

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NO
MUNICÍPIO DE COLATINA-ES SOB A PERSPECTIVA DE GESTORES,
PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMÍLIA**

Governador Valadares

2013

ADRIENE DE FREITAS MORENO RODRIGUES

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NO
MUNICÍPIO DE COLATINA-ES SOB A PERSPECTIVA DE GESTORES,
PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial á obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Governador Valadares

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Rodrigues, Adriene de Freitas Moreno.

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina-ES sob a perspectiva de usuárias, gestores e profissionais da estratégia de saúde família. / Adriene de Freitas Moreno Rodrigues. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio, 2013.

150p. : il.

Dissertação – Mestrado.

Inclui bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Dias.

1. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento 2. Programa Saúde da Família 3. Assistência pré-natal I. Universidade Vale do Rio Doce II. Título.

CDD – 618.24

GIT

Programa de Pós-Graduação
Gestão Integrada do Território

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

Nome do Discente

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues

Nome da Dissertação

“Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Município de Colatina-ES sob a perspectiva dos Gestores, Profissionais e Usuárias da Estratégia de Saúde Família. – 2013”

Dissertação aprovada em 28 de maio de 2013, pela banca examinadora com a seguinte composição:



Prof. Dr. Carlos Alberto Dias - Orientador
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE



Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues -
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE



Profa. Dra. Ana Maria de Oliveira Cintra
Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ).

Para meus grandes amores Luciano e Heitor, que me proporcionaram a vivência da assistência pré-natal. Em especial para Heitor o maior de todos os projetos realizados, que acompanhou toda correria, viagens e compreendeu tão bem esses dois últimos anos, porque, afinal, “mamãe também vai à escola”.

À vó Arminda (*In memoriam*), pela sabedoria, os grandes ensinamentos, coragem e estímulo.

“A gente sofre muito: o que é preciso é sofrer bem, com discernimento, com classe, com serenidade de quem já é iniciado no sofrimento. Não tirar dele uma compensação, mas um reflexo.”

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por me iluminar e me dar força nesta caminhada, pois, sem Ele, nada seria possível.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alberto Dias, pela dedicação e paciência. Não esquecerei nunca a mensagem recebida em meio às turbulências ocorridas em novembro de 2011: “*nada melhor que o dia seguinte e os bons conselhos que nos traz o travesseiro*”.

Aos familiares pelo amor, proteção e paciência com nossas ausências.

À família Prôeza Alves, pela amizade, apoio, incentivo e carinho.

Às usuárias entrevistadas nesta pesquisa; sem a contribuição de vocês, a mesma não teria o menor sentido.

Ao secretário de Saúde, Marco Canni, e a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Colatina-ES, entrevistados neste estudo, pela disponibilidade e boa vontade durante a realização das entrevistas.

À coordenação da ESF e Saúde da Mulher de Colatina, pela contribuição, disponibilidade e apoio incondicional durante a entrevista e realização dessa pesquisa.

À amiga enfermeira, Helena Vasconcelos Schitine, que muito contribuiu para o trabalho, realizando todas as transcrições de gestores e profissionais. E, em seu nome, agradeço também a todos os amigos escoteiros que compreenderam nossa “ausência” nesse período.

A minha pequena filha de consideração Suyana Domingos, por seu carinho em cuidar de meu filho durante diversos momentos durante estes anos do mestrado.

A todos os meus colegas do Mestrado Gestão Integrada do Território, pelos momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal. Sou grata pelas “dicas” oportunas que, no dia-a-dia do curso, muito facilitaram minha caminhada.

Às professoras, Dra. Carla Jorge e Dra. Suely Maria Rodrigues, pelas preciosas contribuições na banca de qualificação do projeto que gerou esta dissertação;

À enfermeira Ana Maria Lima, pelo apoio e facilitação no acesso às informações sobre o município.

Aos Professores Ma. Angela Regina Binda e Dr. Damián Sánchez Sánchez , pela revisão, por compartilhar seus conhecimentos e pela contribuição essencial nessa pesquisa.

À Professora Dra. Rita Cristina de Souza Santos, pela importante contribuição no início do mestrado e na firmeza de opiniões quanto aos caminhos a seguir.

Aos meus mestres, desde aqueles de tempos idos (“Tia Leila”, “Tia Celira”,...), até os de hoje, cujas contribuições foram essenciais à obtenção deste título de mestre.

À bolsista Deise Torres, que compartilhou suas últimas férias comigo.

Agradeço, com carinho, a duas pessoas que estiverem a cada instante ao meu lado: Luciano Rodrigues, parceiro na construção de uma vida; quem me inspirou e com quem aprendi a me aventurar pelos caminhos intermináveis da busca do conhecimento e do crescimento, em todos os seus sentidos. Amor e companheiro de todas as horas que, com sua prática em saúde pública, despertou-me para uma visão diferenciada acerca da assistência pré-natal e por ter muito contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao querido Heitor, pelas várias vezes em que estava jogando no computador e eu o chamei para sair, e ele respondeu: estou trabalhando. Agradeço a compreensão, amado filho.

Com vocês dois, sinto-me amada, incentivada e com as forças revigoradas.

Enfim, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa, meu “muito obrigado”.

RESUMO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) definiu estratégias de melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher, tendo, como paradigma conceitual, as ações de humanização no pré-natal, parto e puerpério, bem como o incremento organizacional e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação do PHPN norteou importantes aspectos da assistência à saúde da mulher e recém-nascidos, fato que afirma a necessidade de avaliação dos serviços de saúde através de pesquisas. O objetivo deste estudo é identificar de que forma gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família - ESF (Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, médicos) e usuárias do município de Colatina – ES compreendem as práticas e vivências no PHPN. Esta é uma pesquisa com abordagem quanti-quali, descritiva, do tipo longitudinal, realizada sob a forma de estudo de caso, durante o período de junho a dezembro de 2012. Os dados primários foram coletados em entrevistas junto a 31 respondentes incluindo gestores, profissionais da ESF e usuárias do serviço, sendo essas últimas coletadas em duas etapas: a partir da 30ª semana de gestação, e entre o 15º e 42º dia de puerpério. Os dados secundários foram obtidos através de informações dos registros da assistência ao pré-natal e puerpério coletados nos prontuários e cartões das gestantes, além de informações constantes nos relatórios do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Os dados quantitativos foram analisados mediante a utilização do *software Sphinx Léxica*, versão 5.1.0.4., e os qualitativos analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). O estudo teve, como referenciais teóricos, os indicadores de qualidade da assistência prestada às gestantes do PHPN e a abordagem territorial, que se constituíram nas bases da análise dos dados obtidos. Os envolvidos na assistência das gestantes possuem, em média, 31 anos ($\pm 6,67\%$), sendo, a maioria, do sexo feminino (66,7%), casada (60,0%) e com nível de escolaridade superior (66,7%). A maioria dos profissionais das equipes de ESF (80%) participou de treinamentos específicos em Atenção primária à Saúde e Saúde da Mulher. As gestantes tinham em média 24,5 anos ($\pm 4,89\%$), sendo 56,3% casadas, 62,5% primigestas, 68,8% com ensino fundamental, 62,5% em exercício das atividades do lar, recebendo a maioria em torno de um Salário Mínimo (68,8%) como renda total familiar. O estudo aponta que o foco assistencial ao pré-natal está em evidência, porém existem lacunas no percurso terapêutico da gestante, que vai do pré-natal ao puerpério, sobretudo confirmados nos registros das informações assistenciais prestadas; e na falta de atividades operativas de grupo, principalmente, quanto à realização de ações educativas e assistência puerperal. A avaliação do serviço torna-se, indubitavelmente, importante para a consonância da assistência real com os parâmetros preconizados para a atenção humanizada à saúde da mulher.

Palavras-chave: Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento, Programa Saúde da Família, Assistência pré-natal, Puerpério.

ABSTRACT

The Program for Humanization in Prenatal and Birth (PHPB) defined strategies to improve the quality of woman health care in order to have as conceptual paradigm, the humanization actions in prenatal, in the childbirth and puerperium, as well as increasing organizational and the regulation within the Unified Health System (UHS). The implantation of PHPB guided important aspects of newborns and woman health assistance, a fact that affirms the necessity of evaluation of health services through researches. The goal of this study is to identify how public managers, professionals of Family Health Strategy - FHS (Community Health Agents, nurses, doctors) and users from the city of Colatina – ES understand the practices and experiences in PHPB. This research is a quantitative and qualitative approach, descriptive, longitudinal kind, conducted in the form of case study, during the period from June to December, 2012. Primary data were collected from interviews with 31 respondents including managers, professionals from FHS and users of the service, the latter being collected in two stages: from the 30th week of gestation, and between 15th and 42nd days of puerperium. Secondary data were obtained from information from the records of prenatal care and puerperium collected from medical records and pregnant's cards, beyond constant information contained in the reports of the Information System of the Prenatal (SISPRENATAL). Quantitative data were analyzed by using the software Lexical Sphinx, version 5.1.0.4., and the qualitative analyzed according to the technique of Analysis of Bardin content (2011). The study had, as the theoretical references, the indicators of quality of care provided to pregnant women from PHPB and the territorial approach, which were constituted in the basis of the data analysis obtained. Those involved in the assistance of pregnant women are, on average, 31 years ($\pm 6.67\%$) majority were female (66.7%), married (60.0%) and with College education (66.7%). Most professionals from the FHS teams (80%) participated in specific training in Primary Attention to Health and Women's Health. The pregnant women were, an average, 24.5 years ($\pm 4.89\%$) being 56.3% married, 62.5% primiparous, 68.8% had primary education, 62.5% in the exercise of home activities, getting most of them a minimum wage (68.8%) as total household income. The study indicates that the assistencial focus to prenatal care is in evidence, but there are gaps in the therapeutic journey of pregnant women, ranging from prenatal to puerperium, especially confirmed in the records of assistencial information provided, and in the lack of operational activities of the group, mainly, regarding the implementation of educational and puerperium care. The evaluation of service becomes, undoubtedly, important for the consonance of real assistance with the parameters established to the humane attention to women's health.

Keywords: Humanization Program of Prenatal and Birth, Family Health Program, Prenatal care, Puerperium.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Linha Evolutiva da História da Saúde Pública no Brasil e eventos que marcaram a saúde da mulher final do século XX.....	22
Figura 2 – Linha Evolutiva da História da Saúde Pública no Brasil e eventos que marcaram a saúde da mulher início do século XXI.....	22
Figura 3 – Organograma da Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde com enfoque para a localização do PHPN.....	28
Figura 4 – Organograma da Estrutura Organizacional de Saúde de Colatina – ES.....	34
Figura 5 – Fluxograma do sistema de atendimento de referência e contrarreferência de assistência ao ciclo gravídico-puerperal no município de Colatina – ES.....	35
Figura 6 – Localização geográfica do município de Colatina.....	45
Figura 7 – Mapa da Zona Urbana de Colatina.....	46
Gráfico 1 – Coordenadas Nascidos Vivos/Gestações.....	60
Quadro 1 – Serviços de Atendimento em Saúde e Níveis de Atenção.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação das equipes das ESF da zona urbana do município de Colatina.....	47
Tabela 2 - Distribuição dos gestores, enfermeiros, médicos e dos ACS em diversas variáveis individuais. Segundo sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e treinamento específico em APS e Saúde da Mulher.....	58
Tabela 3 - Identificação das participantes a partir da idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, renda familiar e classificação ABEP, tipo de domicílio, residência, coleta de lixo e sistema de coleta de esgoto.....	59
Tabela 4 - Variáveis individuais das usuárias do serviço referente à gestação.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de internação hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
IMC – Índice de Massa Corpórea
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
SF – Saúde da Família
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama.
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNIVALE – Universidade Vale Do Rio Doce
VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory* (Teste de identificação da Sífilis)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA	14
1.1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	14
1.2 PHPN: um olhar diferenciado sobre a Saúde da Mulher	23
1.2.1 Gestação.....	23
1.2.2 Pré-Natal e Puerpério	23
1.2.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.....	26
1.3 – SAÚDE E TERRITÓRIO	32
1.3.1 A saúde no município de Colatina	32
1.3.2 A relação entre território e saúde	36
PARTE II – QUADRO DE REFERÊNCIA.....	41
2.1 ENUNCIADO DO PROBLEMA	41
2.2 OBJETIVOS.....	42
2.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	42
2.4 METODOLOGIA	43
2.4.1 Tipo de Estudo	43
2.4.2 Universo do Estudo.....	44
2.4.3 Amostra.....	47
2.4.4 Critérios de inclusão e exclusão	48
2.4.5 Coleta de dados	49
2.4.5.1 Fonte de Informações	49
2.4.5.2 Instrumento de Coleta de Dados.....	49
2.4.5.3 Etapas de realização da pesquisa	51
2.4.6 Aspectos Éticos	56
2.4.7 Linha de pesquisa.....	56
PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
3.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	57
3.1.1 Caracterização da amostra	57
3.1.2 Qualidade dos registros de informações sobre a assistência	62
3.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	64
3.2.1 O PHPN na perspectiva dos Gestores.....	64
3.2.2 O PHPN na perspectiva dos Enfermeiros e Médicos.....	69
3.2.3 O PHPN na perspectiva dos Agentes Comunitário de Saúde.....	77
3.2.4 O PHPN na perspectiva das Usuárias	83
PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONSIDERAÇÕES, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS	90
4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
4.2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
4.3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS	102
REFERÊNCIAS.....	105
ANEXOS	116

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde criou, em 2000, dentro de seu departamento de ações estratégicas, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) visando, essencialmente, a redução das taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal.

Os municípios que aderem ao PHPN contribuem com medidas que garantem o acesso, melhoria da cobertura e a qualidade da assistência. Esta que engloba o acompanhamento no pré-natal, parto, puerpério e avaliação neonatal.

No processo da assistência ao pré-natal, o PHPN prevê ações essenciais, como: a captação precoce das gestantes (a primeira consulta ocorra até o quarto mês de gestação); a realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento; os cuidados na imunização das gestantes; e a realização dos exames laboratoriais complementares.

O PHPN preconiza esses parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal para gestantes de baixo risco. A utilização desses promove a qualificação assistencial, além de reduzir os índices de morbimortalidade materna infantil.

A adesão do município de Colatina ao PHPN ocorreu somente em 2009. Portanto, muitos aspectos da assistência pré-natal estão em processo de instalação. As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constituem a principal ferramenta operacional do programa, uma vez que está diretamente em contato com a realidade dos indivíduos inseridos em suas comunidades.

Este estudo tem como foco a análise das ações desenvolvidas, no primeiro ano de implantação da assistência pré-natal nas ESF do município de Colatina – ES, segundo práticas consideradas benéficas para os desfechos no ciclo gravídico puerperal contido nas recomendações do PHPN.

A pesquisa aborda a questão da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS), através da identificação da forma como gestores, profissionais da ESF e usuárias (gestantes e puérperas) compreendem as práticas e vivências no PHPN, no Município de Colatina-ES.

O desenvolvimento do estudo teve duas *abordagens*, *uma quantitativa e outra qualitativa*, e o seu *desenho foi* descritivo, tipo longitudinal, realizado sob a forma de estudo de caso e sendo consideradas quatro fontes de informações: bibliografias referentes ao problema em estudo; relatórios gerenciais do *software* Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL); prontuários e cartões das gestantes; e entrevistas realizadas junto aos participantes do estudo.

Para melhor situar o leitor, é importante constar que o estudo é apresentado em quatro partes, a saber: 1) revisão de literatura; 2) quadro de referência; 3) apresentação dos resultados; e 4) discussão dos resultados, considerações finais, limitações do estudo e suas perspectivas.

