana</b>	Espiramicina	3gr/dia (6 comp de 500mg ou 1.500.000UI) 2 cp via oral de 6/6 hs
<b>Entre a 17ª e 33ª semana</b>	Sulfadiazina	4 gr/dia (08 cp de 500mg) 02 cp via oral de 6/6 hs
	Pirimetamina	Dose de ataque: 2cp VO 12/12hs, nos 02 primeiros dias (100mg/dia) Dose de manutenção: 2cp via oral de 24/24hs, a partir do 3º dia
	Ácido Fólico	1 comp. (15mg) via oral ao dia
<b>A partir da 34ª semana</b>	Espiramicina	3 gr/dia ( 6 comp. De 500mg ou 1.500.000 UI) 2 cp via oral de 8/8hs

Fonte: MS,2013 apud ANDRADE,G.M.Q; TONELLI, 2006.

**ATENÇÃO:** *Ac. Fólico* – é associado ao tratamento para prevenir e tratar a toxidade medular da pirimetamina. *Espiramicina*- recomendada para criança com toxidade medular grave (até normalização laboratorial). Recomenda-se a realização semanal de exames hematológicos durante o primeiro mês de tratamento. Havendo estabilização da contagem de neutrófilos a avaliação pode ser espaçada a cada duas semanas, durante um mês, e a seguir mensalmente até o final do tratamento. A periodicidade dos exames deve ser reavaliada a cada nova consulta.

## V) HIV na Gestação

Interpretação dos Resultados de Triagem realizada

Teste Rápido/sorologia	Carga Viral	Tratamento	Monitoramento
Reagente em duas amostras por metodologia diferentes	Objetivo carga viral indetectável após início de terapia antirretroviral*	Iniciar terapia antirretroviral após 12ª sem. de gestação	Carga viral trimestral
Não reagente	Desnecessário de um modo geral**	Não tratar	Teste rápido ou sorologia anti-HIV trimestral

Fonte: Brasil a, 2006.

\*Gestantes tem indicação de realizar teste de genotipagem, para detectar eventual vírus com mutações nos locais de ação dos medicamentos. Normalmente esse teste é solicitado pela equipe de referência no tratamento de HIV.

\*\*Nas gestantes com anti HIV não reagente e forte suspeita de infecção recente, em que os testes podem ser falso-negativos devido período da janela imunológica, deve-se realizar carga viral do HIV.

## VI) Parasitológico de Fezes

Medicamentos indicados no tratamento das parasitoses intestinais

HELMINTÍASES	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA
Ancilostomiase Ascaridíase Enterobíase	MEBENDAZOL	100mg, 2 xs ao dia por três dias seguidos
Esquistossomose	OXAMINIQUE/ PRAZIQUANTEL DITIOLETIONA	Contraindicados TRATAR no PUERPERIO
Estrongiloidíase	TIABENDAZOL	50mg/Kg/dia 2xs ao dia, por dois dias seguidos
Himenolepiíase	PRAZIQUANTEL/ NICLOSAMIDA	Contraindicados TRATAR no PUERPERIO
Teníase	MEBENDAZOL	200mg, 2xs ao dia por quatro dias seguidos
Tricuríase	MEBENDAZOL	100mg, 2xs ao dia por três dias seguidos
PROTOZOÓSES	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA
Amebíase	METRONIDAZOL	250mg, 3xs ao dia, por dez dias seguidos
Giardiase	METRONIDAZOL	250mg, 3xs ao dia, por sete dias seguidos

Adaptado do Caderno de Atenção ao pré-natal risco habitual/SESA/2015

## 7. Intercorrências no pré-natal

**I) Hiperemese:** Apoio psicológico e reorientação alimentar desde o início da gestação são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados. Nas situações de emese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

Antieméticos orais: - Metoclopramida – 10 mg de 4/4 h, mas o ideal é de 6 em 6 horas, como alternativa para pacientes epiléticas, cujo risco de causar reações extrapiramidais com a metoclopramida orienta-se o dimenidrinato (dramin) e a ondasetrona (vonau).

Antieméticos injetáveis: - Metoclopramida – 10 mg de 4/4 h. Nos casos de hiperemese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária.

**II) Infecção urinária e bactéria assintomática:** Nos casos de infecção urinária, iniciar o tratamento frente ao diagnóstico clínico, após a coleta do material, sem esperar o resultado da urocultura. Caso não seja possível realizar coleta de material em até 24 horas, iniciar o tratamento sem o exame. A urocultura de controle de tratamento deve ser realizada a partir de 7 dias após o término do tratamento. Nos casos de Infecção Urinária Alta (Pielonefrite), após a alta hospitalar, a gestante deve ter seu tratamento ambulatorial monitorado pela Equipe de PSF. Deve ser realizada urocultura de controle, 7 a 10 dias após o término do tratamento. Em todos os casos de recidiva (ITU de repetição), monitorar recidiva até o final da gravidez.

## ABORDAGEM DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

	<b>Bacteriúria Assintomática</b>	<b>Cistite</b>	<b>Pielonefrite</b>
Conceito	Presença de bactéria na urina sem sintomas específicos	Disúria, polaciúria, urgência miccional, dor baixo ventre, com menor frequência hematúria.	Piora do estado geral com febre, cefaleia, náuseas, vômitos e Giordano +
Conduta	EQU – 1º trimestre. Controle de cura 7 dias Repetir mensalmente até o parto.	EQU no primeiro e terceiro trimestre da gravidez.	Hospitalização
Diagnóstico	Urocultura positiva com mais de 100 mil colônias/ml	Leucocitúria (> 10 leucócitos/campo) e hematúria são comuns, não necessariamente presentes.	Urocultura positiva: Escherichia coli, klebsiella pneumoniae, enterobacter e Proteus as mais frequentes.
Tratamento	Longa duração; 7 a 10 dias Nitrofurantoína 100mg VO 6/6 hs Ampicilina 500mg VO 6/6hs Amoxicilina 500mg VO 8/8 hs Cefalexina 500mg VO 6/6 hs		Cefalotina ou Cefazolina 1,0gr IV de 6/6 hs Ampicilina 1,0gr IV 6/6 hs. Se a gestante afebril após 24 a 48hs – Terapia Oral
Observação	Pode ser em regime de dose única, de curta ou longa duração. A escolha do método dependerá da avaliação clínica da gestante.		Em caso de resistência: Gentamicina 5-7mg/kg dose única IM e diária. Dosagem de creatinina plasmática.

Recomendação: profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia durante gravidez e até duas semanas após o parto com Nitrofurantoína 100mg ou Amoxicilina 250mg ou Cefalexina 250mg.

Fonte: MS/Fiocruz. Memento Terapêutico. 2006. Brasil a, 2012

### **Toxicidade dos agentes antibióticos mais utilizados no tratamento de ITU durante a gravidez**

<b>Droga</b>	<b>Classe FDA*</b>	<b>Toxicidade fetal-materna</b>
Cefalexina/ cefalotina	B	Riscos mínimos** – Alergia
Cefuroxima/ Cefazolina	B	Riscos não detectados Alergia
Ceftriaxona	B	Riscos mínimos** – Alergia
Penicilina	B	Teratogenicidade improvável- Alergia
Eritromicina	B	Toxicidade não conhecida- Alergia
Sulfas	D	Kernicterus/ Hemólise/ Alergia
Nitrofurantoína	B	Hemólise/Pneumonia /Neuropatias
Metronidazol	B	Baixo risco de toxicidade fetal/ Discrasia sanguínea
Clindamicina	B	Colite/ Alergia
Tetraciclina	D	Displasia dentário /Hepatotoxicidade Retardo do crescimento ósseo/ Insuficiência renal
Cloranfenicol	C	Síndrome cinzenta/ Toxicidade para a medula óssea
Gentamicina	C	Ototoxicidade

Modificada de Figueiró-Filho et al \*

**FICHA MONITORAMENTO DAS INFECÇÕES NA GESTAÇÃO**

Município:		Unidade de Saúde:
Nome da Gestante:		
Idade:	Idade Gestacional:	Data de notificação:
Endereço:		Telefone:
Estratificação de risco:      Risco Habitual ( )      Risco Intermediário ( )      Alto Risco ( )		
Acompanhamento odontológico no Pré Natal:      ( ) Sim      ( ) Não		

**EXAME POSITIVO – ITU e/ou VAGINITE**

Resultado EQU:	Data:
Resultado Exame Especular:	Data:
Sintomas:	
Tratamento:	Orientações:
Medicação:	Posologia:
Resultados exames pós tratamento:	Data:

**MONITORAMENTO (se resultado positivo)**

Data:	Profissional:
Uso correto dos medicamentos?	( ) Sim      ( ) Não
Ainda apresenta sintomas:	( ) Sim      ( ) Não
Se sim, qual (is): _____	
Informações adicionais: _____	
_____	
_____	
_____	
Data:	Profissional:
Uso correto dos medicamentos?	( ) Sim      ( ) Não
Ainda apresenta sintomas:	( ) Sim      ( ) Não
Se sim, qual (is): _____	
Informações adicionais: _____	
_____	
_____	
_____	

### III) Síndromes hipertensivas na gestação:

PROTOCOLO DE DETECÇÃO PRECOCE E TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO DA GRAVIDEZ	
<p><b>GESTAÇÃO NORMAL</b></p> <p>⇒</p>	<p>CONSULTAS REGULARES (BAIXO RISCO/MS) IDENTIFICAÇÃO precoce de pacientes de risco: PA: AUMENTO 15mm Hg na PA DISTÓLICA AUMENTO 30mmHg na PA SISTÓLICA PA SISTÓLICA &gt; 140 PA DIASTÓLICA &gt; 90 PA DIASTÓLICA &gt; 80 no II TRIMESTRE PAM &gt; 90 no II TRIMESTRE PAM &gt; 95 no III TRIMESTRE AUMENTO DE 20 NA PAM PESO: AUMENTO &gt; 500G/SEMANAS CAPTAÇÃO PRECOCE PARA O PRÉ-NATAL ORIENTAÇÃO - PRÉ- E PÓS CONSULTA</p>
<p><b>PRÉ ECLÂMPSIA LEVE</b></p> <p>PA MÉDIA ENTRE 106 E 126 PA &gt; 140 X 90 &lt;160 X 110 EDEMA PROTEINÚRIA ATÉ 2G/24h DISTÚRBIOS VISUAIS DOR EPIGÁSTRICA OU NO HIPOCONDRIO D</p> <p>⇒</p>	<p><b>Cuidados Maternos</b> Controle de PA 3/3 dias; Repouso; Hematócrito e plaquetas; Prova de função renal e hepática; Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas; Rastrear CIUR cada 3 semanas – Ecografia/medir AU Consultas semanais se condições sem comprometimento materno e fetal; Sedação com Levopromazina (Neozine) 3mg (3 gts) VO 8/8hs Admissão hospitalar se necessário por 24 – 48 horas</p> <p><b>Fetal</b> Avaliar vitalidade fetal 3/3dias Avaliação do crescimento fetal e o líquido amniótico Cardiotocografia repouso/estimulada Perfil Biofísico fetal</p> <p><b>Se PA ≥150/100mmHg, Proteinúria fita ++ ou mais, aumento exagerado de peso, cefaleia, náuseas e vômitos persistentes, presença de distúrbios visuais, dor abdominal persistente, presença de contrações uterinas regulares, sangramento vaginal, diminuição dos movimentos fetais.</b> Conduta: Consulta semanal na referência de ALTO RISCO</p>
<p><b>PRÉ- ECLÂMPسيا GRAVE</b></p> <p>PAM &gt; 126 PA &gt; 160X110 PROTEINÚRIA &gt; 2G/24H SINAL DE AGRAVAMENTO DHEG INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA HEPATOMEGALIA ICTERÍCIA CIANOSE DIURESE &lt; 500ML/24/h</p> <p>⇒</p> <p>&lt; 34 semanas ou ≥ 34 semanas</p>	<p>Internar sempre se possível em UTI Controle de PA, Pulso e Diurese 3/3h Avaliação materno-fetal por 24 horas</p> <p><b>SEDAÇÃO COM SULFATO DE MAGNÉSIO</b> <b>Dose de ataque</b> : 8 ml Sulfato de magnésio 4,0g a 50% com 12 ml de água bidestilada, em infusão endovenosa lentamente aproximadamente 15 minutos, ou 5,0g(10 ml de sulfato de magnésio a 50%) IM em cada nádega. <b>Dose de manutenção</b>: “Regra dos 5” (1,5g/h). 05 ampolas (10ml) de MgSO4 a 50%, diluído em 500ml de solução glicosada a 5% EV 15 gts por minuto. Manter por 24hs após o parto. Manter por 24hs após início da dose de ataque se iniciou no puerpério. Efeitos colaterais: hipotensão, fogachos, náuseas, vômitos e depressão respiratória. Se nova convulsão: repetir dose de ataque após 20 minutos da 1ª dose.</p> <p><b>Sinais de intoxicação MgSO4</b>: Reflexo Patelar ausente, Diurese &lt;25ml/h e FR &lt; 16MR/min suspender MgSO4 de imediato e administrar Gluconato de Cálcio 10% - diluir em 10ml em infusão lentamente em 3 min. <b>Anti-hipertensivo</b> se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg Se PAD &gt; 110 administrar Hidralazina 10mg IV cada 15 a 20 min Corticóides para maturidade pulmonar Avaliação diária de condições materno-fetais Parto pela via apropriada</p>
<p><b>HELLP SINDROME</b></p> <p>HEMÓLISE ⇒ SGOT ELEVADO PLAQUETOPENIA &lt; 50.000</p>	<p><b>TODAS AS MEDIDAS DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE ACRECIDAS DE</b></p> <p>Internar em UTI quando possível Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível Decúbito elevado a 30º e a face lateralizada Cateter nasal com oxigênio (5l/min.) Cateter vesical contínuo Terapia anticonvulsivante:</p>
<p><b>ECLÂMPSIA IMINENTE</b></p> <p>CEFALÉIA ⇒ AGITAÇÃO PSICOMOTORA DISTÚRBIOS VISUAIS EPIGASTRALGIA ⇒</p>	
<p><b>ECLÂMPSIA</b></p> <p>CONVULSÕES ⇒ COMA ⇒</p>	<p><b>INTERROMPER GESTAÇÃO PELA VIA MAIS RÁPIDA – APÓS 30 A 120MIN DA ADMINSTRTAÇÃO DO SULFATO DE MAGNÉSIO</b></p>
<p><b>OBITO MATERNO E FETAL</b></p> <p>⇒</p>	<p>APLIQUE O PROTOCOLO PARA EVITAR 40% DAS MORTES MATERNAS</p>

Adaptado do Caderno de Atenção ao pré-natal alto risco/SESA/2015

Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal. É fundamental diferenciar a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada, com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica preexistente.

**IV) Sífilis:** O tratamento das gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença (Quadro). Os parceiros também devem ser tratados. Esquema terapêutico preconizado para sífilis de acordo com a classificação de Prevenção e Tratamento das Infecções Maternas e Congênita.

#### Tratamento Sífilis

CLASSIFICAÇÃO	ESQUEMA TERAPEUTICO	
	Peniciliza G Benzatina	
Sífilis primária < 1 ano	2,4 milhões (1,2 milhões em cada glúteo), uma única dose	2,4 milhões UI
Sífilis secundária e latente < 1 ano	2,4 milhões (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 dias	4,8 milhões UI
Sífilis latente tardia > 1 ano	2,4 milhões (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 e 14 dias.	7,2 milhões UI

Fonte: Brasil b,2006

**IMPORTANTE:** Em gestante com história prévia de sífilis tratada ou não, não é recomendado ou necessária a realização do teste rápido para detecção da sífilis, pois o mesmo certamente será positivo. Recomenda-se o exame de VDRL quantitativo para avaliar e se necessário viabilizar o tratamento.