A primeira parte, *Revisão de Literatura*, foi seccionada em três capítulos. O primeiro explana a atual estrutura de saúde no Brasil, dando ênfase ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Um destaque neste capítulo é a abordagem da organização de informações sobre o fluxo dos serviços na atenção à saúde da mulher; e para uma melhor visão desse contexto, é apresentada uma linha evolutiva de tempo com os principais eventos que marcaram a história da saúde pública no Brasil, além dos que marcaram a saúde da mulher.

No segundo capítulo aborda-se a gestação e o pré-natal, dando ênfase ao PHPN. Neste, é apresentado o programa, suas diretrizes e as metas de funcionamento do Ministério da Saúde para a gestão qualificada da assistência à saúde da mulher.

O terceiro capítulo aponta a estrutura municipal de saúde de Colatina – ES e sua sistemática de assistência à saúde da mulher. E em seguida são apresentados os diferentes contextos que permeiam as múltiplas concepções de território e territorialidade, focando a saúde da mulher e suas relações sociais.

A segunda parte, intitulada Quadro de Referências, foi subdividida em quatro segmentos. O primeiro enuncia o problema de pesquisa, com base no contexto apresentado na revisão de literatura; o segundo delimita, de forma geral e específica, os objetivos dessa investigação; o terceiro apresenta a justificativa deste estudo; e, o quarto, detalha o processo metodológico que norteou a realização do estudo.

A terceira parte, *Apresentação dos Resultados*, foi estruturada em dois capítulos. No primeiro constam os resultados quantitativos compreendendo a caracterização da amostra estudada; informações dos registros quanto à assistência ao pré-natal obtida nos prontuários e cartões das gestantes. Tais dados foram analisados com o auxílio do *software Sphinx Léxica* versão 5.1.0.4.. O segundo capítulo apresenta os resultados qualitativos obtidos a partir dos depoimentos dos entrevistados, organizados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

Finalizando, a quarta parte possui os seguintes capítulos: *Discussão dos Resultados*, *Considerações Finais*, *Limitações do Estudo e Perspectivas*. Sendo que, no primeiro momento, apresentam-se as convergências e divergências dos elementos centrais deste estudo envolvendo as diretrizes do PHPN, dados secundários e as contribuições dos entrevistados em relação a suas vivências e práticas no programa. Em seguida, foram realizadas análises as quais evidenciam o alcance dos objetivos específicos. Finalmente, foram sinalizadas as dificuldades encontradas na realização deste estudo, bem como apresentados alguns direcionamentos para novas pesquisas que deem continuidade a essa linha de investigação.

PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

1.1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A construção da estrutura de saúde gera reflexos na história de cada país, uma vez que, em sua trajetória, existem marcas de lutas, conquistas e, principalmente, o envolvimento de seus cidadãos no processo político para mudanças e desenvolvimento de melhorias na qualidade da assistência. Cada modelo assistencial de saúde possui suas características, porém seu escopo maior está objetivado na humanização da assistência e na qualidade de atendimento, bem como a proposição de um desempenho resolutivo e integrado por parte de seus profissionais de saúde para uma melhor assistência (BARBOSA; DIAS, 2008).

No Brasil até a década de 1980, o modelo assistencial do tipo hospitalocêntrico, referia-se às formas de organização dos serviços de saúde e suas unidades assistenciais, tendo distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si, em espaços e populações distintas (PAIM, 1993). Precisamente, esse modelo foi institucionalizado, com a Lei 6.229 de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, tendo a centralidade nas ações médicas, no conhecimento especializado, na importação de materiais para equipar hospitais e em um foco especial para a indústria farmacêutica (BRASIL, 1975).

Segundo Franco e Merhy (2007, p. 73), o modelo hospitalocêntrico era determinado pela expansibilidade do ensino clínico, especialmente em hospitais. Sua ênfase estava na pesquisa biológica, como forma de superar a era empírica do ensino médico, estimulado pela intensificação de conhecimentos especializados. Tal modelo foi criado a partir do Relatório de Flexner, nos Estados Unidos da América em 1910, o qual mudou o currículo das escolas de medicina, conduzindo a uma superespecialização da prática médica. Dessa forma, interpôs-se uma crescente indústria de equipamentos biomédicos que se tornaram disponíveis no mercado, além de avanços tecnológicos. Como consequência elevou-se consideravelmente os custos com a assistência à saúde, gerando prejuízos assistenciais para aqueles que não podiam arcar com despesas médicas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Nesse contexto, o modelo de saúde baseava-se em um sistema voltado para uma visão hospitalocêntrica, em que a saúde era vinculada ao aspecto da ausência de doença. Um modelo no qual os direitos à saúde tinham um caráter de interesse na capacidade de produção dos indivíduos, e não, aliados às conquistas sociais (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Portanto, os modelos de atenção implantados no Brasil possuíam caráter hegemônico, liberal-privatista ou neoliberal. Estes se centravam nos procedimentos ou técnicas, tendo como objetivos os próprios meios de trabalho, baseados na queixa-conduta ou, ainda, em um modelo biologicista em que a doença era tomada como objeto de trabalho (COELHO; COUTO, 2009).

No Brasil, até a década de 1970, o acesso da população brasileira à saúde era restrito à rede de atendimento, e as classes mais favorecidas adotavam a prestação de serviços privados de saúde como solução dos possíveis problemas ocorridos. Para os trabalhadores com vínculo empregatício e que possuíam carteira assinada, o direito à saúde acontecia por meio de uma rede de assistência denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que compunha o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esta assistência baseava-se no modelo curativista e reducionista (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2001).

Mudanças significativas nesse cenário iniciaram-se no final da década de 1970 devido aos grandes debates realizados em várias partes do mundo, que buscavam a determinação econômica e social em prol do desenvolvimento da saúde. Contudo, todas as discussões culminavam em uma abordagem positivista, orientando não somente o controle de enfermidades, mas uma nova análise do modelo tradicional de abordagem da atenção médica. Em decorrência, passou-se a adotar um modelo substitutivo de abordagem intersetorial de responsabilidade e participação social (BRASIL, 2002a).

Um marco importante nesse processo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata, na antiga União Soviética, em setembro de 1978. Neste as primeiras referências aos cuidados

primários de saúde tiveram como meta a “Saúde para todos no ano 2000”, dando importância à atenção primária à saúde e à saúde como direito (MENDES, 2004).

O direito à saúde, de forma universal e equitativa, no Brasil, foi consolidado somente com a Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado passou a ter o dever de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, proporcionando: maior acesso da população aos serviços públicos de saúde, à democratização das informações e à transparência no uso de recursos e ações do governo; universalização das ações; melhoria da qualidade dos serviços; adoção de um novo modelo assistencial baseado na integralidade e equidade das ações. Dessa forma, o SUS apresentou uma proposta voltada para o enfoque de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Para isto foram estabelecidos princípios e diretrizes para uma completa reorganização do sistema de saúde, a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia dessa igualdade. Segundo Menicucci (2009, p. 1620), “A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma ‘carta fundadora’ de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade [...]”. A autora realça, ainda, a organização desse sistema sob as diretrizes das descentralizações, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Em 1990, foi promulgada em 19 de setembro a Lei 8.080, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, e garante, em suas disposições gerais, que os seres humanos têm direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidade, sendo esses fornecidos pelo Estado. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos; o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário; os serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990a).

Por terem sido vetados os artigos da lei anterior que versavam sobre a participação popular, a pressão constante da população fez com que fosse publicada, em 28 de

dezembro de 1990, a Lei 8.142, que dispunha sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros. A participação popular, considerada como uma das maiores conquistas na área de gestão da saúde ocorre através das seguintes instâncias colegiadas: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990b).

Para a complementação diretiva de todo esse contexto de organização do Sistema de Saúde, ao longo da década de 1990, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB): 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. As duas últimas foram resultantes de processos de negociação, progressivamente mais intensos, entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da comissão intergestores tripartite¹ e do Conselho Nacional de Saúde (SOUZA, 2001).

Destacando a NOB-SUS 96, Carvalho e Barbosa (2010) relatam que a mesma surgiu na base do consenso visando: o atendimento às necessidades de se consolidar o modelo da gestão descentralizada e pactuada; fazer avançar a autonomia municipal; reforçar as instâncias de decisão do SUS e comissões intergestores (tripartites e bipartites).

Tal situação induziu em escala nacional, as seguintes ocorrências: mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços; descentralização dos recursos federais em direção aos Estados e municípios; consolidação da autonomia de gestão das esferas descentralizadas; criação de incentivos explícitos às mudanças na lógica assistencial; rompimento com o produtivismo e implementação de incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes. Esta última favoreceu a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a adoção de práticas fundadas em uma nova lógica assistencial, como o Programa Saúde da Família (PSF).

Nesse contexto, observa-se o incremento e as melhorias das políticas públicas para o desenvolvimento social da saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal nível de atenção para o acesso ao sistema de saúde (GOMES et al., 2011).

¹ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais.

A APS é o ponto essencial para o cuidado com a saúde baseada em tecnologias acessíveis. Sua função é levar os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo-se no primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Starfield define a APS como sendo:

Aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições (STARFIELD, 2002, p.28).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua última revisão (2012), considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes associando-os aos princípios e às diretrizes da Política Nacional de Saúde. A política preconiza ainda que a Saúde da Família (SF) é a estratégia prioritária para a consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012a).

O trabalho com a SF iniciou-se no Brasil em 1991. Fundamentado em experiências anteriores, foi criado o PACS, o qual é considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2001a). A consolidação do trabalho com a SF veio com a criação do PSF. Este foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa passando, posteriormente, a ser considerada estratégia de reorientação do modelo assistencial e principal ferramenta do SUS para o trabalho com a Atenção Básica à Saúde (ABS) (GOMES et al., 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma política que propõe mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa passando a atuar na integralidade da assistência. Essa pretende tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade social, econômica e cultural, considerando, de forma holística, todas as dimensões que envolvem as pessoas. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorra de um momento histórico/social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos e as diretrizes do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldada pelo trabalho em equipe. Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral no seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas (BRASIL, 1997).

Dessa forma, a ESF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde na qual a família é o centro de atenção; não somente o indivíduo. O Programa propõe organizar as práticas nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de Saúde da Família (eSF). O objetivo da estratégia é a prestação de atendimento integral nas especialidades básicas de saúde, numa base territorial delimitada com garantia de serviços de referências à saúde para os níveis de maior complexidade. Nesse contexto, reconhece-se a saúde como um direito de cidadania, sendo estimulada a organização da comunidade, bem como a busca do aprimoramento da participação e do controle social da população na área da saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

O direcionamento do trabalho da ESF fica a cargo das eSF. Essas possuem diversas configurações, sendo compostas, no mínimo, por: médico generalista ou especialista em SF ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em SF; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além destes, pode-se ainda acrescentar como parte da equipe de saúde os profissionais de saúde bucal, a saber: cirurgião-dentista generalista ou especialista em SF; auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Essas equipes são responsáveis por diversas atividades da ABS para clientela adscrita em uma área delimitada. O primeiro contato com a família implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. Essas equipes são responsáveis pela relação com a comunidade, que requer existência de aporte regular de cuidado para a manutenção desse vínculo por um longo período de tempo. Isto deve ocorrer em

uma ambientação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa e família, de forma a se criar o cerne da longitudinalidade (LAVRAS, 2011).

Para consolidar o trabalho da ESF foi publicado, em 2006, o Pacto pela Saúde que se estrutura em três dimensões: a) o pacto em defesa do SUS, b) o pacto de gestão e c) o pacto pela vida (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Para a efetividade do trabalho, cada pacto deverá seguir o seguinte escopo: a) O Pacto em defesa do SUS – o compromisso inequívoco de direcionamento de novas políticas do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos; os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais; b) O Pacto de Gestão – tem como responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação, além de estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde; e c) O Pacto pela Vida – está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006a; CONASS, 2006a).

O Pacto pela Vida possui as seguintes prioridades: implantar a Política Nacional de Saúde da pessoa idosa; contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promover a saúde no processo e na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; fortalecer a atenção básica; e, por fim, reduzir a

mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias (BRASIL, 2006a).

Levando em consideração essas prioridades, é perceptível a grande importância do trabalho das eSF frente às ações assistenciais na comunidade. O Pacto pela Vida consolida e qualifica a ESF como modelo de Atenção Básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (CONASEMS, 2009).

Em observância a essas necessidades, destaca-se como cerne deste estudo, o cuidado com a saúde da mulher. O Pacto pela Vida expressa, de forma clara, a importância da redução da mortalidade materno-infantil. Um dado preocupante é que a mortalidade materna, tragédia evitável em 92% dos casos, ocorre principalmente nos países em desenvolvimento inclusive no Brasil (BRASIL, 2009a).

A preocupação com a atenção à Saúde da Mulher está mais em evidência, devido a essas possibilidades de redução de morte significativa. As políticas públicas de atenção à mulher começaram em 1984, com a criação da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e foi evoluindo com a criação de comitês e o direcionamento de políticas para o financiamento de programas voltados para a saúde da mulher (BRASIL, 2009a).

Ao longo dos anos, essa política foi incrementada com outros programas e sistemas de registro de dados, como: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Além desses, foi implantado também, um plano nacional de Políticas para as mulheres tendo, naturalmente, como guisa norteadora desse estudo o PHPN (BRASIL, 2000a).

Nas figuras 1 e 2, dispõe-se uma linha do tempo com os principais eventos que marcaram a história da saúde pública no Brasil e os eventos que marcaram a saúde da mulher.

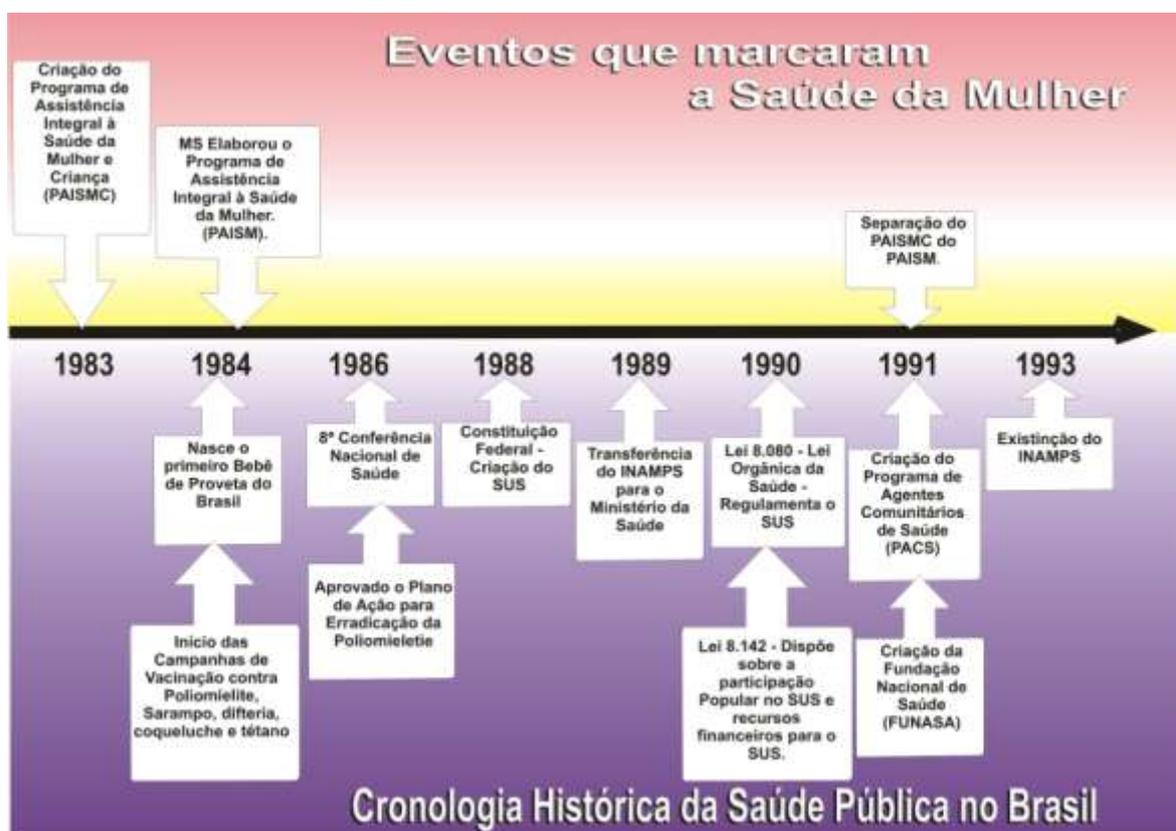


Figura 1 – Linha Evolutiva da História da Saúde Pública no Brasil e eventos que marcaram a saúde da mulher no final do Século XX.

Fonte: Dados da Pesquisa.

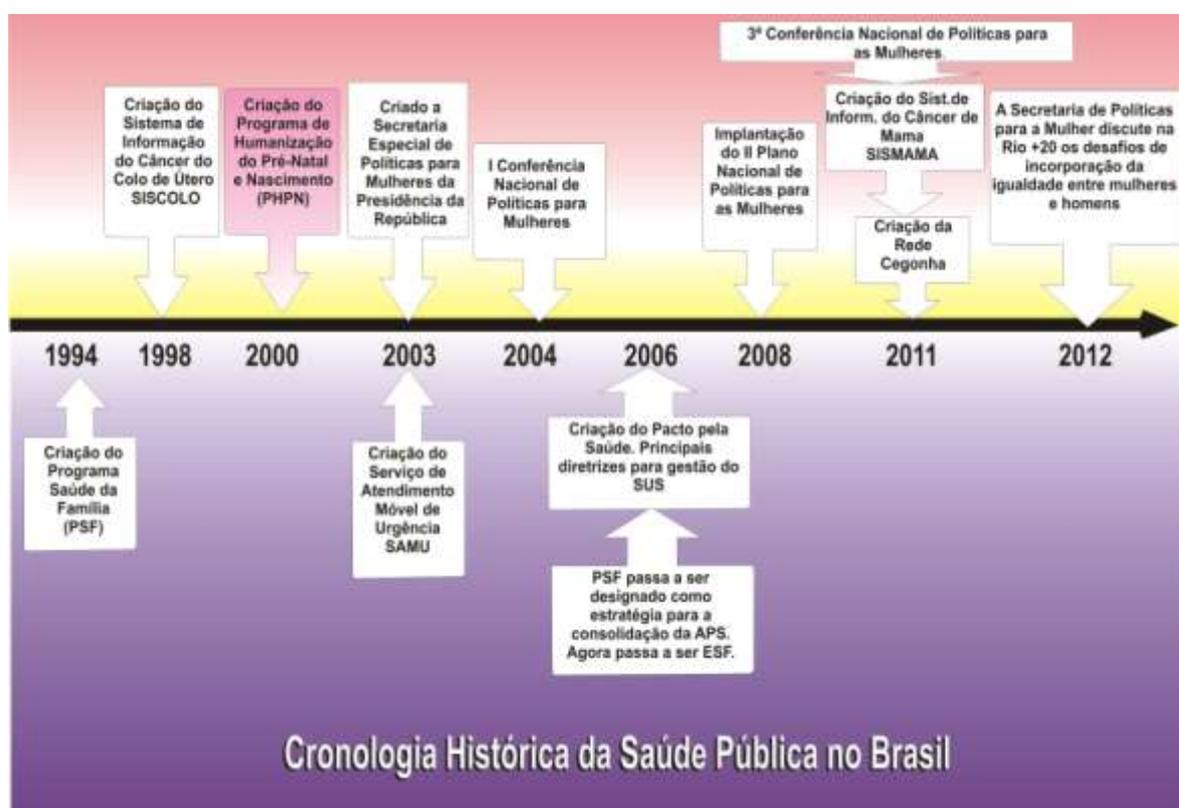


Figura 2 – Linha Evolutiva da História da Saúde Pública no Brasil e eventos que marcaram a saúde da mulher início do século XXI.

Fonte: Dados da Pesquisa

1.2 PHPN: um olhar diferenciado sobre a Saúde da Mulher

1.2.1 Gestação

A gravidez é um processo fisiológico na vida da mulher. Para tal acontecimento, o organismo é lentamente modificado no decorrer do seu desenvolvimento, reorganizando-se e adaptando-se ao momento de gestar um novo ser. Durante este período acontecem diversas alterações orgânicas. Entre elas estão as mudanças físicas, mecânicas, hormonais e psíquicas da mulher (RESENDE FILHO, 2008).

As modificações sistêmicas mais perceptíveis no corpo da mulher são as alterações das mamas, da pele, do abdômen e ganho do peso corpóreo. Outras mudanças orgânicas acontecem no sistema cardiovascular, no sistema respiratório, nas glândulas endócrinas, no trato gastrointestinal, no metabolismo de carboidratos e no sistema musculoesquelético (RESENDE; MONTENEGRO, 2013).

Estas mudanças físicas geram reflexos em aspectos psíquicos na vida da mulher pelo aumento de demanda de afeto, carinho, cuidado e proteção. Nos dois últimos trimestres as alterações psicológicas se acentuam, uma vez que no primeiro trimestre evidenciam-se transformações fisiológicas, como enjoos, mudanças no apetite, entre outros. O segundo trimestre da gestação é considerado o mais estável emocionalmente. Isto muito se deve aos movimentos fetais. No entanto, as alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar quanto mais se aproxima do parto e da rotina da vida após a chegada do bebê (MOREIRA, 2008).

Todas estas mudanças devem ter o acompanhamento de um profissional de saúde o qual identifica, precocemente, fatores de risco que possam comprometer o bem estar materno-fetal. Desta forma, as condutas adequadas para o processo fisiológico da gestação e o crescimento saudável do recém-nascido devem ser orientadas de forma sistemática e qualificadas (SOUZA et al., 2004)

Para o acompanhamento dessas alterações físicas e psíquicas, faz-se necessário a presença de um profissional de saúde que entenda e valorize essas modificações, de modo que, ao longo do atendimento, a gestante se sinta confiante e preparada durante e após o período gestacional. Essas modificações são essenciais para a

manutenção da gravidez, o desenvolvimento do feto, o parto e a lactação subsequente (BRASIL, 2001b).

O contexto da gestação e do parto são determinantes para o desenvolvimento do novo indivíduo, bem como para a relação com a criança, que a mulher e a família estabelecerão a partir das primeiras horas após o nascimento. Todos esses processos interferem na amamentação, nos cuidados com a criança e na vida da mulher. A relação do binômio mãe/filho é de suma importância para o fortalecimento de vínculos familiares, sendo essa, uma condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2005). Sendo assim, o acompanhamento mãe e filho se faz necessário para uma assistência adequada durante o pré-natal, parto e nascimento.

1.2.2 Pré-Natal e Puerpério

Uns dos primeiros aconselhamentos sobre o pré-natal foram encontrados em livros hindus – os *Tscharava e Susruta*. Tais literaturas recomendavam que as gestantes deveriam manter-se alegres, evitando a cólera e o medo, obedecendo às regras dietéticas especiais. Entretanto, admite-se que a primeira obra publicada considerando os cuidados pré-natais seja a de Thomas Bull em 1837. A primeira clínica pré-natal especializada foi aberta em 1910, na Austrália, e foi dirigida por T.G. Wilson, que sistematizou a assistência pré-natal recomendando: 1) A supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e puérperas; 2) o diagnóstico e o tratamento precoce das moléstias capazes de agravar o prognóstico materno; 3) a redução da mortalidade perinatal (BUSSÂMARA, 2000).

A partir dessa data criaram-se, em todos os países e em hospitais-maternidades, os serviços ou setores de pré-natal, visando a assistência à gestante e considerando as medidas terapêuticas imediatas e aquelas de caráter preventivo em relação ao binômio materno/fetal (BUSSÂMARA, 2000). No Brasil, a assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, sendo uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos (OSIS, 1998). A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2011a).

Independentemente dos diversos programas idealizados para o atendimento da mulher, o que efetivamente garante o sucesso da assistência ao pré-natal é a qualidade da equipe multidisciplinar; a participação da gestante e seus familiares e o apoio dos órgãos assistenciais. Portanto, a gestação deve ser controlada através de um bom pré-natal, tanto na qualidade técnica, como na qualidade de envolvimento afetivo entre o profissional e a gestante (OKAZAKI; BERGAMASCO; GUALDA, 2005).

O pré-natal tem por objetivos: diagnosticar enfermidades maternas preexistentes, tratando-as de modo a reduzir seu impacto sobre a evolução e resultados; acompanhar a evolução da gravidez, observando as condições da gestante, o desenvolvimento e as condições do feto; diagnosticar e tratar as intercorrências gestacionais, adotando medidas preventivas recomendadas para proteção da gestante e do feto, preparando a primeira para o parto e para o aleitamento inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e garantindo o bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada requer: incorporação de condutas acolhedoras; eliminação de intervenções desnecessárias; fácil acesso a serviços de saúde de qualidade; ações que integrem todos os níveis da atenção; promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

A Portaria nº 569/GM de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, preconiza a realização de uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento (BRASIL, 2000b). Segundo o manual do pré-natal do Ministério da Saúde, a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos ACS na visita domiciliar (BRASIL, 2006b).

A contextualidade de um atendimento sistêmico requer um olhar holístico para a mulher e todas as suas condições, o que permite que os profissionais de saúde assistam a mulher numa ótica que perpassa a gravidez e o puerpério. Isso se faz por meio de consultas, ações educativas em grupo e/ou individuais e visitas domiciliares. Nessas ocasiões, são fornecidas orientações e elucidações relativas à gestação, parto e puerpério. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos, em qualquer instância do processo assistencial, estejam conscientes da importância de sua atuação e das necessidades de aliar o conhecimento técnico-científico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher (SÃO PAULO, 2010).

O procedimento para a efetiva ação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal requer, atualmente, o envolvimento de uma equipe multidisciplinar capacitada e treinada para o acompanhamento da mulher nesse evento. Ao iniciar esse processo de acompanhamento da gestante, cabe à equipe de saúde compreender os múltiplos significados que a gestação tem para a cliente e sua família. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção em torno da gestação, são condições fundamentais para que o saber em saúde, da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal, seja colocado à disposição da mulher e de sua família (BRASIL, 2012b).

A efetividade das ações para a promoção da saúde da mulher precisa, não somente dessa conscientização dos profissionais de saúde, mas, também, do envolvimento das comunidades sobre os seus direitos e deveres e o compromisso do Estado frente às políticas públicas para a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), o SUS é a ferramenta do Estado na efetividade dessas ações que, a partir da reestruturação dos serviços de ABS, por meio da ESF, trouxe avanços importantes na saúde e na condição de vida da população brasileira.

1.2.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Considerando a importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este tem, como diretriz, a normalização técnica do processo de atenção à gestante e

à puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério, e ainda estabelece, com clareza, os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde (BRASIL, 2000c). A Portaria nº 569/GM em julho de 2000, que instituiu o PHPN, propôs os critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal fornecida pelo programa, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a esse programa (SERRUYA, 2003; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; BRASIL, 2010a).

O PHPN foi instituído com base nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, e busca:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e diversas outras ações (BRASIL, 2002b).

A vinculação do PHPN é apresentada no organograma abaixo (Figura 3). Este que foi instituído pelo decreto de lei nº 7.530 de julho de 2011 o qual aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). Portanto, o PHPN está vinculado ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção do Ministério Saúde.

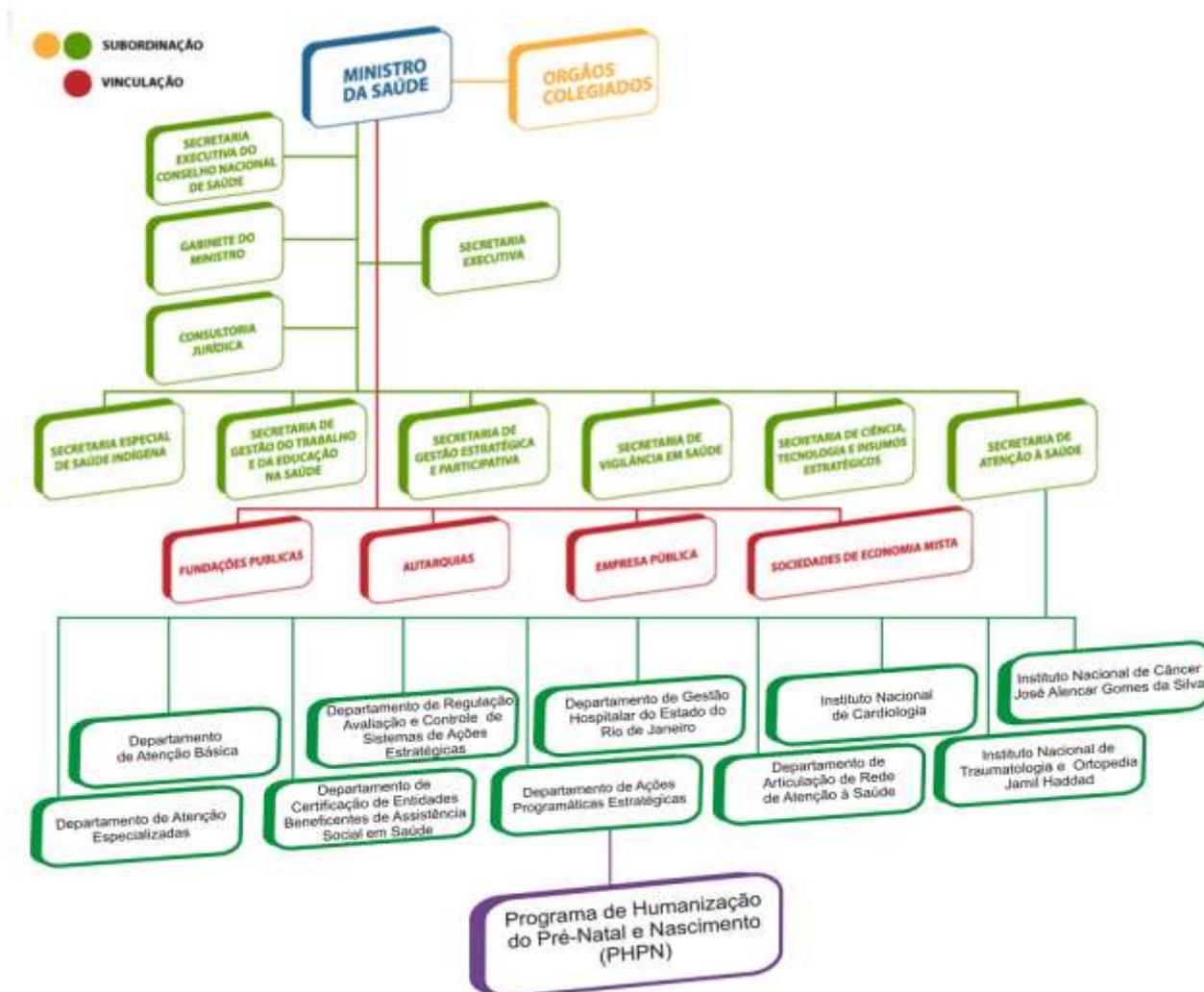


Figura 3 - Organograma da Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde com enfoque para a localização do PHPN. Decreto nº 7.530 de julho de 2011.

Fonte: Ministério da Saúde.