Interpretação de resultado **SEM** histórico prévio de sífilis

Teste Rápido/FTA-Abs	VDRL	Tratamento	Monitoramento
Reagente	Reagente	Conforme Quadro 1	VDRL Mensal
Reagente	Não reagente	Conforme Quadro 1	VDRL Mensal
Não Reagente	Desnecessário	Não tratar	VDRL Trimestral

Adaptado do Caderno de Atenção ao pré-natal risco habitual/SESA/2015

Interpretação de resultado **COM** histórico prévio de sífilis

Teste Rápido/FTA-Abs	VDRL	Tratamento	Monitoramento
Desnecessário	Reagente	Conforme Quadro 1	VDRL Mensal
Desnecessário	Não reagente	Não Tratar	VDRL Mensal

Adaptado do Caderno de Atenção ao pré-natal risco habitual/SESA/2015



## Interpretação de resultados de triagem a partir do VDRL

VDRL	Teste Treponêmico	Tratamento	Monitoramento
Reagente	Reagente	Conforme Quadro 1	VDRL Mensal
Não reagente	Reagente		
Reagente	Não reagente	Não tratar	VDRL Trimestral
Não Reagente	Não reagente	Não tratar	VDRL Trimestral

Adaptado do Caderno de Atenção ao pré-natal risco habitual/SESA/2015

**IMPORTANTE:** VDRL não reagente pode significar falso negativo, por tanto para municípios que não dispõem do teste rápido, como triagem o ideal é realizar como triagem outro teste treponêmico, mesmo para gestante com VDRL não reagente.

**V) Herpes:** O tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, poderá ser feito nos casos de primo-infecção ou em situações de grande número de recorrências, especialmente próximo ao parto, com aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias;

**VI) Cancro Mole:** Estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6/6 h, por sete dias.

**VII) Leucorréia:** Mais comuns a candidíase, tricomoníase e a vaginose bacteriana.

Tratamento da gestante: Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado para candidíase em gestantes, dando-se preferência aos derivados imidazólicos como o miconazol e o clotrimazol, por um período de sete dias. Para vaginose bacteriana e /ou tricomoníase, está indicado o uso de metronidazol 2g, VO, dose única, ou 250 mg 3 vezes ao dia, VO, durante 7 dias, ou metronidazol 500 mg, de 12/12h, VO, por 7 dias, após completado o primeiro trimestre. Nos casos de tricomoníase, o parceiro também deve ser tratado (dose única).

**VIII) Cervicites:** Corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado, ou não, de hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns infecções por gonococo ou clamídia. Tratamento da gestante: Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8h, por sete dias ou Eritromicina : 500 mg, VO, de 6/6h, por sete dias.

**IX) Condiloma acuminado vulvar:** Caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados a neoplasia cervical (subtipos 16, 18).

Tratamento da gestante: A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e no número das lesões:

- **Lesões pequenas, isoladas e externas:** Aplicação de ATA de 50% a 80% em qualquer fase da gravidez, na vulva, pelo médico ginecologista

- **Lesões grandes e externas:** Encaminhar para PNAR

**Nunca usar PODOFILINA, PODOFILOTOXINA ou IMIQUIMOD durante qualquer fase da gravidez;** Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

**X) Síndromes hemorrágicas:** As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são classificadas em hemorragias da primeira metade da gestação: abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme; e em hemorragias da segunda metade da gestação como placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

PATOLOGIA	HISTORIA	EXAME FISICO	CONDUTA
Ameaça de Abortamento	Sangramento discreto e eventualmente dor	Sangramento em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical, colo fechado	Encaminhar à maternidade*. Após confirmação diagnóstica ecográfica da viabilidade da gestação, indicar repouso no leito, antiespasmódicos SN e progestágeno na insuficiência lútea
Abortamento	Abortamento e dor em baixo ventre	Sangramento abundante em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical, colo aberto, eliminação de restos embrionários	Encaminhar a maternidade
Gravidez Ectópica	Dor em baixo ventre, lipotímia	Irritação peritoneal, hipotensão, colo amolecido, útero aumentado, dor e/ou tumor à palpação de anexos	Encaminhar com urgência para a maternidade de alto risco
Mola Hidatiforme	Sangramento discreto e intermitente, ausência de dor, expulsão de vesículas, hiperemese acentuada e hipertensão arterial precoce.	Altura e volume uterinos maiores do que o esperado para a idade gestacional	Ecografia. Encaminhar à maternidade par diagnóstico* e tratamento
Descolamento cório- amniótico	Sangramento discreto	Sangramento discreto vermelho-escuro	Ecografia. Repouso absoluto até interrupção do sangramento, antiespasmódico SN
Placenta Prévia	Segunda metade da gestação. Mais frequente em múltiparas com partos cesáreos anteriores. Sangramento súbito recorrente e progressivo, vermelho vivo, quantidade variável e indolor	Sangramento vermelho vivo de quantidade variável proveniente da cavidade uterina	Na suspeita evitar o toque vaginal. Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco
Descolamento Prematuro de Placenta	Associado a HAS e ao uso de drogas como o <i>crack</i> e a <i>cocaína</i> , dor abdominal súbita, sangramento vermelho escuro de quantidade variável.	Útero hipertônico, sensível a palpação, BCF ausentes ou alterados, sinais de hipotensão e choque, sangramento oculto dentro da cavidade uterina sem exteriorização da hemorragia.	Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco

Fonte: BRASIL, 2006.

## XI) HPP: Hemorragia pós-parto – PREVENÇÃO E MANEJO

<p><b>Definida como:</b> Perda de sangue &gt;500 ml no parto normal ou &gt;1000 ml na cesariana pós o parto.  <b>Atenção à instabilidade hemodinâmica</b></p>			
<p><b>PREVENÇÃO DA HPP - (ATONIA UTERINA):</b> Aplicar ocitocina 10 U IM de rotina imediatamente após o desprendimento do feto, em todos os partos e cesáreas. Tração controlada do cordão.</p>			
<p><b>Cuidados Imediatos no pós-Parto Normal ou Cesárea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar e anotar sinais vitais e tônus uterino. 15/15 minutos na primeira hora</li> <li>Monitorar e anotar a perda sanguínea - controle de forros utilizados</li> <li>-Solicitar avaliação da equipe especializada com urgência (obstetra, anestesista, intensivistas).</li> <li>- Oxigênio por máscara/cateter. 5 l/min</li> <li>- Instalar dois acessos venosos de grosso calibre <b>16G e/ou 18G.</b></li> <li>- Solicitar testes laboratoriais iniciais: tipagem, hemograma e coagulograma.</li> <li>- Iniciar reposição volêmica com ringer e soro fisiológico-3ml por ml de perda de sangue</li> <li>- Realizar cateterismo vesical de demora – (débito urinário adequado 30 a 50 ml/h)</li> <li>- Prevenir hipotermia.</li> <li>- Avaliar resposta clínica contínua.</li> <li>- Providenciar Hemoderivados ( Hb ≤ 7mg/dl, Htc 25 a 30%)</li> </ul>			
<p><b>AVALIAR CAUSA DA HPP - (TONUS, TECIDO, TRAUMA E TROMBINA – 4 T)</b></p>			
<p><b>ATONIA UTERINA</b></p>	<p><b>LACERAÇÕES DE TRAJETOS</b></p>	<p><b>RESTOS PLACENTÁRIOS</b></p>	<p><b>COAGULOPATIAS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar tônus uterino</li> <li>- Massagem uterina bimanual.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar revisão do canal de parto <b>SEMPRE</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar a placenta e membranas.</li> <li>-Explorar cavidade uterina</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Teste do tubo seco (Teste Winner)</b></li> <li>Coagulograma</li> <li>TS - 1 a 4 minutos</li> <li>TC - 4 a 10 minutos</li> <li>TAP - 10 a 14 segundos</li> <li>TTPA - 24 a 40 segundos</li> <li>PLAQUETAS - 150 a 400 mil/mm<sup>3</sup> ↓</li> </ul>
<p><b>Uterotônicos</b></p> <p>Ocitocina: 20 -40 UI em 500 ml de SF IV – 250ml/h</p> <p><b>ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergometrina, Ergotrate 0,2mg IM ou</li> <li>-Metilergonovina (Methergin) 0,25mg IM</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <p>Misoprostol – (600 a 800mcg) via retal</p> <p><b>Observação: os ergotônicos não podem ser usados em hipertensas</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suturar lacerações</li> <li>-Drenar hematomas</li> <li>-Reposicionar útero invertido</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Curagem (Remoção manual da placenta ) e/ou</li> <li>- Curetagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrado de hemácias</li> <li>- Plasma fresco congelado</li> <li>- Concentrado de Plaquetas</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>RAZÃO: 6:4: 1</b> Protocolo de Stanford (baseado no de trauma)</p> <p><b>Uso imediato - 6</b> unid. de grupo O Rh neg. hemácias lavadas - <b>4</b> unid. Plasma fresco ou plasma líquido</p> <p>- <b>1</b> unid. Plaquetas</p> </div>
<p><b>RESPOSTA INSATISFATÓRIA AO TRATAMENTO INICIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Solicitar Hemotransusão</li> <li>* Realizar tratamento cirúrgico (sutura compressiva, ligadura de artérias uterinas, histerectomia).</li> <li>* Transferir para hospital de referencia o mais breve possível</li> <li>* Indicar UTI</li> <li>* <b>NÃO RETARDAR A INDICAÇÃO CIRURGICA</b></li> </ul>			
<p><b>Ergotamina:</b> dosagem 0,2 mg administrar IM, repetir a cada 2 a 4 horas no máximo 5 doses (1mg) em 24 horas.</p> <p><b>*Derivados de ergotamina são contraindicados na presença de Hipertensão Arterial, Pré Eclampsia, Eclampsia, Cardiopatias, fenômeno de Raynaud e esclerodermia</b></p>			

**Fonte:** Adaptado do Caderno de Atenção ao pré-natal alto risco/SESA/2015

**XII) Trombose Venosa** - Prevenção para a trombose venosa, que é relativamente comum em gestantes, e os municípios tem compromisso de fornecer a enoxaparina sódica 40mg (injetável) é tratamento durante toda gravidez.