De acordo com Brasil (2000b; 2006b), estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal, realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

- Captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre gestacional;

- Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - a. Escuta da mulher e de seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta, além das condutas a serem adotadas;
 - b. Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família;
 - c. Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
 - d. Exames laboratoriais: ABO-Rh e Hemoglobina/Hematócrito na primeira consulta; glicemia de jejum: um exame na primeira consulta, e outro, próximo à 30ª semana de gestação; VDRL: um exame na primeira consulta, e outro, próximo à 30ª semana de gestação; urina: um exame na primeira consulta e, outro, próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg) e para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta;
 - e. Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla, tipo adulto, até à dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 - f. Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
 - g. Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
 - h. Tratamento das intercorrências da gestação;
 - i. Classificação de risco gestacional, a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
 - j. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência, para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

k. Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar, em situações que não necessitem de internação.

- Realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento do bebê.

Dessa forma, o PHPN estabeleceu, não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas, elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde e trouxe a discussão as boas práticas nas consultas de pré-natal e suas bases conceituais (SERRUYA, 2003; SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

No nível municipal, a operacionalidade do PHPN se dá a partir da publicação da portaria de adesão, finalizando com o cuidado direto à mulher durante o período pré, trans e pós-gestacional. Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que possui informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), de uso obrigatório nas unidades de saúde, o que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante cadastrada (CARDOSO, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), através da Portaria nº 569/GM de 2000, o município deve realizar o cadastramento precoce das gestantes no PHPN utilizando o SISPRENATAL. As informações das Fichas de Cadastramento da Gestante e das Fichas de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes são as fontes de entradas de dados que devem ser digitadas. A cada mês, o SISPRENATAL deve gerar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

O BPA possibilita o faturamento do incentivo no valor de R\$ 10,00 (dez reais) por cada gestante cadastrada. O pagamento desse procedimento é efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde e custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Para tanto, é preciso que as informações pertinentes constem na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) da unidade que cadastra a

gestante, para o mês de competência. Os retornos da gestante à unidade para consulta, assim como os exames realizados no pré-natal, devem ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário da Gestante e digitados no SISPRENATAL, devendo a ESF garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos, e a devida alimentação de dados no sistema de registro do pré-natal (BRASIL, 2000a).

Dessa forma, é gerado, automaticamente, o BPA para o SIA/SUS, permitindo o pagamento de R\$ 40,00 por gestante, na conclusão da assistência pré-natal. De acordo com Brasil (2000a), o pagamento do incentivo só é efetivado pelo Ministério da Saúde quando as informações são digitadas no SISPRENATAL, transferidas ao SIA/SUS e enviadas ao DATASUS. O não registro de informações no SISPRENATAL implica na impossibilidade do faturamento do incentivo para o município, mesmo que toda assistência tenha sido prestada às usuárias, uma vez que o sistema é o veículo gerencial de repasses de verbas para o município. Lembrando que esse sistema também fornece um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar a atenção e melhorar a gestão dos serviços (BRASIL, 2000a).

Enfim, o monitoramento da saúde da mulher requer estratégias políticas para o direcionamento de ações e serviços voltados para a melhoria e qualidade da assistência. Portanto, o PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da futura criança, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais de saúde e melhorias na assistência à saúde da mulher no âmbito municipal.

1.3 – SAÚDE E TERRITÓRIO

1.3.1 A saúde no município de Colatina

Colatina é um município de médio porte do Estado do Espírito Santo contando com uma população de 111.788 habitantes, sendo que a maioria (88%) vive em área urbana. Sendo o sétimo em número de habitantes no Estado sua população feminina gira em torno de 57.491(51,4%) habitantes, superando, em número, a população masculina que é de 54.297(48,6%) (BRASIL, 2010b).

O município está localizado na região noroeste do Estado, e a cidade registra a maior potencialidade econômica da região. Situada no Vale do Rio Doce, fica a 135 quilômetros de Vitória, capital do Espírito Santo. Por ela, passa a estrada de ferro Vitória-Minas, a BR-259 e a Estadual 080 (Rodovia do Café). Percorrendo 55 quilômetros, chega-se a BR-101, que corta o país de Norte a Sul (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE COLATINA, 2008).

Colatina é um pólo regional de referência em saúde, sobretudo para a região Noroeste do Estado. É ainda importante centro de atendimento médico-hospitalar que possibilita a realização de tratamentos, desde a atenção básica até exames de alta complexidade. O polo hospitalar de Colatina possui 08 hospitais, sendo estes de referências em diversas especialidades, distribuídas nas seguintes categorias: a) Público (Hospital e Maternidade Silvio Avidos); b) Filantrópicos (Hospital Maternidade São José e Santa Casa de Misericórdia); e c) Privados (São Bernardo Apart Hospital, Casa de Saúde Santa Luzia, Casa de Saúde Santa Maria, Centro Médico de Colatina e Hospital da UNIMED – Noroeste) (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2012).

Segundo Rodrigues et al. (2012), a rede municipal de saúde caracteriza-se por vários programas e estruturas de atendimento necessários para o direcionamento dos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário, apresentados no quadro abaixo:

Nível de Atenção à Saúde	Serviços de Atendimento em Saúde
Primário	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS tipo II). • 01 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS ad) • 01 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). • 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). • 01 Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e, - 03 Unidades Básicas de Saúde tipo 3 • 09 Unidades Básicas de Saúde tipo 2 • 13 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). • 13 Pontos de Atendimento à Saúde. • 17 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) • 17 Unidades Básicas de Saúde tipo 1 • Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar • Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental.
Secundário	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). • 01 Centro Oftalmológico. • 01 Laboratório de patologia clínica público. • 01 Pronto Atendimento Municipal (PA). Hospital Santa Casa. • 04 Unidades de Saúde Especializada (USE).
Terciário	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Centro de Reabilitação Física Municipal (CREFIM). • 01 Comunidade Terapêutica – FUNDAS – Projeto Nascer de Novo Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos.

Quadro 1 – Serviços de Atendimento em Saúde e Níveis de Atenção.

Fonte: RODRIGUES et al, 2012.

O município conta ainda com 01 Hemocentro, 04 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e 01 Centro de Referência e Atendimento ao Idoso (CRAI). E ainda, atendimento de laboratórios de p clínica, 04 laboratórios de radiodiagnóstico e 02 serviços de hemodiálise, todos privados e conveniados ao SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE COLATINA, 2008).

O controle social é realizado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), com 12 titulares e 12 suplentes, sendo respeitada a Lei nº 8.142, de 1990, com 50% dos componentes constituídos pelo setor público e prestadores de serviços. Os 50% restantes são indicados pelos usuários do SUS (representantes das associações de moradores, igrejas, clubes de serviços, sindicatos, e outros), tendo como presidente do CMS o secretário municipal de saúde (RODRIGUES et al., 2012). A figura 4 apresenta a estrutura organizacional de saúde em Colatina – ES.

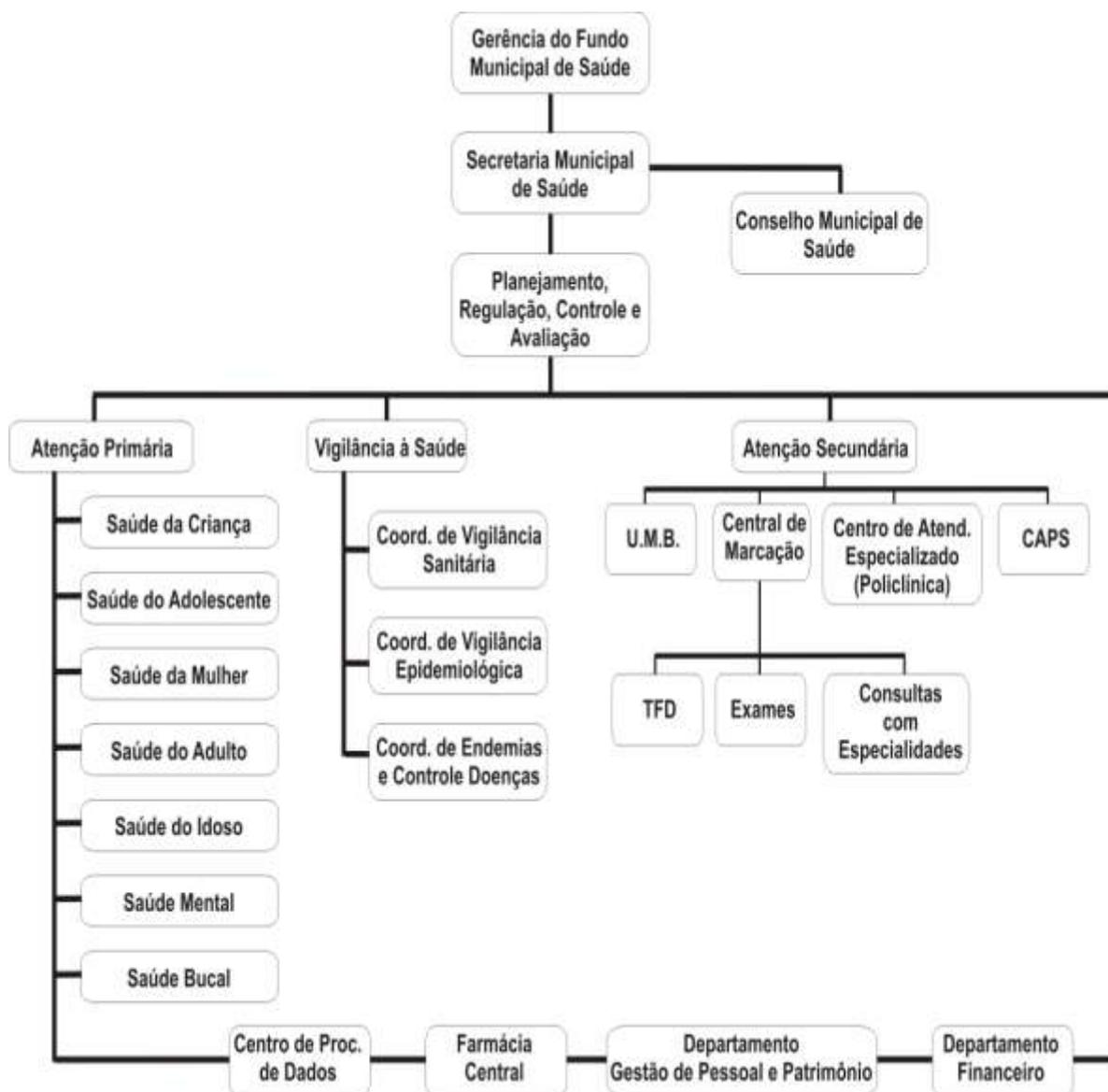


Figura 4 - Organograma da Estrutura Organizacional de Saúde de Colatina – ES.
Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2012.

Para atendimento à saúde da mulher, o município de Colatina conta com o programa específico para esta área, hospitais especializados e o serviço de referência Casa da Mulher. De acordo com a coordenação da saúde da mulher do município, a adesão ao PHPN ocorreu em 2009, às equipes de ESF foram capacitadas em 2011-2012 e iniciaram as ações de atendimento ao pré-natal, em suas áreas de SF, somente no início de 2012. A figura 5 apresenta o fluxograma de assistência ao ciclo gravídico-puerperal prestada pela ESF do município.

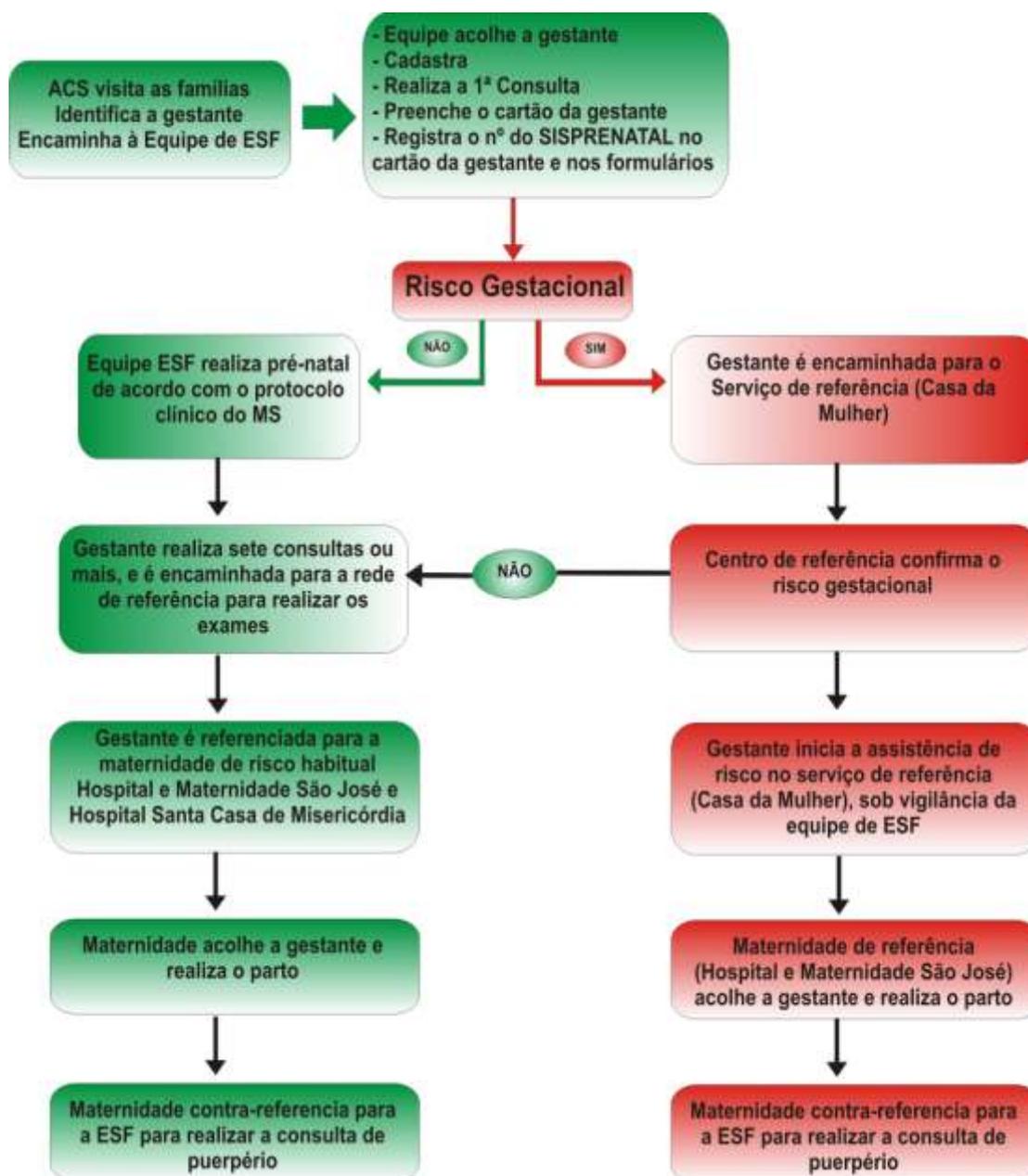


Figura 5 - Fluxograma do sistema de atendimento de referência e contrarreferência de assistência ao ciclo gravídico-puerperal no município de Colatina – ES.

Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo a coordenação da ESF de Colatina - ES, a assistência ao pré-natal e puerpério é desenvolvida através de: a) identificação das gestantes adscritas e cadastro no SISPRENATAL, preferencialmente, no primeiro trimestre de gravidez; b) realização das consultas de pré-natal, solicitação de exames laboratoriais, imunização das gestantes e classificação das gestantes por grau de risco, conforme o protocolo do Ministério da Saúde; c) encaminhamento das gestantes de alto risco para o serviço de referência (Casa da Mulher); d) realização de visitas domiciliares e

atividades educativas para as gestantes, inclusive as de alto risco, uma vez que continuam sob responsabilidade assistencial da eSF; e, e) realização de consulta puerperal, conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Todo o processo de atenção à saúde da mulher torna-se uma estratégia importante para a redução dos riscos de morte materno-infantil. Para Monken e Barcelos (2007), no contexto da atenção à saúde das gestantes, não basta simplesmente olhar para elas, deve-se atentar para os usos e as diferentes apropriações do espaço vivido, uma vez que esse não se constitui apenas como um local, mas como um território a partir do qual ela orienta suas ações.

A compreensão dos contextos sociais onde acontecem as relações humanas e que interessam, particularmente, para as análises de situação de saúde, passa pelo entendimento das práticas cotidianas baseadas em determinadas regras sociais e recursos implicados na relação entre pessoas e coletividades (MONKEN, 2003). Dessa forma, a abordagem territorial fornece elementos para uma melhor compreensão dessa problemática.

1.3.2 A relação entre território e saúde

Conhecer o território dentro da ótica da saúde requer um processo de saberes, frente às diversas concepções existentes em torno de um termo usado em diversas áreas de conhecimento. No contexto das relações sociais geradas e constitutivas do território, o processo de interação e integração das pessoas acontece em vários ambientes que comportam o convívio em sociedade. A singularidade dos indivíduos estabelece relações com essa gama de ambientes sociais, que chamaremos de lugar.

Santos (1996) entende como geografia do lugar a observação do território como ambiente formado de fluxo de pessoas e objetos fixos, representados pelas estruturas edificadas de um lugar. Já Massey (2008), define como sendo o *lugar* um território integrador de relações criado a partir do encontro e de trajetórias instaladas por inter-relações pessoais.

Observa-se que esse lugar envolve relações sociais que constroem identidades, sentimento de pertencimento, relações de poder, e outras relações que constituem a formação de um território. Para Santos (2009), lugar é um território com vida e identidade, e esse território pode ter um, vários, ou nenhum lugar; uma vez que, o território possui uma ligação de poder e delimitação; já o lugar possui uma ligação com a cultura e possui um contexto de identidade.

Portanto, ao se discutir território em saúde, devemos nortear a discussão em múltiplas concepções do termo; porém este estudo atentará para o território em um contexto de perspectiva integradora social. Para Campos (2011), o território em saúde vai além do espaço político-operativo do sistema de saúde. É um lugar onde a população estabelece as relações sociais, vivencia seus problemas de saúde e interage com os profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Nesse contexto, observa-se que as pessoas se envolvem com os ambientes pertencentes ao lugar; assim, constrói relações sociais importantes para a construção do território. Portanto, a ideia de território caminhará de uma concepção política para cultural, apontando a necessidade de uma nova proposta teórico-metodológica para a operacionalização de conceitos territoriais (SANTOS; SILVEIRA, 2008).

Haesbaert (2004) afirma que o território pode ter várias conotações. Tem a ver com um poder, ou seja, possui um sentido de “poder político”; está imerso em relações de dominação e/ou de apropriação sociedade-espço, mas, também, o território deve ser olhado como sendo múltiplo; envolve o espaço-tempo vivido, diverso e complexo e possui relação mais concreta e funcional à apropriação mais subjetiva e/ou cultural-simbólica.

Nessa visão mais culturalista, o território pode ser apresentado como produto de uma apropriação resultante da identidade social sobre o espaço. Haesbaert (2011) afirma que a dimensão mais simbólica e identitária dos grupos sociais constrói uma relação com o seu lugar. Assim, existem três vertentes para se entender o território: a) a vertente política-jurídica – possui relações de poder, um espaço delimitado e controlado através de um determinado poder político do Estado; b) a vertente econômica – enfatiza as relações econômicas, sendo o território como relação de

capital-trabalho e c) a vertente culturalista – a dimensão simbólica e relacional do grupo com relação ao seu espaço vivido. Este estudo tem como base a vertente cultural do território, observando a relação dos envolvidos com a assistência ao pré-natal, usuárias do PHPN nas áreas de ESF (espaço vivido).

Segundo a literatura, o território gera diversas possibilidades de análises em saúde no contexto da Atenção Básica, principalmente relativas ao entendimento do processo saúde-doença em espaços comunitários. Por tal motivo é de fundamental importância que se busque a dicotomia material/ideal que envolve as matrizes do conceito de território, abordando este de forma integrada, envolvendo a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço (MONKEN et al., 2008; HAESBAERT, 2011).

Nesse contexto, deve-se enfatizar que a noção de território deve partir dos pressupostos de distinção do território e espaço (geográfico). Embora esses termos sejam usados indiscriminadamente, efetivamente não são sinônimos. De fato, o território é uma construção histórica, envolvendo processos sociais a partir das relações de poder (concreto e simbólico), sociedade, pessoas e espaço geográfico. No processo de construção do território, estão em jogo, tanto uma dimensão subjetiva (consciência, apropriação, pertencimento, identidade territorial) quanto objetiva (dominação do espaço, instrumento de ação político-econômico) (LEFEBVRE, 1987).

O território, no sentido de apropriação, envolve processos de relações simbólicas com o lugar, com as pessoas e com as coisas. O território, no enfoque político-econômico, envolve o domínio de um espaço social partilhado (HAESBAERT; LIMONAD, 2007).

Observa-se que uma compreensão ampliada do que seja território é fundamental para analisar, abordar e planejar ações assistenciais envolvendo a saúde da mulher. Convém salientar que Barcelos et al. (2002) afirmam que, quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. A situação de saúde não é um atributo dos grupos sociais nem das unidades espaciais em si; ela é o resultado da relação de grupos sociais com seu território.

Reconhecer o território e as características sociais e de saúde da população, é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção. Tal reconhecimento permite, também, o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

No território social, as pessoas se envolvem umas com as outras e se envolvem com as estruturas físicas que as atendem dentro da comunidade (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Tomando as várias estruturas sociais, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes nos bairros das cidades, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando um papel central na garantia do acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade; e são nestas unidades que acontecem os atendimentos do PHPN. Sendo edificações fixas, tais UBS, constituem-se em território-lugar, onde há o estabelecimento de relações entre pessoas, a partir da oferta de serviços de assistência primária à saúde.

A vivência e a convivência, tanto de usuários dos serviços, quanto dos profissionais que lá atendem, dependem da qualidade do serviço prestado e das relações interpessoais que lá ocorrem. Essa rede de relacionamento humano que se constrói no espaço, mesmo que não seja visível, norteia a organização e as relações de poder entre os envolvidos. Dentro dessas relações sociais, as pessoas se envolvem umas com as outras, não somente no contexto comunitário, mas, também, compartilham ambientes e estruturas de serviços como a própria Unidade de Saúde. Isso cria uma relação de continuidade da atenção gerando, ao longo do tempo, a longitudinalidade que seria a relação longa do profissional de saúde com seus pacientes/clientes (usuários dos serviços de saúde), trazendo benefícios para a APS (STARFIELD, 2002).

Em diversos sentidos, o envolvimento das pessoas com as pessoas e, dessas, com o lugar, com as estruturas edificadas, com as organizações e o envolvimento construído socialmente, constituem o território (MONKEN; BARCELOS, 2007).

Ao se utilizar o conceito de território na saúde, deve-se atentar para a definição proposta por Santos e Silveira (2001, p. 12), segundo a qual “[...] o território, em si

mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. Ou seja, não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área; é preciso reconhecer processos e territorialidades que, muitas vezes, transgridem limites impostos por atores determinados.

As relações sociais criadas com o espaço modificam a representação espacial desse, tornando-o um território visto e/ou vivido. Para Raffestin (1993), na multidimensionalidade do vivido territorial, criam-se sistemas relacionais existenciais e/ou produtivos, constituindo-se a territorialidade.

O reconhecimento das multidimensões envolvidas na vida das mulheres gestantes aglutina diferentes contextos para a saúde, e esses se tornam importantes para estudos e avaliação; tornando-se relevante a compreensão do PHPN sob o entendimento dos atores envolvidos com a saúde da mulher.

PARTE II – QUADRO DE REFERÊNCIA

2.1 ENUNCIADO DO PROBLEMA

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, tem enfrentado inúmeros desafios, dentre os quais vale destacar: oferecer acesso universal e integral a cuidados de saúde, e garantir que esses cuidados sejam resolutivos e de qualidade. As políticas governamentais para o setor de saúde vêm enfatizando a reestruturação da atenção básica, na busca por modelos que ampliem a cobertura e a capacidade de resolução de problemas detectados no nível primário de atenção (BRASIL, 2010a).

A atual Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o instrumento principal dessa reestruturação das ações assistenciais na comunidade (BRASIL, 2012a). As ESF contam com uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento desse trabalho em atenção básica à saúde e, em alguns municípios possuem núcleos de apoio formados por outros profissionais e programas de saúde. Contudo, o estudo centrou suas observações sobre os atores envolvidos diretamente na assistência pré-natal via Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) sendo estes: Gestores Públicos (Secretário Municipal de Saúde, coordenação da Estratégia de Saúde da Família e coordenação do Programa Saúde da Mulher), profissionais da ESF (Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários de Saúde - ACS) e usuárias assistidas pela equipe.

O contexto deste estudo aponta para a necessidade de voltar o foco sobre a qualidade do atendimento pré-natal desenvolvido no município de Colatina - ES. Qualidade essa que não pode ser verificada apenas através de dados normativos, devendo pautar-se, sobretudo, no vivido daquelas a quem o serviço é destinado. É esse vivido, e não as estatísticas, que devem ocupar o lugar de parâmetros de avaliação. Essa que deve levar em conta tanto a eficácia do programa, no que diz respeito aos resultados normativos alcançados, quanto à satisfação e envolvimento dos atores em todo o processo.

Tomando como referência o contexto apresentado, a questão central da pesquisa pode ser expressa nos seguintes termos: *De que forma gestores públicos,*

profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do município de Colatina-ES, compreendem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento?

2.2 OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi identificar de que forma os gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do município de Colatina – ES, compreendem as práticas e vivências no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Em termos específicos, no intuito de alcançar o objetivo central deste estudo, procurou-se, ao longo da investigação, reunir dados possibilitando:

- Analisar nos prontuários e cartões das usuárias participantes da pesquisa o cumprimento dos protocolos do PHPN.
- Coletar o discurso de gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias em relação ao PHPN.
- Analisar o PHPN no município, levando-se em consideração a convergência/divergência entre os parâmetros de avaliação, o cumprimento dos protocolos, e os discursos dos atores em relação ao Programa.

2.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) envolvem múltiplos profissionais, os quais possuem a missão de desenvolver ações voltadas para a atenção à saúde das populações. Essa situação tem exigido dos profissionais da APS um aprofundamento em estudos nessa área, de forma a desenvolver competências úteis para uma melhor atuação junto aos usuários na solução de seus problemas de saúde. A atenção à saúde da mulher, sobretudo no tocante à assistência ao pré-natal, mostra-se prioritária. O período gravídico-puerperal é uma época especial na vida da mulher, fase em que ocorrem importantes alterações orgânicas e emocionais que podem tornar a sua saúde vulnerável a agravos, necessitando de uma assistência voltada para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças.

Em decorrência, faz-se necessária uma análise da assistência pré-natal, conhecendo as vivências das usuárias do serviço e as perspectivas do trabalho na saúde da mulher, por gestores e profissionais de ESF de Colatina – ES. Ao dar voz

aos atores envolvidos na assistência, é possível uma avaliação de serviços observando convergência/divergência das ações assistenciais do PHPN.

Tomando por base a construção vivenciada, tanto por usuárias do serviço, quanto por profissionais que direcionam a assistência ao pré-natal, tal estudo tornou-se relevante, uma vez que fez emergir indicadores realistas de como estão sendo desenvolvidos os serviços do PHPN no município. A avaliação de serviços, em especial os serviços de saúde, serve para melhorar o desempenho dos prestadores de serviço, alavancar a satisfação de funcionários e usuários, melhorar o contexto do trabalho, elevar a qualidade de vida das pessoas e proporcionar melhores resultados em termos de eficiência e eficácia do sistema (CHIAVENATO, 1994).

Portanto, tanto em termos práticos quanto teóricos, a investigação permitiu a emergência de conhecimentos integrais sobre os serviços assistenciais dentro das políticas nacionais de saúde do pré-natal e nascimento. Efetivamente, este estudo aglutinará informações importantes da vivência das gestantes frente ao seu pré-natal, tendo uma visão holística de todo seu cotidiano, trazendo à tona seu vivido e a influência sofrida por esse, advinda da dinâmica dos territórios dos quais é parte integrante.

2.4 METODOLOGIA

2.4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantiqualitativo, descritivo, do tipo longitudinal, realizado sob a forma de estudo de caso. A associação das abordagens quantitativa e qualitativa em estudos no campo da saúde é recomendável. O uso dessa combinação trabalha tanto os dados normativos, com seus parâmetros numéricos que lhes dão sustentação, quanto com vários aspectos particulares no universo de significados, aspirações, motivos, valores e atitudes, norteados por relações, por processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis (MINAYO, 2004). Nesse contexto, além desta pesquisa abarcar informações objetivas e, portanto, quantificáveis, deverá ultrapassá-las, pois se insere na “busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais. [...]” (MARTINELLI, 1999, p. 46).

Quanto à temporalidade da pesquisa teve dois focos, a saber: a) o tipo transversal foi direcionado com os gestores municipais e os profissionais de ESF e b) o tipo longitudinal desenvolvido com as usuárias do serviço. A pesquisa longitudinal foi direcionada de forma diferenciada uma vez que ocorreram mais de uma coleta de dados com o mesmo grupo de sujeitos (APPOLINÁRIO, 2011). Portanto, o processo de coleta de dados junto às usuárias do PHPN, principais atores no processo, ocorreu em dois momentos: a) o primeiro teve o foco em suas experiências no pré-natal, abarcando desde a primeira consulta e inscrição no programa ao acompanhamento realizado até a 30ª semana de gestação; b) o segundo momento foi realizado entre o 15º e 42º dia de puerpério, enfocando suas experiências no programa relativas à consulta puerperal. Os demais atores da pesquisa – agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e gestores municipais de saúde, participaram somente de uma única entrevista.

A forma de estudo de caso foi indicada para essa investigação. Este consiste, geralmente, no aprofundamento de um tema, uma vez que, em pesquisa qualitativa não se faz necessário abordar um grande número de sujeitos, mas apenas um número suficiente que, em função de sua experiência com o objeto em estudo possam fornecer dados que permitam uma compreensão geral da realidade. O estudo de caso é apontado por Gil (2008) como:

[...] o mais completo de todos os delineamentos, pois vale-se tanto de dados de gente quanto de dados de papel. Com efeito, nos estudos de caso, os dados podem ser obtidos mediante análise de documentos, entrevistas, depoimentos pessoais, observação espontânea, observação participante e análise de artefatos físicos (GIL, 2008, p. 141).

Enquanto pesquisa descritiva, o estudo explicita as opiniões, atitudes e crenças dos atores envolvidos no PHPN, permitindo uma melhor compreensão do contexto comportamental da saúde e da influência que o programa exerce sobre a vida dos envolvidos. A partir destes elementos, pôde-se criar uma possibilidade de generalizações para uma determinada população, bem como de proposição de alternativas para o melhor alcance da política a que serve o programa (GIL, 2008).

2.4.2 Universo do Estudo

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Colatina-ES, localizado na região noroeste do Estado do Espírito Santo (figura 6). A população é de 111.788 habitantes, sendo que a maioria (88%) vive em perímetro urbano. Nesse município,

a população feminina (51,4%), que gira em torno de 57.491 habitantes, supera, em número, a população masculina (48,6%) (BRASIL, 2010b).