## **8. Ações de vigilância e promoção da saúde**

### **I) Planejamento, vigilância, monitoramento e avaliação**

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada pressupõe a adoção de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, baseadas no conhecimento da realidade local, planejamento, programação e acompanhamento das atividades propostas e implementadas. Estas atividades têm estreita relação com a qualidade da informação disponível e, fundamentalmente, com o correto registro de dados produzidos no nível local.

**Planejamento:** Na assistência ao pré-natal e puerpério, como em todas as demais atividades em saúde, o planejamento e a programação das ações devem ser incorporados à rotina de trabalho das equipes, utilizando as informações produzidas e procedentes da realidade local.

**Diagnóstico de saúde** realizado através da utilização de indicadores (nº de nascidos vivos (NV); NV de baixo peso; NV prematuro; NV de mães adolescentes; percentual de partos cirúrgicos; mortalidade perinatal e infantil; identificação de eventos sentinela durante a gestação e puerpério; definição de prioridades a partir do diagnóstico situacional; definição de metas; programação das atividades: definição das ações a serem desenvolvidas e os resultados esperados.

**Vigilância à saúde:** Constitui um conjunto de ações que engloba os saberes de profissionais de vários setores e que, com o apoio da população, interferem no processo saúde-doença, de forma contínua e sistemática, modificando a realidade sanitária de uma determinada população.

#### **Como estratégias de vigilância propõe-se:**

- Visita domiciliar do ACS: captação e/ou busca ativa da gestante, RN e puérpera.
- Ações do 5º dia de vida, abordando a saúde da puérpera e do RN.
- Avaliação da puérpera em consulta previamente agendada até o 42º dia pós-parto.
- Atendimento e resolutividade à demanda espontânea e programada com postura acolhedora e sensível, para captar dúvidas e as expectativas da mulher sobre o processo da gravidez, parto e pós-parto.
- Acompanhar os dados de egresso hospitalar.

- Estudos de “Evento Sentinela”, pela equipe, ocorridos na sua área de abrangência.

**Monitoramento e avaliação:** através de indicadores como o percentual de gestantes inscritas até o 4º mês (120 dias de gestação) em relação à população alvo (n.º de gestantes estimadas, existente ou NV do ano anterior); percentual de gestantes inscritas e que realizaram no mínimo 6 consultas, todos os exames básicos do PN e com consulta de puerpério. Indicadores de resultado: n.º. de gestantes da área; percentual de gravidez em adolescentes; n.º de gestantes acompanhadas por ACS. Indicadores de impacto: eventos sentinela.

## **9. Organização da assistência**

### **I) Atribuições dos Profissionais de Saúde**

#### Atribuições comuns:

1. Captação precoce da gestante – toda a ESF com prioridade para os ACS.
2. Diagnóstico da gravidez – Generalista ou enfermeira.
3. Cadastro e agendamento imediato da 1ª consulta – Medico ou enfermeiro
4. Se não confirmado o diagnóstico, garantir consulta para avaliação da amenorréia e encaminhamento para o planejamento familiar.
5. Realização da primeira consulta, com estratificação do risco e vinculação à maternidade de referência, solicitação dos exames do protocolo e agendamento do retorno com garantia de vaga – Medico ou enfermeiro.
6. Realização da 2ª consulta para avaliação dos exames solicitados e classificação do risco – Generalista, ginecologista ou enfermeiro. O profissional escalado para realizar a consulta será definido consensualmente pela ESF, de acordo com competências, respeitadas as atribuições.
7. Realizar as consultas subsequentes, sempre avaliando o risco e garantindo agenda de retorno – Generalista e enfermeiro em consultas intercaladas.
8. Observar gestantes que apresentem alterações em seu pré-natal, mas que não constituam critérios para o acompanhamento no alto risco – Generalista, ginecologista ou enfermeiro.
9. Fazer encaminhamento responsável ao pré-natal de alto risco quando necessário, mantendo o acompanhamento da gestante na unidade e a sua inclusão em todas as atividades educativas previstas na unidade – Generalista e enfermeiro.
10. Participar de atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários durante a gravidez, parto e puerpério.

## **II) Atribuições do ACS**

1. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe e a gestante.
2. Estar em contato permanente através das visitas domiciliares, desenvolvendo ações educativas, estimulando a autonomia e autocuidado.
3. Orientar a gestante e família quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas pela UBS/ESF e também quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
4. Acompanhar no mínimo uma vez ou quando necessário a cada mês, por meio da visita domiciliar, todas as gestantes sob sua responsabilidade mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas em situação de risco.
5. Identificar as gestantes que não aderiram às atividades programadas nos protocolos assistenciais, estimulando a sua participação e comunicando à equipe os casos onde a sensibilização não foi suficiente.
6. Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde do pré-natal.
7. Informar as gestantes a marcação de consultas e exames especializados, em situações especiais, definidas e avaliadas pela equipe.
8. Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à Unidade de Saúde para a inscrição no programa de pré-natal.
9. Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco.
10. Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar.
11. Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo.
12. Busca ativa de pacientes faltosas à consulta no pré-natal e no puerpério.
13. Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar.

## **III) Atribuições do Técnico de Enfermagem**

1. Realizar cuidados diretos de enfermagem nas gestantes.
2. Orientar as gestantes para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos.
3. Participar de capacitação e educação permanente promovidas pelo enfermeiro e/ou demais membros da equipe.

4. Participar de reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados.
5. Registrar as ações de enfermagem no prontuário da gestante.

#### **IV) Atribuições do Enfermeiro de Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde**

1. Planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo da gestação, tendo como estratégia o contexto sociocultural e familiar.
2. Realizar consulta de enfermagem e prescrever o cuidado de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão-Resolução COFEN nº 159/1993.
3. Planejar e coordenar a capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe.
4. Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários e outros documentos.
5. Planejar, coordenar, executar e avaliar ações educativas para as gestantes, com abordagem contidas no item orientações as gestantes deste protocolo.
6. Utilizar a modalidade de grupos operativos com as gestantes de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências.
7. Realizar consultas de pré-natal às gestantes de baixo risco, intercalando com médico generalista ou especialista, de acordo com a realidade da organização da ESF/UBS.
8. Realizar avaliação do 5º dia e consulta de enfermagem da puérpera.
9. Realizar consulta de enfermagem do recém-nascido.
10. Prescrição do plano de cuidados de enfermagem para gestante, puérpera e recém-nascido.
11. Prescrição de sulfato ferroso profilático para gestante de baixo risco.
12. Prescrição do ácido fólico até o 4 mês de gestação.
13. Solicitar exames laboratoriais complementares de rotina do pré-natal: hemograma; grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM); HBsAg; colpocitologia oncótica.
14. Solicitar US obstétrica de rotina.

15. Solicitar e/ou encaminhar para avaliação médica gestantes, puérperas e recém-nascidos com evidências de alterações da normalidade.
16. Realizar visita domiciliar quando necessário.