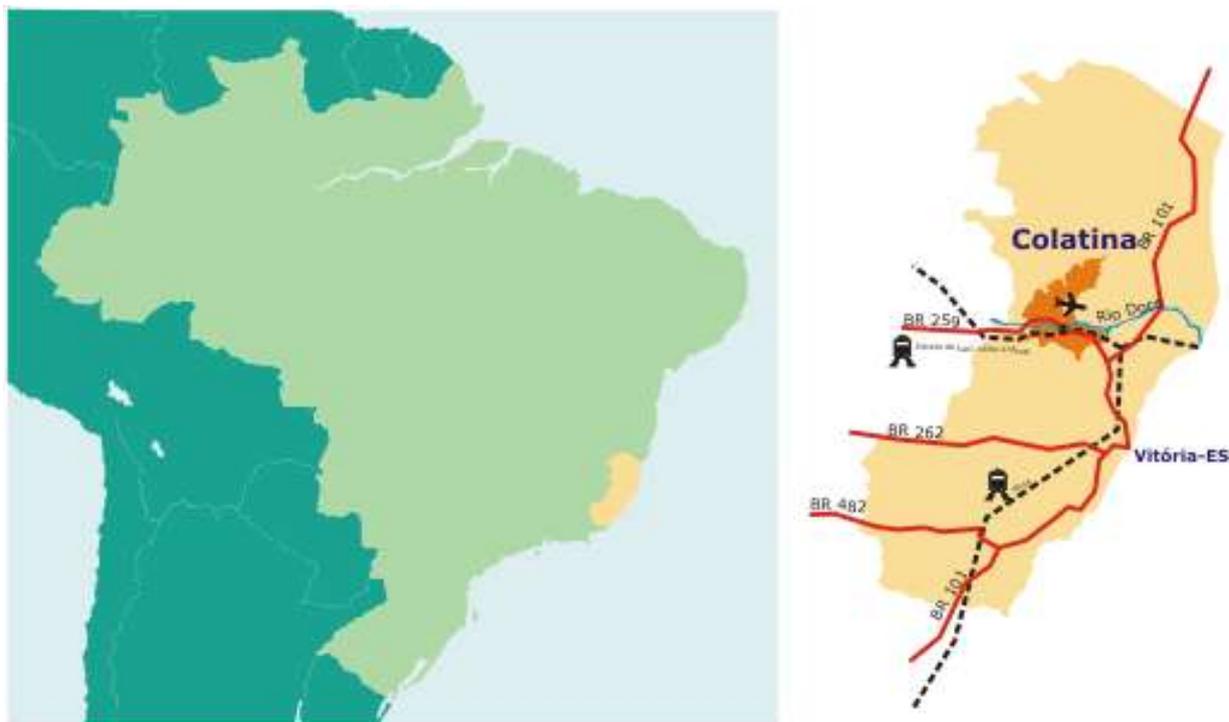


Figura 6 - Localização geográfica do município de Colatina
Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Colatina, 2012.1

O Município de Colatina possui 18 equipes de ESF, sendo 12 atuantes na zona urbana e 06, na zona rural. A pesquisa foi desenvolvida com quatro equipes das ESF da zona urbana desse município.

O seguimento urbano do município é subdividido em 10 regiões que atendem às áreas geográficas estratégicas, envolvendo 61 bairros (Figura 7).

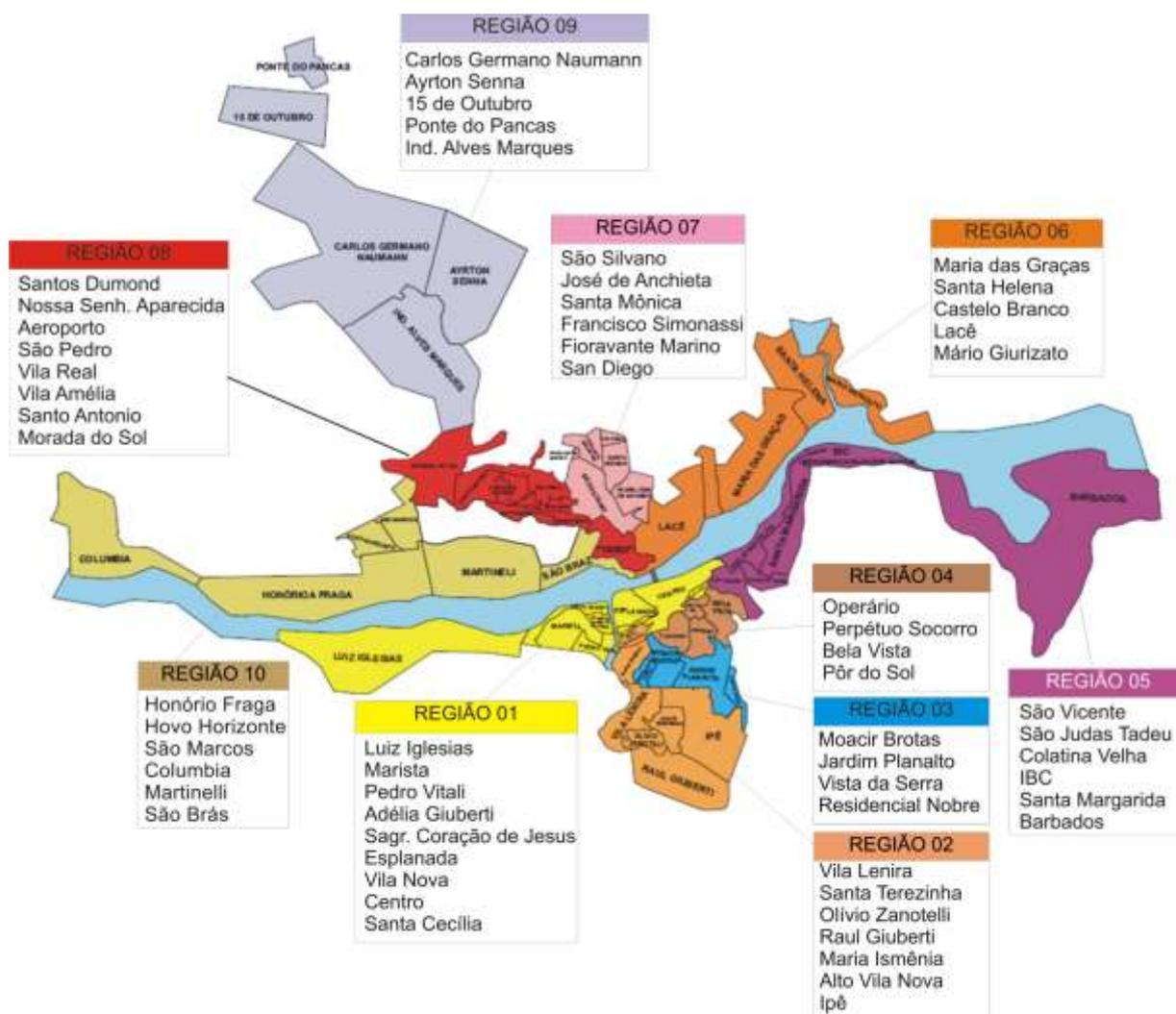


Figura 7 - Mapa da Zona Urbana de Colatina
Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Colatina, 20122

Conforme a Tabela 1, o universo deste estudo foi constituído por 107 atores envolvidos com o PHPN no município de Colatina, considerando os que ocupam cargos de gestão e atendimento, além das 138 usuárias dos serviços prestados na estratégia de saúde da família, cadastradas no SISPRENATAL, no primeiro trimestre do ano de 2012 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLATINA, 2012).

A escolha desses três níveis justifica-se por caracterizar uma visão geral da assistência prestada no atendimento pré-natal em Colatina. Os gestores têm como atributo participar da formulação de políticas públicas de saúde e gestão em âmbito local (BRASIL, 2009a). Os profissionais são os responsáveis pelo funcionamento e do programa. A medida de resolutividade é determinada pela adesão das gestantes ao programa, pelo atendimento aos indicadores de qualidade e pelo modo como a

população avalia o atendimento oferecido. Tal medida permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (BRASIL, 2007).

Tabela 1 – Relação das equipes das ESF da zona urbana do município de Colatina

ESF	MÉDICO	ENFERMEIRO	ACS
Ayrton Senna	2	1	7
Bela Vista/Pôr do Sol	2	1	6
Carlos Germano Naumann	1	1	5
César Melotti	1	1	4
Colatina Velha	1	1	13
Columbia	1	1	8
Honório Fraga	1	1	10
Novo Horizonte	1	1	4
São Judas Tadeu/São Vicente	1	1	8
São Pedro I	1	1	5
São Pedro II	2	1	3
Vila Lenira	1	1	7
Total	15	12	80

Fonte: BRASIL, 2012c. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (28/02/2012).

2.4.3 Amostra

A amostra do estudo foi constituída pelos seguintes atores da Zona Urbana do município de Colatina, envolvidos no PNPB:

- 03 Gestores Públicos – O Secretário Municipal de Saúde, a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família e a Coordenação do Programa de Saúde da Mulher, no qual se insere o PHPN;
- 12 Profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família – sendo 04 Enfermeiros, 04 médicos e 04 Agentes Comunitários de Saúde (01 de cada ESF nas quais estão cadastradas as gestantes participantes da pesquisa);
- 16 Usuárias – ou seja, 04 Usuárias atendidas por cada Unidade de Saúde participante do estudo (essas participaram de uma entrevista durante a fase de gestação e, de outra, durante o puerpério). Considerando a possibilidade de perda de informantes entre o primeiro e o segundo momento da coleta de dados (gestação e puerpério), foi realizado um acréscimo de 25% no tamanho da amostra. Apenas as mulheres que participarem dos dois momentos da coleta de dados foram consideradas no presente estudo.

Como a pesquisa assumiu a forma de Estudo de Caso, foi utilizada a recomendação de GIL (2008), que sugere a adoção de 4 a 10 casos, uma vez que tal tipo de estudo não tem como meta proporcionar conhecimento preciso das características de uma população, mas, sim, uma visão global do problema ou a identificação de possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados. Nessa perspectiva, foram convidadas a participar quatro Estratégias de Saúde da Família, bem como quatro usuárias do PHPN de cada Estratégia, ambas identificadas a partir da realização de um sorteio aleatório².

Foram consideradas para o sorteio aleatório, apenas as gestantes que se encontravam a partir da trigésima semana de gravidez e que estavam cadastradas no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Esse fato se justifica pelo fato de que, neste período gestacional, a mulher acompanhada pela equipe multidisciplinar da ESF, já deve ter realizado todos os exames preestabelecidos pelo PHPN.

2.4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram consideradas, na amostra, as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, que não apresentavam dificuldades cognitivas ou de comunicação e que não necessitavam obrigatoriamente de acompanhamento nas idas à Estratégia, por não serem portadoras de problemas físicos ou mentais. Além disso, em relação a todos os participantes, foram incluídos aqueles que, tendo conhecimento da pesquisa e de seus objetivos, aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas da pesquisa as gestantes menores de 18 anos, que apresentavam dificuldades cognitivas e de comunicação e que, por problemas físicos ou mentais, necessitavam de acompanhante para participar do PHPN. Da mesma forma, foram desconsiderados no estudo, todos aqueles que, mesmo interessados em participar, não quiseram assinar o TCLE.

²O sorteio aleatório é o processo no qual cada elemento de uma população tem a mesma probabilidade de ser selecionado durante o processo de extração, para tomar parte de uma amostra (MARTINS, 2000, p. 39).

Nas Unidades de Saúde que possuíam mais de um profissional, o estudo focou na entrevista o profissional que estava diretamente ligado à assistência ao pré-natal, sendo o outro, excluído.

2.4.5 Coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores - Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores - detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada autorização para realização da pesquisa nas unidades de saúde e agendadas as entrevistas.

As datas, locais e horários das entrevistas foram definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados. Objetivando um adequado clima para realização das entrevistas, procurou-se um local que permitia, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros. Para tanto, as entrevistas foram realizadas em locais escolhidos conforme o espaço de atuação dos participantes. Com o Secretário Municipal da Saúde e Coordenadores, a entrevista ocorreu em seu ambiente de trabalho, ou seja, em seu escritório. Com a equipe de saúde, as entrevistas ocorreram nas dependências das unidades básicas de saúde (UBS), a saber: consultório médico, consultório de enfermagem e sala dos ACS. Atendendo à preferência das gestantes, as entrevistas com elas foram realizadas nos domicílios ou nas dependências da UBS (auditório, consultório médico ou de enfermagem).

2.4.5.1 Fonte de Informações

Para a realização da pesquisa, foram consideradas quatro fontes de informações: 1) Bibliografias referentes ao problema em estudo; 2) Relatórios gerenciais do *software* Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL); 3) Prontuário e cartão das gestantes; 4) Entrevistas realizadas junto aos gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do PHPN.

2.4.5.2 Instrumento de Coleta de Dados

As entrevistas foram guiadas por roteiros estruturados, contendo questões fechadas e abertas, que possibilitaram a obtenção de informações a respeito do que a pessoa sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, dentre outros.

Foram utilizados cinco Roteiros Estruturados de Entrevista (ANEXOS A, B, C, D, E), em conformidade com os atores entrevistados envolvidos no PHPN, a saber: GP (Gestores Públicos), ENF (Enfermeiro), MED (Médico), ACS (Agente Comunitário de Saúde), UG (Usuária Gestante) e UP (Usuária Puérpera). Segue, abaixo, uma síntese dos temas que foram contemplados nos cinco roteiros:

1. O Roteiro de Entrevista dos GP foi constituído de 24 perguntas agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação do entrevistado; b) Assistência pré-natal; c) Sobre o PHPN (ANEXO A);
2. O Roteiro de Entrevista dos profissionais (ENF e MED) foi constituído de 45 perguntas agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação do entrevistado; b) Assistência pré-natal; c) Sobre o PHPN (ANEXO B);
3. O Roteiro de Entrevista dos ACS foi constituído de 33 perguntas agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação do entrevistado; b) Assistência pré-natal; c) Sobre o PHPN (ANEXO C);
4. O Roteiro de Entrevista das UG foi constituído de 77 perguntas agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação da entrevistada; b) classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); c) Condições de moradia; d) Assistência pré-natal; e) Indicadores de qualidade do PHPN (ANEXO D);
5. O Roteiro de Entrevista das UP foi constituído de 23 perguntas direcionadas à assistência puerperal (ANEXO E).

O registro das informações coletadas nas entrevistas foi realizado com o auxílio de um gravador de voz digital, com o consentimento dos entrevistados. Tal procedimento visou obter o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando fidelidade quanto à fala dos entrevistados e viabilizando o retorno ao material sempre que se fez necessário.

Em todas as entrevistas, foi mantido o caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado, com o intuito de se alcançar um maior grau de veracidade nas respostas.

Em complementação às informações supracitadas, foram pesquisados dados socioeconômicos das usuárias respondentes do estudo. A relação socioeconômica determina as características da classificação de classe. Na amostra de mulheres estudadas, foram identificadas as variáveis: renda familiar e grau de escolaridade para definir essa relação. O critério de classificação econômica do Brasil tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de simplesmente categorizar a população em termos de “classes sociais”. Utiliza pontuações em posses de itens e grau de instrução, gerando uma subdivisão em classes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

2.4.5.3 Etapas de realização da pesquisa

As seguintes etapas foram consideradas para a realização da pesquisa:

a) Primeira etapa: Pesquisa bibliográfica.

Nesta etapa, foram levantados manuais do Ministério da Saúde, artigos e livros relativos à assistência pré-natal, PHPN e território. Para a identificação dos artigos, foram consideradas a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e, pelo menos, duas bases de dados a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe, em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and retrieval Sistem on-line* (MEDLINE). De acordo com Gil (2008), a SciELO é uma biblioteca virtual que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, apresentando textos completos em diversas áreas. A escolha da base bibliográfica Medline deve-se à sua abrangência internacional na área da saúde, e a base de dados Lilacs, por divulgar a literatura latino-americana nessa mesma área, incluindo, portanto, a nacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007);

b) Segunda etapa: Leitura e fichamento.

A bibliografia levantada passou, inicialmente, por uma leitura exploratória. Foram alvo de um estudo aprofundado aquelas que, efetivamente, discutiam temas diretamente relacionado ao objeto deste estudo;

- c) Terceira etapa:** Levantamento dos indicadores de desempenho do PHPN, do município de Colatina, indicados no SISPRENATAL;
- d) Quarta etapa:** Revisão dos instrumentos e das fontes de informação (Roteiro de entrevista). Com base no estudo bibliográfico, os roteiros estruturados de entrevistas foram reavaliados, objetivando alterações que se fizessem necessárias;
- e) Quinta etapa:** Coleta de dados.

Foi realizada em cinco momentos:

1. Entrevista com o Secretário Municipal da Saúde:

- Agendamento da entrevista;
- Na entrevista, foram realizadas, sequencialmente, as seguintes etapas: agradecimento por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; convite à participação na qualidade de gestor; esclarecimento do procedimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de autorização para análise de dados documentais e dar continuidade à pesquisa junto aos profissionais e usuárias do PHPN;

2. Entrevista com as Coordenações:

- Agendamento da entrevista com as coordenações;
- Na entrevista, foram realizadas, sequencialmente, as seguintes etapas: agradecimento por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação na qualidade de gestor; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de apoio para dar continuidade à pesquisa junto aos profissionais e usuárias do PHPN;

- Sorteio aleatório das equipes de Estratégias de Saúde da Família que participaram da pesquisa.
3. Entrevista com Profissionais de Saúde (Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários):
- Agendamento das entrevistas a serem realizadas com Profissionais de Saúde;
 - Na entrevista, foram realizadas, sequencialmente, as seguintes etapas: agradecimento por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de apoio para dar continuidade à pesquisa junto às usuárias do PHPN;
4. Entrevista com usuárias do PHPN (Gestantes e Puérperas):
- Levantamento das gestantes inscritas no PHPN, identificadas por Estratégia da Família;
 - Sorteio aleatório das quatro gestantes que participaram da entrevista, por Estratégia da Família;
 - Visita domiciliar às usuárias selecionadas para informar sobre a pesquisa, verificar o interesse em participar e agendar o local, dia e horário da entrevista. (Para cada recusa, fez-se novo sorteio para substituição das possíveis participantes de cada Estratégia da Família);
 - Na entrevista, foram realizadas, sequencialmente, as seguintes etapas: agradecimento por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações;

checagem do cartão da gestante; verificação do interesse em participar da segunda entrevista; solicitação de autorização para ter acesso ao prontuário; agradecimentos. A segunda entrevista seguiu as mesmas etapas.

f) Sexta etapa: Checagem dos indicadores de qualidade do PHPN nos prontuários e cartões das gestantes. Essas que foram sorteadas de quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Vale ressaltar que as equipes foram sorteadas e nominadas como equipes A, B, C e D;

g) Sétima etapa: Processamento e Análise dos dados.

As informações obtidas a partir das gravações realizadas nas entrevistas com os profissionais de saúde foram transcritas, imediatamente, pela pesquisadora, sendo elaborado relatório referente a cada gestante participante da pesquisa. Na apuração dos dados contidos nos relatórios, foi realizado um agrupamento de informações, segundo a técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011).

A análise dos dados quantitativos foi realizada mediante a utilização Sphinx Léxica versão 5.1.0.4. Um *software* direcionado para pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados quanti e qualitativos, o qual oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados (SPHINX BRASIL, 2013).

Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Essa técnica consiste na categorização e análise do material coletado através de entrevistas gravadas com gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do PHPN.

Esta técnica de análise é num processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;

2. Pré-análise, na qual se fez uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Essas são pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

Visando preservar a identidade dos entrevistados, tanto as gestantes quanto os outros respondentes foram numerados, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação das equipes. As falas foram identificadas com as letras GP (Gestores Públicos), ENF (Enfermeiros), MED (Médicos), ACS (Agentes Comunitários de Saúde), UG (Usuária Gestante) e UP (Usuária Puérpera), seguidas por ordem numérica.

h) Oitava etapa: Apresentação dos resultados.

Os resultados obtidos na investigação foram utilizados para a preparação da dissertação e elaboração de trabalhos apresentados em eventos científicos, e submetidos à apreciação de Comitês Editoriais de Periódicos.

Vale ressaltar que o estudo não realizou um pré-teste, uma vez que em trabalho do tipo estudo de caso, a utilização de múltiplas fontes de evidências constitui o

principal recurso de que se vale o estudo para conferir significância a seus resultados (GIL, 2008).

2.4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), antes da sua execução, tendo obtido parecer favorável (ANEXO F). Para se ter acesso aos atores envolvidos no PHPN, com vistas à coleta de dados, foi também solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Colatina (ANEXO H). Foram considerados respondentes os atores indicados que, conhecendo os objetivos da pesquisa, concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO G) submeteram-se à entrevista e responderam, em conformidade com seu conhecimento, as questões que lhes foram dirigidas conforme os Roteiros Estruturados de Entrevista.

O acesso e o uso das informações documentais foram autorizados pelo Secretário Municipal de Saúde de Colatina, conforme a descrição detalhada apresentada no termo de autorização da instituição (ANEXO I).

Foi resguardado o direito de se recusarem a responder alguma questão que causasse desconforto, algum tipo de constrangimento ou, ainda, que simplesmente não sabiam como responder.

2.4.7 Linha de pesquisa

A Dissertação inscreve-se na linha de pesquisa Território, Sociedade e Saúde do Mestrado em Gestão Integrada do Território.

PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte, serão apresentados os resultados obtidos a partir das coletas de dados em campo, abordando separadamente as informações quantitativas e qualitativas, referentes ao PHPN, no município de Colatina – ES.

3.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

A seguir, apresenta-se a caracterização da amostra estudada e informações dos registros quanto à assistência, descritas tanto nos prontuários quanto nos cartões das gestantes.

3.1.1 Caracterização da amostra

A amostra constituiu-se de 31 respondentes, sendo 15 (48,4%) profissionais responsáveis pelo atendimento às gestantes (gestores e profissionais da ESF) e 16 (51,6%) usuárias do serviço de saúde.

Os profissionais possuem, em média, 31 anos ($\pm 6,67\%$), sendo, a maioria, do sexo feminino (66,7%), casada (60,0%), com nível de escolaridade superior (66,7%). A maioria dos profissionais das equipes de ESF (80%) participou de treinamentos específicos em Atenção primária à Saúde e Saúde da Mulher (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos gestores, enfermeiros, médicos e dos ACS em diversas variáveis individuais. Segundo sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e treinamento específico em APS e Saúde da Mulher. 2012 (n=15).

Variáveis individuais		Profissionais das ESF									
		Gestores (n=3)		Enfermeiros (n=4)		Médicos (n=4)		ACS (n=4)		Total (n=15)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sexo	Feminino	1	33,3	4	100	1	25	4	100	10	66,7
	Masculino	2	66,7	0	0	3	75	0	0	5	33,3
Idade	Menos de 26 anos	0	0	3	75	1	25	0	0	4	26,7
	De 26 a 34 anos	2	66,6	1	25	3	75	2	50	8	53,3
Estado Civil	Solteiros(as)	1	33,3	2	50	1	25	2	50	6	40
	Casados(as)	2	66,6	2	50	3	75	2	50	9	60
Nível de Escolaridade	Ensino Médio	1	33,3	0	0	0	0	4	100	5	33,3
	Ensino Superior	2	66,6	4	100	4	100	0	0	10	66,7
Treinamento específico em APS e Saúde da Mulher.	Possui	2	66,6	3	75	3	75	4	100	12	80
	Não possui	1	33,3	1	25	1	25	0	0	3	20

Fonte: Pesquisa de Campo
Ano: 2013

As usuárias (gestantes) participantes da pesquisa possuem, em média, 24,5 anos ($\pm 4,89$), sendo, a maioria, casada (56,3%), com ensino fundamental incompleto (68,8%), tendo como principal atividade o exercício de tarefas do lar (62,5%) ou de atividade remunerada fora desse (31,3%). Quanto à renda familiar a maioria recebe em torno de um Salário Mínimo (SM) (68,8%), seguida por aquelas cuja renda se situa em torno de três SM (18,3%) (tabela 3). Durante o estudo o valor do salário mínimo era de seiscentos e vinte dois reais (R\$ 622,00).

As que possuem até 03 filhos (75,0%) contam com uma renda média de 1,6 SM e encontram-se distribuídas nas classes D, C2, C1 e B2, conforme a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Já as que possuem quatro filhos ou mais (25%) contam, em média, com apenas 1 SM e situam-se nas classes C2 ou D (tabela 3).

Tabela 3 – Identificação das participantes a partir da idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, renda familiar e classificação ABEP, tipo de domicílio, residência, coleta de lixo e sistema de coleta de esgoto.

Variáveis individuais		Usuárias do Serviço (Gestantes) (n=16)	
		n	(%)
Idade	Abaixo de 20 anos	5	31,3
	De 20 a 30 anos	10	62,6
	Acima 30 anos	1	6,3
Estado Civil	Solteiras	6	37,4
	Casadas	9	56,3
	Divorciadas	1	6,3
Nível de Escolaridade	Ensino Fundam.	11	68,8
	Ensino Médio	4	25
	Ensino Superior	1	6,2
Profissão	Do Lar	10	62,5
	Assalariada	5	31,3
	Estudante	1	6,2
Renda Familiar	Não sabe a renda	1	6,2
	1 salário mínimo	11	68,8
	2 salários mínimo	1	6,2
	3 salários mínimo	3	18,8
Classificação ABEP	B2 (23-28 pontos)	2	12,5
	C1 (18-22 pontos)	3	18,8
	C2 (14-17 pontos)	8	50
	D (8-13 pontos)	3	18,8
Tipo de Domicílio	Casa	15	93,8
	Apartamento	1	6,2
Residência	Alugada	5	31,2
	Própria	11	68,8
Coleta de Lixo	Dias alternados	14	87,5
	Uma vez por semana	2	12,5
Sistema Sanitário de Esgoto	Sistema Público	14	87,5
	Céu Aberto ou Fossa	2	12,5

Fonte: Pesquisa de Campo
Ano: 2013

Na tabela 4, é apresentado o perfil gestacional das usuárias participantes no estudo. Quanto ao número de gestações, a maioria das respondentes (62,5%) é primigesta. Na variável número de filhos vivos, 75% das gestantes responderam este item relacionado ao primeiro e segundo filho, não tendo nenhum relato de abortamento.

Tabela 4 - Variáveis individuais das usuárias do serviço referente à gestação. 2012 (n=16)

Variáveis individuais		Usuárias do Serviço (Gestantes)	
		(n=16)	
		n	(%)
Nº de Gestações	Menos de 2	10	62,5
	De 2 a 3	2	12,5
	De 4 a 5	3	18,8
	De 6 a 7	1	6,2
Nº de Filhos Vivos	1 a 2 filhos	12	75
	3 a 4 filhos	1	6,2
	5 a 6 filhos	3	18,8

Fonte: Pesquisa de Campo
Ano: 2013

O gráfico abaixo exibe os 16 pontos de coordenadas nascidos vivos/gestações. Aplicando-se a fórmula para determinar o coeficiente de correlação de Pearson, constatou-se que a dependência entre essas duas variáveis é muito significativa (+0,99), ou seja, o número de nascidos Vivos explica 98% da variância de Gestações, bem como determina um coeficiente de regressão: 0,03.

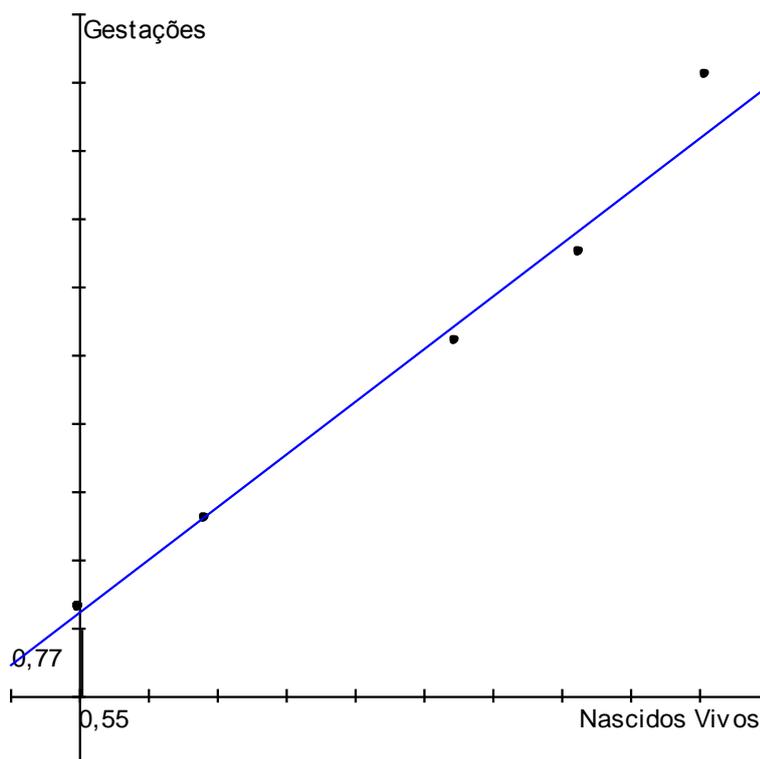


Gráfico 1: 16 pontos de coordenadas Nascidos Vivos/Gestações
Fonte: Pesquisa de Campo
Ano: 2012

Para suporte na determinação das classes econômicas das gestantes participantes da pesquisa, foram utilizados, como base, os critérios de classificação econômica do Brasil, da ABEP. Esse critério de classificação se fundamenta num sistema de pontos, baseado na escolaridade e na posse de itens (TV, rádio, videocassete ou DVD, geladeira, freezer, máquina de lavar roupas, banheiro, automóvel, empregada doméstica, mensalista). Nos últimos anos, houve uma migração da classe D, de menor poder aquisitivo, para a classe C, que ficou mais heterogênea; variando, assim, da classe A1, que possui as melhores condições socioeconômicas, à classe E, condição socioeconômica mais desfavorável (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010). Foram coletadas, também, informações sobre saneamento básico, avaliando as condições ambientais das moradias das famílias.

Verificando essa classificação no estudo, foi observado que a mulheres que possuem até 03 filhos (75,0%), contam com uma renda média de 1,6 Salários Mínimos (SM), e encontram-se distribuídas nas classes D, C2, C1 e B2. Já, as que possuem quatro filhos ou mais (25%) contam, em média, com apenas 01 SM e situam-se nas classes C2 ou D.

Encontram-se na classe C2 50% da amostra. Dessa forma, o nível de renda influencia, diretamente, no poder aquisitivo, no estilo de vida e, de modo consequente, nos hábitos de compra. Na classe C2, existe uma maior concentração das compras no varejo tradicional, mais presente em regiões de periferia, facilitando, assim, a vida do consumidor dessa classe, pela proximidade, eliminando o custo com transporte (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

Quanto às condições de moradia e sanitárias, constatou-se que 93,8% das participantes habitam em casas e 6,2% residem em apartamento, sendo em sua maioria residência própria (68,8%). Essas residências se beneficiam, em sua totalidade (100%), de rede de energia elétrica, ruas calçadas, iluminação pública e abastecimento de água. Para a maioria (87,5%), a coleta de lixo ocorre em dias alternados, enquanto que, para uma menor parcela (12,5%), apenas uma vez por semana.

As usuárias respondentes do estudo residem em bairros onde as carências sociais são significativas, quando comparadas com todo o município de Colatina. Em termos de esgoto sanitário, a maioria (87,5%) se beneficia de Sistema Público de Esgoto, registrando-se, também, a ocorrência de residências cujos resíduos residenciais são lançados a céu aberto ou fossa (12,5%).