#### **V) Atribuições do Médico de Saúde da Família**

1. Ser a referência médica do binômio mãe-filho, realizando atendimento independentemente de idade ou qualquer outra característica, lidando com todos os problemas de saúde, em suas diversas dimensões, físicas, psicológicas, sociais, culturais e existenciais.
2. Ser responsável pela prestação dos cuidados médicos continuados, longitudinalmente, levando-se em conta as necessidades da gestante e gerir simultaneamente os problemas.
3. Desenvolver abordagem centrada na gestante, desenvolvendo consultas clínicas, procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares.
4. Buscar estabelecer uma relação médico-paciente efetiva ao longo do tempo, através de intervenções tanto apropriadas como efetivas, com processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência
5. Realizar a gestão do cuidado bem como coordenar a prestação dos cuidados médicos, gerindo a interface com os demais encaminhamentos e especialidades.
6. Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, bem como de utilização da atenção especializada disponível no município, com indicações baseadas em evidências bem como aquelas definidas no protocolo assistencial do pré-natal do município.
7. Registrar as consultas e ações realizadas no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos.
8. Inscrever a gestante no programa de pré-natal através do prontuário ambulatorial em todas as consultas que proceder, iniciando o pré-natal mais precocemente possível.
9. Identificar o risco gestacional a cada consulta e quando identificado realizar o encaminhamento para o serviço de referência de Pré-Natal de Alto Risco.
10. Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem Toxoplasmose ativa e HIV na gravidez, conforme este protocolo.



11. Avaliar os resultados de todos exames de pré-natal e encaminhar as citologias alteradas ao serviço de referência.
12. Tratar e monitorar o controle de cura das gestantes com diagnóstico de Sífilis.
13. Monitorar as gestantes de alto risco, na gestão de caso e risco intermediário de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (US e serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída.
14. Avaliar e programar o esquema de imunização.
15. Realizar avaliação do 5º dia e consulta puerperal.
16. Participar do planejamento e execução da educação permanente da equipe de saúde e dos ACS, junto aos demais membros.

#### **VI) Atribuições do Médico Ginecologista**

**Pré-natal:** 1. Acompanhar gestantes que apresentem alterações em seu pré-natal, mas que não constituam critério para acompanhamento no alto risco como sangramentos na gravidez; sintomas/sinais acentuados ou pouco usuais (cefaléias persistentes, dores abdominais, febre, etc); infecção trato urinário (ITU); epilepsias bem controladas; alterações na curva de ganho de peso; anemia leve (Hb entre 8 e 11 mmHG); perda fetal ou outro mal resultado obstétrico anterior; gestação gemelar; sífilis na gravidez; vulvovaginites atípicas; gestantes com outras intercorrências clínicas (sinusite, bronquite, síndrome hemorroidária, grandes varizes, etc). 2. Identificar risco gestacional nas gestantes sob sua supervisão a cada consulta e realizar o encaminhamento para o serviço de referência de pré-natal de alto risco. 3. Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem Toxoplasmose ativa e HIV na gravidez, conforme este protocolo. 4. Os atendimentos poderão se dar como interconsultas pontuais ou acompanhamento pré-natal rotineiro, dependendo da avaliação da própria equipe que deverá individualizar os casos. 5. Na eventualidade da ausência do generalista no centro de saúde, o ginecologista deverá intercalar as consultas de pré-natal com o enfermeiro.

**Puerpério:** A avaliação no 5º dia, para todas as puérperas, deverá ser realizada pelo enfermeiro ou generalista, mas deverão ser encaminhadas para o ginecologista aquelas mulheres que estiverem sintomáticas ou aquelas que tiveram alguma complicação no parto ou puerpério, tais como: DHEG; infecção puerperal; mastite; hemorragia pós-parto; depressão pós-parto; intercorrências clínicas.

## 11. Bibliografia

- American Diabetes Association – Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2007 30: S42-47. [http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/30/suppl\\_1/S42](http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/30/suppl_1/S42)
- BRASILa. Ministério da Saúde. Fiocruz. Instituto da Tecnologia em Fármacos. Memento Terapêutico. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília,2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. 3ª ed. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A B C D E do Diagnóstico para as Hepatites Virais. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2009.
- BRASILa. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica nº32. Brasília,2012.
- BRASILb. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico.5ªed.Brasília, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 3242, 30 de setembro 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de teste rápido.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 3161, 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas UBS, no âmbito do SUS.
- CURITIBA. Secretaria Estadual da Saúde. Programa Mãe Curitibana. Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério e Assistência ao Recém-Nascido. Curitiba, 2002.
- CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Paranaense. Caderno de Atenção ao Pré-Natal Risco Habitual. Curitiba, 2015.
- CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Paranaense. Caderno de Atenção ao Pré-Natal Alto Risco. Curitiba, 2015.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gestação de Alto Risco. 2011.
- FIGUERÓ-FILHO, E.A.; Junior C.N. Celso; Almeida, G. B. et al Toxoplasmose aguda: revisão de métodos diagnóstico baseado em evidencia e proposta de protocolo de seguimento durante a gestação. Femina, 2007.
- Lopes HV, Tavares W. Infecções do trato urinário: diagnóstico. Sociedade Brasileira de Infectologia e Sociedade Brasileira de Urologia, Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira, junho de 2004.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério. 2ª. ed. Belo Horizonte, 2006.
- Saab Neto JA, Silveira SK. Infecção do trato urinário. Manual de rotinas de ginecologia e obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra. 2 ed. Florianópolis, 2009.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013- 2014. São Paulo, 2014

APENDICE D

## Declaração da implantação do Protocolo Único Assistencial e Terapêutico no município



Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marmeleiro

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a proposta de implantação e validação do Protocolo de Pré- Natal está sendo desenvolvido neste município nas cinco equipes de Programa Saúde da Família, em parceria com a Unioeste e Vigilância dos Óbitos / SCVGE / 8ª RS Francisco Beltrão na implantação, apoio, monitoramento e avaliação.

Instruídos de que durante o processo de validação do Protocolo serão realizadas reuniões e discussões da metodologia implantada com toda a equipe de saúde e gestor participantes na construção desta metodologia.

Por ser verdade, firmamos a presente.

Marmeleiro, 13 de junho de 2016.

  
Alexandra Sigmar da Silva  
Secretaria Municipal de Saúde

## APENDICE E

### **Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil relato de experiência de Controle Social**

Autores: Amaral, G.C., Mai L. D. e Almeida L.E. D. F de

#### **RESUMO**

A proposição por parte do Ministério da Saúde na implantação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI) ocorreu com o objetivo de viabilizar a congregação e inter-relação de dados epidemiológicos com vistas a redução do número de óbitos maternos e infantis. O Presente trabalho descreve a atuação do comitê regional de prevenção da mortalidade materna e infantil como espaço de controle social e de intervenção na gestão pública, orientando as ações do Estado nas políticas públicas. Um trabalho organizado e focado utilizando-se da metodologia da árvore problema que permitiu a organização das análises, identificação dos pontos críticos e as potencialidades de cada município, desencadeando ações direcionadas em prol da redução das taxas, incorporando a necessidade de se construir equidade, qualidade e utilização protocolar nos serviços de saúde. Reitera-se a importância da atuação dos comitês e seu papel com efetiva participação nessas discussões estabelecendo pactuações e corresponsabilização.

**Palavras-chave:** Controle Social, Gestão Pública, Mortalidade Infantil

#### **1. INTRODUÇÃO**

A proposição por parte do Ministério da Saúde na implantação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI) ocorreu com o objetivo de viabilizar a congregação e inter-relação de dados epidemiológicos com vistas a redução do número de óbitos maternos e infantis. O CPMMI torna-se um instrumento norteador das ações de saúde pública atuando como o controle social na política de atenção a mulher e a criança. A expressão 'controle social' tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura

a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. Mannheim (1971, p. 178) a define como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”. O CPMMI como controle social, atua nas políticas governamentais e de programas de prevenção e promoção da saúde que passam a serem pensadas como questões prioritárias pelo Estado, buscando a queda significativa deste indicador, especialmente na Região Sul e Sudeste do País, cujas taxas têm se aproximado aos valores daquelas observadas nos países desenvolvidos. A situação de saúde no Brasil é marcada por notáveis modificações positivas impulsionadas pelo desenvolvimento conjunto de políticas intersetoriais que se refletiram na melhoria da vida do brasileiro, estiveram frequentemente relacionadas à extensão do acesso ao saneamento básico, à melhoria do poder aquisitivo, à ampliação da cobertura vacinal, das consultas de pré-natal e dos serviços médico-hospitalares de alta complexidade, por exemplo. Em relação à saúde infantil, tais fatores atuaram, concomitantemente ou não, na redução da mortalidade infantil e na alteração dos tipos de agravos mais recorrentes à saúde da criança. Mas, mesmo assim o país ainda convive com profundas disparidades regionais e interestaduais, representadas pela existência de grupos sociais mantidos à margem do progresso social e do acesso a determinados serviços públicos (MENEZES,2005). O Pacto Nacional pela redução da morte materna e neonatal lançado em março de 2004 e o pacto pela Saúde lançado em 2006 são prioridades do MS e é compromisso do governo federal. Entre as iniciativas governamentais para a redução da mortalidade infantil evitável e melhorar a saúde das gestantes, constantes nos Pactos de 2004 e 2006, está a estruturação e aprimoramento das atividades desenvolvidas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal, estruturação e financiamento da Rede Cegonha, e outros programas na Atenção Primária, Média e Alta complexidade. O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CRPMMI) tem como objetivo diminuir a mortalidade infantil através do monitoramento de ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificando as circunstâncias e os determinantes da mortalidade, propondo medidas para

a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Neste relato o objetivo é descrever o trabalho do CRPMI da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná na redução da mortalidade materna e infantil.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma abordagem qualitativa estudo ecológico que descreve de forma exploratória as fichas de investigação dos desfechos desfavoráveis de óbitos infantis (zero a um ano de idade) e maternos (gestantes até 42 dias após parto) do comitê regional e mortalidade infantil e materna da 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão – PR. Congregam a Regional de saúde 27 municípios que perfaz uma população aproximada de 341 mil habitantes, destes 4.610 são crianças até 1 ano de idade e 106.937 são mulheres em idade fértil (DATASUS, 2012). Esta escolha se deu devido autora participar do CRPMMI desde o ano de 2000 até o momento, sendo que a partir de setembro de 2013 este comitê passou para a Seção de Epidemiologia, e a autora responsável técnica da vigilância dos óbitos e presidente do CRPMMI, momento em que foi iniciado o trabalho da árvore dos problemas e troca da ficha de investigação do estado do Paraná pela a ficha de investigação do MS. As fichas de investigação dos óbitos apresentam dados de registros da declaração de nascido vivo, da declaração de óbitos, dos prontuários ambulatoriais e hospitalares, da carteira da gestante e da criança, da ficha de investigação do óbito pelo comitê municipal de prevenção da mortalidade materna e infantil, da investigação domiciliar do óbito, da ficha de investigação do óbito no nível hospitalar, e do registro de transporte do SAMU, a partir destes dados pode se identificar os problemas relacionados com o óbito além de sugerir recomendações e medidas de prevenção. A construção da ferramenta da árvore do problema através destes dados, utilizado pelo comitê regional teve como objetivo desencadear ações pontuais e de curto prazo na finalidade da redução em números absolutos dos óbitos infantis e fetais evitáveis nos municípios que abrange a 8ª regional de saúde, que no ano de 2013 foi a segunda regional das vinte e duas regionais do estado do Paraná em maior mortalidade infantil e fetal. A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro, com dados das fichas de investigação do mês de

março a dezembro de 2014 após análise nas reuniões quinzenais do comitê que foram realizadas na sede da 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão. Nas reuniões do comitê no ano de 2013 foi apresentada a metodologia de trabalho denominada árvore problema. Criou-se um espaço com um painel que possibilitou em cada reunião a identificação do início do problema, falhas, recomendações e medidas de prevenção, atingindo o final com a decisão da ação. A construção da árvore ocorreu sistematicamente conforme as reuniões do comitê a partir da leitura dos casos análise (fichas de investigação) e debate dos participantes. No desenho da árvore de problemas, os resultados serão representados como os galhos da árvore- decisão, na aplicação de quadro lógico. O estabelecimento de um sistema de seguimento, avaliação do impacto e o delineamento para determinar as necessidades, são estratégias utilizadas para fazer com que os objetivos aconteçam. Sendo este sistema registrado por símbolos que são identificados em uma legenda. Uma metodologia baseada na resolução de problemas, em grande medida, enumera uma série de desejos. Revisar a árvore problema, validar, completar e introduzir eventuais ajustes são formas de avaliação e gerenciamento: saber se os objetivos foram alcançados, quais outros possíveis pontos durante o processo necessitam uma mudança de rumo.

### **3.RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1. O comitê como espaço de controle social**

Na teoria política, o significado de 'controle social' é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado. Nesta perspectiva, o 'controle social' é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular. A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta

contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ (Mendes, 1994) para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. O ‘controle social’ é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização. Esta participação, por exemplo, no SUS foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e através dos conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos, e que objetivam o ‘controle social’. Vários autores brasileiros vêm trabalhando a temática do ‘controle social’ no eixo das políticas sociais. Para Carvalho (1995, p. 8), “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado- sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Valla (1993) inscreveu o ‘controle social’ dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos. Na mesma direção, Barros (1998) trata o ‘controle social’ sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. O ‘controle social’ envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado nas políticas públicas.

### **3. 2. O comitê na 8ª RS: um trabalho organizado e focado**

No Brasil a implantação dos comitês estaduais ocorreu no ano de 1987. No Estado do Paraná foi instituído em 1989 o Comitê Estadual e os Comitês Regionais no ano de 1999 pelas atribuições da Lei 8080/90 art.6º, inciso I alínea “b” e art 18º, inciso IV, alínea “a” e pelas Resoluções Estaduais nº 0262, nº 0263/98 e nº 0299/99. Na 8ª Regional de Saúde- Francisco Beltrão no ano de 2000 foram instituídos os comitês municipais. No ano de 2009 o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materno e Infantil (CMPMMI) de Francisco Beltrão iniciava seus trabalhos; os demais



Comitês Municipais instituídos no papel, porém efetivaram seus trabalhos a partir de novembro de 2013. O comitê possibilita, assim, uma avaliação e intervenção na realidade das condições de saúde nos municípios. Este mesmo objetivo entendeu-se ser importante por parte do CRPMMI em estudar as causas de evitabilidade da mortalidade materna e infantil, focando na mortalidade infantil onde o índice é elevado na região, uma vez que as iniciativas parecem não terem sido, na quase totalidade dos municípios, capazes de melhorar tais indicadores. De caráter eminentemente educativo os comitês têm como principais objetivos estabelecer uma rede de vigilância dos óbitos infantis e maternos ocorrido nos municípios a partir da estratégia de “evento sentinela”, avaliar e corrigir quando necessário, a causa básica destes óbitos bem como identificar fatores determinantes e propor intervenções através de medidas educativas, informativas e recomendações visando a prevenção, promoção e reorganização da assistência à saúde. O Comitê tem como finalidades: envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade. Contribuir para a construção de um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços. Na composição do CRPMMI são membros natos: representantes de instituições governamentais; são membros indicados: representantes de instituições não governamentais e técnicas de reconhecida atuação no campo; são membros convidados instituições que indiretamente trabalham e atuam na causa da mortalidade, materna, infantil e fetal. Os membros convidados terão direito à voz, porém não a voto. Cada membro terá um suplente, indicado pela instituição de origem, que o substituirá nos seus impedimentos. A Presidência e a Vice-Presidência do Comitê são preenchidas por um membro eleito entre seus pares, com mandato de dois anos. O CRPMMI reúne-se quinzenalmente, e quantas vezes for necessário, por convocação de seu Presidente. As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate. A sua atuação se dá conforme o seguinte fluxo: análise dos óbitos

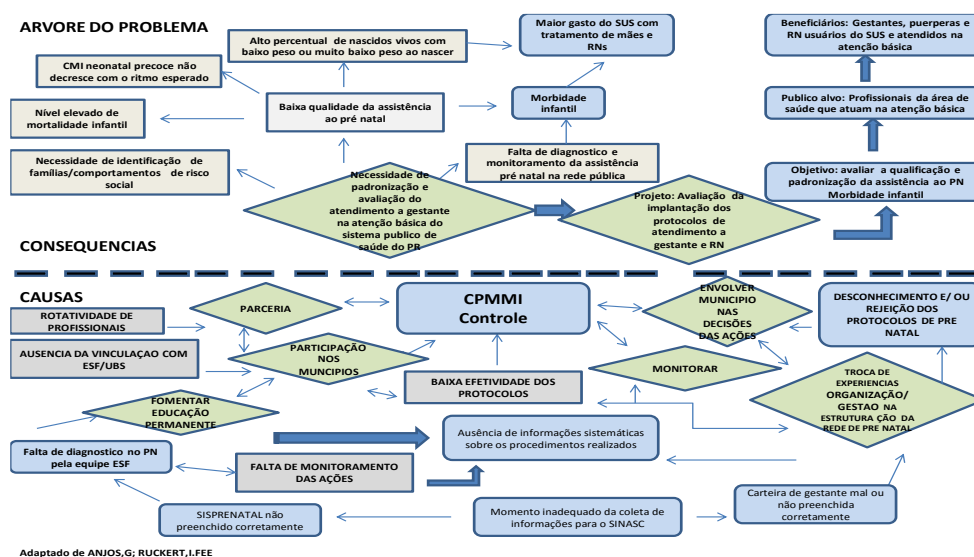
investigados por ordem de atraso de investigação conforme Portarias n. 72/2010 e 1119/2008, relaciona-se sugestões de intervenção de saúde que visam reduzi-las para o envio ao Secretário Municipal de Saúde e na comunicação de eventos relacionados ao Comitê. A partir de dezembro do ano 2013 o CRPMMI ocorreu a descentralização para os municípios realizarem as análises dos óbitos através do CMPMMI com objetivo para que o município de residência conheça as causas que levaram o óbito, podendo estabelecer medidas de ações de promoção e prevenção com recomendações e medidas necessárias para que o evento indesejável não torne a repetir. Através da análise do óbito se estabelece uma sequência desde o pré-natal até o nascimento e/ou puericultura restabelecendo a história da criança e da mãe, produzindo dados das complicações que levaram ao óbito, da causa básica, dos critérios de redutibilidade, da responsabilidade, da evitabilidade. Este aprimoramento desenvolvido a partir do ano 2013 propiciou melhora qualitativa e quantitativa das informações coletadas e conseqüentemente dos dados. Essas atribuições - análise e correção - colocam o CMPMMI em contato com muitas situações complexas para as quais devem apresentar soluções. Estas informações contidas na documentação que compõe as análises dos óbitos são ingredientes fundamentais no processo de decisão e reestruturação da formulação das ações nas políticas de redução da mortalidade infantil.

### **3.3. A árvore de problemas definindo ações**

A partir dos relatos, da definição do denominador e da leitura do CRPMMI produziu-se a árvore como proposta de metodologia para a redução dos óbitos infantis e fetais nesta regional de saúde. Utilizando-se da árvore (figura 1) passou-se a desenvolver os trabalhos do comitê os quais foram analisados e apresentados de forma descritiva no presente trabalho. Destaca-se que entre as atividades desenvolvidas no Comitê Regional a partir de 2013 as articulações com universidades nas linhas de pesquisa na condução de projetos de pesquisa, divulgação dos principais resultados em boletins e eventos periódicos. Realizou-se também reuniões nos municípios com o CMPMMI sensibilizando os formuladores de políticas, as instituições de assistência, as equipes de saúde e a comunidade sobre a gravidade da morte materna, infantil e fetal. Aproveitou-se para trabalhar

as formas de evitá-la por meio da melhoria na qualidade do conhecimento dos membros do comitê. Recomendou-se observar a utilização dos Protocolos Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense como uma medida profilática na redução da mortalidade. Aproveitou-se a oportunidade para comparar os dados disponíveis no sistema tornando possível examinar as tendências da mortalidade e identificar os subgrupos mais vulneráveis da população, avaliando o efeito das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da assistência. Com objetivo de contribuir para o aprimoramento da análise do óbito materno e infantil o comitê discute fatores desencadeadores do óbito, pois tem papel formativo e de alerta a comunidade, por tanto, sua principal função é reduzir as taxas de mortes de crianças e mães. Sabe-se que a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade, o que não é diferente na comunidade sudoestina. O enfrentamento das mortes materna e infantil implica o envolvimento de diferentes atores sociais, ou seja, envolve uma teia de aspectos que vão do individual ao coletivo. As altas taxas de mortes podem-se configurar como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública (MINAYO, 1994). A mortalidade infantil reflete a efetividade de intervenções governamentais no âmbito da saúde pública e sofre influência direta de modelos socioeconômicos adotados por um país. Portanto, a análise de suas variações geográficas e temporais pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à saúde infantil, representando importante instrumento de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde.

FIGURA 1. Árvore Problema desenvolvida pelo CRPMMI



**LEGENDA**

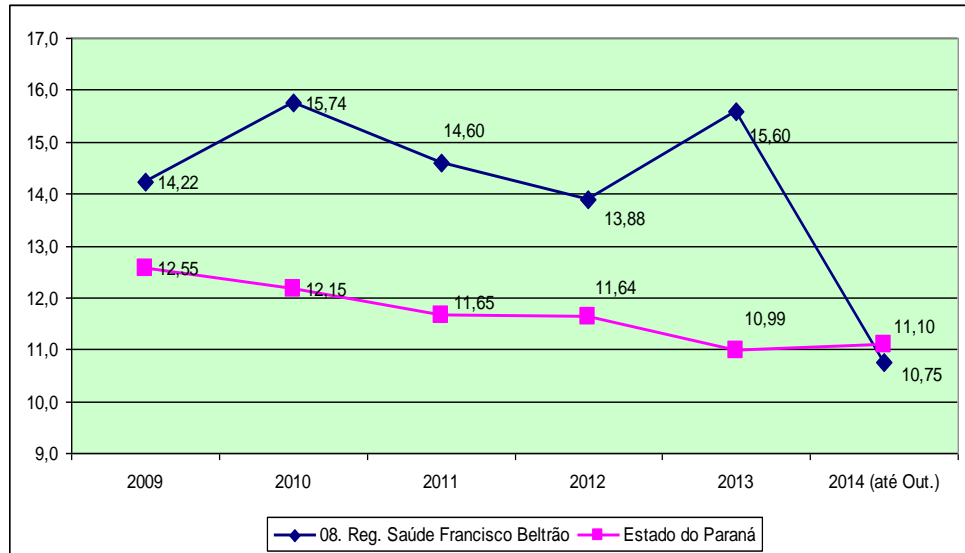
FASES DECISÃO INICIO e FIM

**3.4. Bons resultados: queda dos índices de mortalidade materna e infantil**

A partir da construção da árvore problema algumas mudanças e progressos foram observados com a participação articulada dos Comitês Municipais com as equipes de Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Hospitalar dos municípios nas atividades no Comitê. Essa participação é parte do rol de atribuições do Comitê de informar aos serviços os resultados das análises é o início do desenvolvimento. O envolvimento das equipes nos estudos de caso de cada óbito infantil e materno ocorrido em seu município contribui para a sensibilização e aprimoramento do profissional no atendimento a mulher e a criança. A visualização dos desdobramentos com objetivo de simplificar e priorizar a solução de problemas, identificando um grau de detalhamento, os meios e tarefas necessárias para atingir e desdobrar os objetivos até chegar as ações exercitáveis, mapeando de uma forma sistemática, todos os caminhos a serem seguidos e de todas as tarefas a serem executadas para se alcançar um objetivo pré estabelecido transforma as informações da análise do óbito evitável em ações de efeito curto, médio e longo prazo repercutindo diretamente na taxa de mortalidade infantil em seu município. O resultado preliminar da

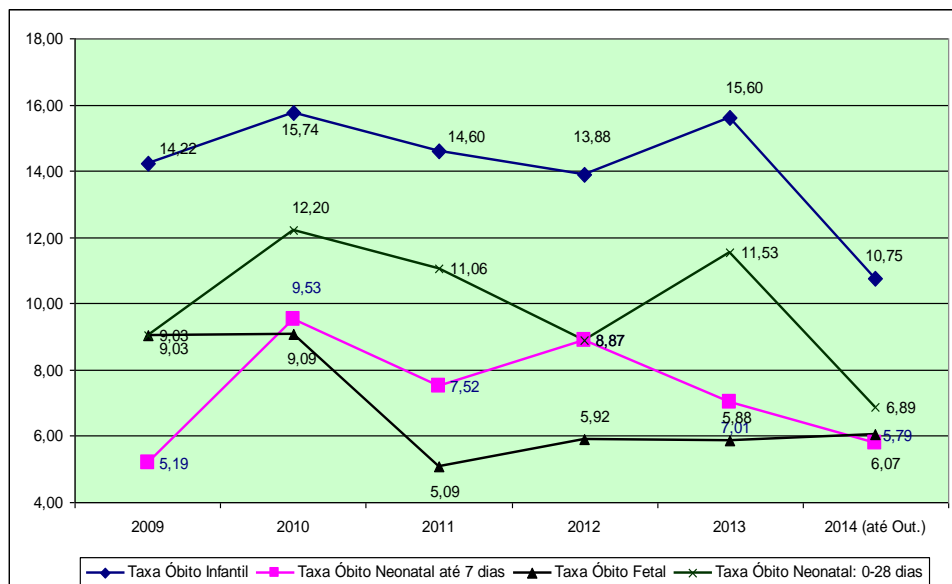
metodologia da árvore do problema na investigação dos óbitos infantis e fetais da 8ª Regional de Saúde Francisco Beltrão- PR estão representadas nos Gráficos 1, 2, e 3.

**Gráfico 1- Tx da Mortalidade Infantil- de 2009 a 2014\***



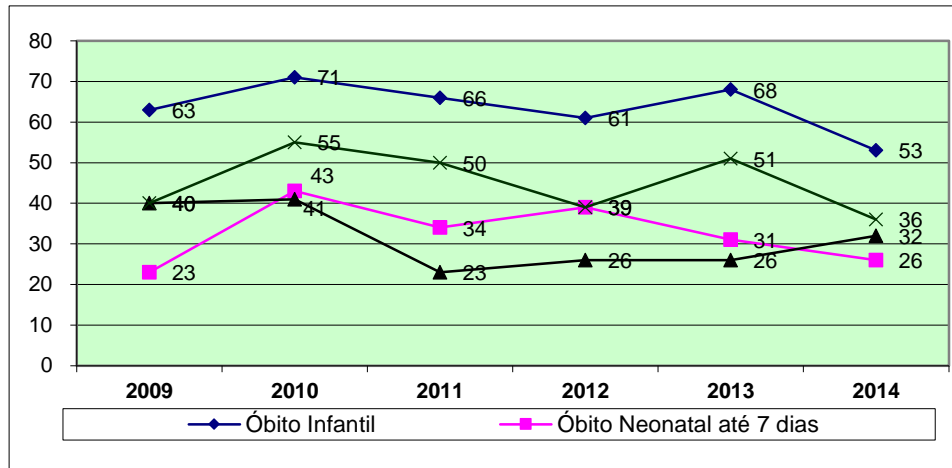
Fonte: SIM e SINASC 8ªRs \* Dados Preliminares

**Gráfico 2 – Tx de óbitos neonatal precoce, neonatal, infantil e fetal. Série histórica de 2009 a 2014\* 8ª Regional de Saúde - PR**



Fonte: SIM e SINASC 8ªRs \* Dados Preliminares

**Gráfico 3- Nº de óbitos infantis, neonatais e fetais- 2009 a 2014\* na 8ªRS-PR**



Fonte: SIM e SINASC 8ªRs \* Dados Preliminares

Observamos que, as taxas de mortalidade infantil na 8ª RS de 2009 a 2013 com variação de 13.9 a 15.6 são superiores as taxas de mortalidade do estado do Paraná (Gráfico 1). Entretanto chama atenção a queda em torno de 30% no ano de 2014 taxa de 10,75 (dados preliminares) após o início do trabalho de descentralização do comitê, as recomendações sugeridas pelos técnicos da 8ª RS aos municípios, o enfrentamento proativo da árvore problema nos mostra a menor taxa de mortalidade infantil desta série histórica. No gráfico 2 observamos que na série histórica houve uma decrescente queda na mortalidade infantil- neonatal tardia 28 dias a 1 ano, neonatal 07 dias a 28 dias e neonatal precoce de zero a 7 dias no ano de 2014, o que nos mostra que as atuações de parceria e envolvimento entre a regional e os municípios tem resultados a curto prazo. Nos dados dos óbitos fetais observamos um aumento assim como no estado do Paraná, isto nos indica onde vamos ter que focar mais esforços, construir um diagrama de árvore para definir ações corretivas e preventivas que possam melhorar o desempenho. Apenas a informação em números (gráfico 3) destaca o quanto as informações sobre a história da gestação devem ser discutidas permanentemente resultando em ações de mudança nos municípios que abrange a 8ª RS para que atinge-se a meta de alcançar os índices preconizado pela OMS. A metodologia usada pelo CRPMMIF, árvore problema, permitiu a organização das etapas de análise de identificação dos pontos críticos e das potencialidades de cada município facilitando desencadeamento de ações direcionadas as necessidades dos profissionais de saúde em prol da redução das taxas. Esta proposta vem

proporcionando aos vinte e sete municípios integrantes da 8ª RS a compreensão do funcionamento, da lógica das informações em saúde e de cada banco de dados que compõem os Sistemas de Informação do SUS. O contato com a história do óbito infantil, fetal e/ou materna remete à compreensão da existência da gestante na comunidade inscrita em programa de atendimento ao pré-natal, ao nascimento de uma criança, a ocorrência de determinada doença, de uma internação hospitalar ou, em última instância, a ocorrência do óbito que são objetos de trabalho nos serviços de saúde. Esse envolvimento relata a compreensão da equipe de saúde sobre os determinantes sociais na comunidade, os aspectos relacionados à assistência, da prática profissional e o acesso aos serviços, incentivando sua formação mais comprometida com a saúde coletiva.

## **Conclusão**

A investigação dos óbitos infantis pelo Comitê Regional estabeleceu as causas desses óbitos considerando reduzíveis mais de 70% deles, apontou-se para o grande desafio aos serviços e gestores na formulação de políticas públicas voltado a atenção à mulher e à criança. Atividades que integram a educação e serviços de saúde devem ser valorizadas, pois propiciam formação mais adequada, integrando um conjunto de estratégias que buscam a capacitação de trabalhadores para o SUS. O reconhecimento desta metodologia tem-se mostrado uma estratégia eficaz, a temática extremamente relevante deve ser discutida permanentemente. Promover articulação e envolvimento dos diversos setores e atores da sociedade, parcerias entre os comitês municipais e o comitê regional deve ser estimulada, visando qualificar análises e conclusão dos óbitos. Por fim, reitera-se a importância da atuação dos comitês e seu papel no processo de análise, diagnóstico e educação permanente na qualificação da área de atenção à saúde mulher gestante-criança, com envolvimento dos gestores, das áreas técnicas Secretaria Estadual de Saúde/PR, Secretarias Municipais de Saúde, Instituições Particulares, Instituições Educacionais, Representações de Classe e da Sociedade, com efetiva participação nessas discussões estabelecendo pactuações e responsabilização. O

desafio atualmente incorpora a necessidade de se construir equidade, qualidade e utilização protocolar nos serviços de saúde contribuindo para a diminuição deste indicador – a taxa de mortalidade infantil tendo como resultado final índices preconizados pela OMS- Organização Mundial da Saúde e a melhora da qualidade de vida no binômio mãe-filho. Estes são temas que demandam maior debate e investigação local, de modo a promover o seu fortalecimento, bem como a consolidação do SUS em todos os seus princípios.

## **Bibliografia**

1. Mannheim, K. Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia. 2 ed. São Paulo; Pioneira, 1971.
2. Menezes AMB, Hallal PC, Santos IS, Victora CG, Barros FC. Infant mortality in Pelotas, Brazil: a comparison of risk factors in two birth cohorts. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(6):439-46.
3. Indicadores e Dados Básicos [www.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb). Acesso em 09/04/2015.
4. Demográficos e socioeconômicos [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) . Acesso em 20/05/2015.
5. MENDES, E.V. (org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2. ed. São Paulo, HUCITEC, 1994. cap. 1, p. 19–91: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.
6. Lei 8.142/90. [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.ht](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.ht). Acesso 09/04/2015.
7. CARVALHO, A. I. de. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
8. VALLA, V. V. (Org.). Participação Polpular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro:Pares,1993.
9. BARROS, M. E. D. O Controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Incentivo à Participação Popular e Controle



Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde: IEC,1998. BRASIL.

10. Resolução Estadual nº 0262 e 0263/98 [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) Acesso em 29/03/2015.

11. Resolução Estadual nº 0229/99 [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) Acesso em 29/03/2015.

12. **Portaria nº 72 /2010** - Vigilância do Óbito Infantil e Fetal. [www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia](http://www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia). Acesso em 29/03/2015.

13. **Portaria nº 1119 /2008** -Vigilância do Óbito Materno. [www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia](http://www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia) Acesso em 29/03/2015.

14. MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.