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (BRASIL, 2013), em março de 2013, foram cadastradas 24.585 famílias na zona urbana do município de Colatina - ES e, desses domicílios, 3,49% dos resíduos são lançados a céu aberto.

3.1.2 Qualidade dos registros de informações sobre a assistência

Registros nos prontuários das usuárias do PHPN

A verificação da qualidade dos registros constantes nos prontuários analisados baseou-se nas atividades pré-estabelecidas pelo PHPN. Os resultados apresentados indicam conformidade nas quatro ESF sorteadas para este estudo.

Nos prontuários de três usuárias pertencentes à equipe de *ESF A*, constatou-se o registro de oito consultas de pré-natal, enquanto que, no de uma delas, havia apenas 04 consultas, por ter essa ter dado entrada no programa na vigésima quarta semana de gestação. Em 02 prontuários, não foram encontrados registros de realização de consultas puerperais, tendo sido esse fato constatado em apenas 01 deles. Em outro, foram encontradas referências apenas ao método contraceptivo que deveria ser utilizado pela usuária. Em todos os prontuários, não foram registrados dados referentes ao Índice de Massa Corpórea (IMC) das gestantes. Observou-se registro nos prontuários referentes aos exames laboratoriais, exames clínicos e referência para atendimento odontológico.

Nos prontuários das quatro usuárias da equipe de *ESF B*, foram encontrados registros de nove consultas de pré-natal bem, como das consultas puerperais. Em todos os prontuários, não foram registrados dados referentes ao Índice de Massa Corpórea (IMC) das gestantes. Observou-se que todas as anotações eram objetivas e bem direcionadas quanto aos exames laboratoriais, exames clínicos, referência para atendimento odontológico e unidade de referência. As anotações nos prontuários foram realizadas por acadêmicos de Enfermagem e Medicina que faziam

estágio na assistência pré-natal, devido a uma parceria firmada entre a Prefeitura de Colatina e o Centro Universitário da cidade.

Nos prontuários das quatro usuárias pertencentes à equipe de *ESF C*, constatou-se o registro de sete consultas de pré-natal e nenhum referente a consultas puerperais. Estavam registrados os exames solicitados e seus devidos resultados, solicitações de medicamentos e as ações complementares desenvolvidas, como orientação de vacinação antitetânica e referências para atendimento odontológico. Além desses, foi identificado detalhamentos de registros de IMC e, com maior esmero, os referentes a uma gestante com riscos devido a sobrepeso.

Nos prontuários de três usuárias pertencentes à equipe de *ESF D*, constatou-se o registro de seis consultas de pré-natal enquanto que, no de uma delas, oito. Não foram identificadas assistências puerperais nos quatro prontuários analisados. Em todos os prontuários, não foram registrados dados referentes ao Índice de Massa Corpórea (IMC) das gestantes. Observou-se registro nos prontuários referentes aos exames laboratoriais, exames clínicos, referência para atendimento odontológico e unidade de referência. Em um dos prontuários, há registros de infecção do trato urinário e de encaminhamento da paciente para os serviços de referência; primeiramente, à Casa da Mulher e, posteriormente, para o Hospital e Maternidade São José.

Em duas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram encontradas dificuldades de localização dos prontuários das gestantes participantes do estudo.

Registro nos cartões das usuárias do PHPN

A primeira dificuldade encontrada para análise da qualidade dos registros nos cartões das usuárias do PHPN refere-se ao fato de que não fora adotado um único modelo para todas as usuárias. Efetivamente, a metade das usuárias (50%) possuía o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde e, a outra (50%), contava com cartões confeccionados pelo município de Colatina – ES.

Foi observado que, nos dois modelos de cartões, os profissionais registraram os principais procedimentos diagnósticos e terapêuticos, inclusive a repetição dos exames de VDRL, EAS e glicemia de jejum, conforme preconizado no PHPN.

Apesar disto, todos deixaram de registrar, com qualidade, vários dados, tais como: número de cadastro no SISPRENATAL e hospital/maternidade de referência; registro da semana de gestação em que o profissional prescreveu suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico e gráficos de acompanhamento nutricional e de curva, altura uterina/idade gestacional.

Da amostra, em apenas um dos cartões foram encontrados descrição e registro de dados sobre a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Porém, as informações estavam incompletas, uma vez que embora houvesse o registro da prescrição, não constavam dados específicos sobre a idade gestacional.

O estudo identificou que é registrada, nos cartões, a quantidade de consultas preconizadas pelo PHPN, porém não há uma padronização na dinâmica das consultas, tanto de enfermagem quanto médica, dificultando análise do registro dos números de consultas de acompanhamento de pré-natal, realizadas por esses profissionais. Vale ressaltar que não há registros de contra-referência hospitalar com dados para consulta puerperal.

3.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Serão apresentados os resultados do PHPN na perspectiva dos gestores, profissionais (enfermeiros, médicos e ACS) e usuárias.

3.2.1 O PHPN na perspectiva dos Gestores

As contribuições fornecidas pelos gestores durante a entrevista foram agrupadas em duas categorias. A primeira é referente ao entendimento dos mesmos sobre o que é o PHPN e a Humanização da Assistência à Saúde da Mulher e, a segunda, ao entendimento do que seja o Desenvolvimento do PHPN em Colatina – ES. Os dados referentes a essa segunda foram, por sua vez, redistribuídos em duas subcategorias.

Categoria 1: Entendimento dos Gestores em relação ao PHPN e a Humanização da Assistência à Saúde da Mulher.

No entendimento dos gestores, o PHPN constitui-se em uma forma de atendimento humanizado que procura universalizar o acesso das gestantes a uma atenção em saúde de qualidade. Nos discursos dos mesmos, não foram evidenciados indicativos de que tenham uma visão clara do que seja o Programa, bem como de seus objetivos. Apesar da responsabilidade para com o sucesso do programa, apresentam percepções consensuais e filosóficas em relação ao mesmo:

É tratar o humano como humanos mesmo. É acolher, receber, dar ouvidos, resolatividade [...] na Atenção Primária com o PSF e Saúde da Família, já começaram a instituir isso, implementar a humanização do pré-natal, tudo direitinho (GP 1).

As pessoas tem que ter acesso a todos os procedimentos de um pré-natal de qualidade. E junto com isso, ao acesso, há uma condução dessa gestante, de modo que ela se sinta acolhida nesse momento de vida dela (GP 2).

Olha, quando foi implantado dentro do nosso município de Colatina, que foi em 2009, que foi implantado o Sistema do SISPRENATAL, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, ele vem se adaptando e criando versões a cada ano ou a cada seis meses. Como esse ano de 2011, que passou, né? ele vem assim restrito e mais cobrado pelo Ministério da Saúde e também aos municípios, pelo motivo da implantação no sistema. Então, esse sistema, ele nos mostra a quantidade de gestante que nós temos no município, quantas consultas, o que será feito, o que não está sendo feito pra aquela gestante. Então esse sistema é muito importante ao nosso município, priorizando esse ano de 2012 pela Rede Cegonha (GP 3).

Ao se verificar o conhecimento referente à implantação e cobertura do PHPN no município, observou-se que, embora os gestores atribuam grande importância à Assistência Pré-Natal, não denotam entender a amplitude do Programa em si. Eles recorrentemente o associam à Rede Cegonha.

Vale salientar que a estratégia Rede Cegonha foi instituída pela Portaria nº 1.459 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c), embora tenha sido em 2012 que sua divulgação se fez de forma mais intensa. Esse fato afetou, sensivelmente, a compreensão dos gestores. Por ocasião da coleta de dados dessa pesquisa, a grande divulgação da rede pela mídia, fez com que os gestores, com mais facilidade, vinculassem a assistência humanizada à rede cegonha e, não, ao PHPN.

[...] na Atenção Primária com o PSF e Saúde da Família, já começaram a instituir isso, implementar a humanização do pré-natal, tudo direitinho. Só que a gente não tinha isso a nível hospitalar, ou seja, tinha toda uma assistência a nível primário, na gestação e no pré-natal e quando chegava pra ganhar o neném no hospital, tudo o que você trabalhou era perdido, porque você não tinha essa estrutura. Então a Rede Cegonha, eu vejo que veio pra que, pra trazer isso pra dentro dos hospitais. O município de Colatina desenhou a rede de atenção à saúde da mulher e da criança visando, justamente isso, a humanização do pré-natal até o parto e

puerpério [...] A partir daí, criou-se essa humanização e veio a Rede Cegonha (GP 1).

A cobertura é a cobertura da Atenção Primária. Todas as equipes de saúde da família e as de PACS estão treinadas pra poder realizar o pré-natal e os hospitais estão se adequando também pra humanização. Na mesma medida da Rede Cegonha, nós estamos em fase de adesão a Rede Cegonha (GP 2).

Olha, a cobertura eu acho, eu acho não, eu tenho quase certeza que uns 80% do município é coberto pra que a gente possa ter um pré-natal muito bem humanizado (GP 3).

Categoria 2: Desenvolvimento do PHPN em Colatina – ES.

Essa categoria procura identificar a percepção e o conhecimento dos gestores em relação ao desenvolvimento do PHPN no município de Colatina, sua organização e ações a serem implementadas. Os conteúdos constantes nos discursos permitiram o reagrupamento das informações em duas subcategorias: 1) Organização/Estrutura do Programa e 2) Ações estratégicas da Assistência ao Programa.

Subcategoria 1: Organização/Estrutura do Programa

Na esfera local, a organização e estrutura de programas de saúde são direcionadas pelo município e fica a cargo do gestor municipal de saúde implantar, estruturar, capacitar e conduzir todo o processo de direcionamento e funcionamento do PHPN.

Observou-se que Colatina possui uma estrutura organizacional em saúde da mulher e o processo de implantação do PHPN está se ajustando desde sua implantação em 2009, e vem sendo organizado, passo a passo, através da capacitação dos profissionais da ABS, da organização dos serviços, da implantação de sistema de informação e da construção de estruturas físicas de apoio.

O discurso dos gestores indica haver uma coerência de ações e busca de organização do serviço da saúde da mulher no município, para alcançar melhorias na qualidade da assistência o pré-natal. Um ponto a ser destacado é o processo de capacitação dos profissionais de saúde, uma vez que essa ação torna-se uma importante estratégia para a efetivação das ações assistenciais de qualidade.

[...] Todas as equipes de saúde da família e as de PACS estão treinadas pra poder realizar o pré-natal e os hospitais estão se adequando também pra humanização. Na mesma medida da Rede Cegonha, nós tamos em fase de adesão a Rede Cegonha. [...] iniciamos o processo de capacitação o ano passado (2011), porque as equipes não faziam o pré-natal. [...] a gente faz mensalmente reuniões com os coordenadores de equipe e, a partir daí, a

gente faz o diagnóstico da necessidade e é constante os treinamentos de pré-natal de todos os profissionais, enfermeiro, agente comunitário dentista. Nós iniciamos o processo de capacitação o ano passado, porque as equipes não faziam o pré-natal [...] o monitoramento é feito através do SIAB e através do SISPRENATAL (GP 1).

[...] Nos últimos dois anos, nós conseguimos praticamente dobrar o número de equipes e qualificar e organizar essa rede. Então de 2010 pra cá, nós montamos um sistema em rede [...] eu fiz uma capacitação de médicos e praticamente não falta ninguém, que é uma coisa que até alguns anos atrás era impossível de acontecer. [...] A equipe, enfermagem e agente comunitário, também estão sendo capacitados, também aderiram. [...] A gente tem uma equipe interna, como uma equipe de educação permanente, já desde 2009 que nós temos essa equipe. Então nós temos evoluindo nessa questão da educação permanente. [...] nós criamos alguns indicadores que são indicadores que o Ministério trabalha (GP 2).

[...] No decorrer de 2009, quando começou o processo de pré-natal dentro do sistema de Colatina a gente sabe que tudo que é novo demora, talvez algum tempo a ele ser desenvolvido, a evolução dele. [...] esse sistema é muito importante ao nosso município, priorizando esse ano de 2012 pela Rede Cegonha. [...] a realização do processo de atualização é ela intervém em bases de treinamento né? já foi treinado os enfermeiros, os médicos, os agentes de saúde, todos estão capacitados como captar essa gestante, como acolher, fazer esse acolhimento nas unidades básicas de saúde. [...] O monitoramento a gente se da como, eu não vou colocar como tão positivo, mas que ele nos mostra qual é o tipo de indicação e qual é a qualidade que está sendo o nosso pré-natal. Então quer dizer, o monitoramento vem pelo SISPRENATAL (GP 3).

Quanto aos exames laboratoriais básicos que as gestantes devem realizar durante o pré-natal, o discurso dos gestores evidencia que, devido à elevada demanda e saturação da capacidade de atendimento do laboratório próprio, foi necessário estabelecer convênios com a rede privada.

Laboratório próprio e serviço terceirizado (GP 1).

Nós temos um laboratório público, que faz uma série de exames. E nós temos também um contrato com outros laboratórios privados aqui, que prestam serviço a rede. Então nós temos as duas situações. Nosso laboratório público não dá conta de 100%, então nós contratamos outros laboratórios (GP 2).

Temos laboratório próprio, que é a Policlínica, e temos terceirizado. Porque às vezes nem sempre o nosso laboratório dá conta na demanda, de exames que temos (GP 3).

Subcategoria 2: Ações Estratégicas/ Assistência ao Programa

O trabalho da organização dos serviços do PHPN envolve não somente a estrutura, mas, principalmente, a estratégia de assistência. O olhar do gestor deve estar voltado não somente para as gestantes de baixo risco, mas, também, àquelas consideradas de alto risco. Para isso, o PHPN espera que cada município garanta o

acesso à unidade de referência, para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestante de alto risco. Como testemunha, os fragmentos abaixo demonstram que esse acesso tem sido garantido no município.

O Programa de Saúde da Mulher, ele regula a gestante de alto risco, porque a gestante de risco habitual ela é atendida no seu ponto primário e a gestante de alto risco, ela passa pelo programa de saúde da mulher e ela é atendida na Casa da Mulher, onde estão os nossos serviços secundários. Temos a Casa da Mulher que acolhe essa gestante de alto risco. E se a gestante precisa de atendimento a nível hospitalar a referência dela é o Hospital e Maternidade São José. Toda gestante de alto risco do município de Colatina a referência é o Hospital São José [...] E a equipe não deixa de acompanhar também a mulher, mesmo que ela tenha alto risco (GP 1).

[...] Nós passamos a trabalhar com classificação de risco do pré-natal, o pré-natal de alto risco é atendido na Casa da Mulher (GP 2). Então nós estamos trabalhando com esse conceito, classificação de risco do pré-natal, encaminhamentos das gestantes de alto risco para a Casa da Mulher e agora mantendo uma interface dessas gestantes com o Hospital São José. Isso está sendo construído, essa interface. Mas mesmo que ela ainda não exista ainda uma interface muito próxima, ela já tem acesso direto ao Hospital São José no momento do parto, elas já estão sendo orientadas pra isso (GP 2).

Casa da Mulher pra alto risco, e de risco habitual ela permanece dentro da Unidade que o próprio médico da Estratégia da Família com o enfermeiro, é que fazem essa comunicação dentro da Unidade de Saúde [...] uma gestante de alto risco, provavelmente após o parto, que vem o puerpério, ela é acompanhada também com esse profissional que ela foi acompanhada ali no alto risco (GP 3).

Como evidenciado nos discursos dos gestores, o município está se estruturando, tanto na Atenção Primária quanto na Secundária, viabilizando a consolidação do sistema de referência e contrarreferência. Nesse sentido, os discursos abaixo parecem indicar um direcionamento seguro das ações programáticas e estratégicas assistenciais.

Primeiro ponto: a organização da rede. Segundo, a capacitação dos profissionais e terceiro, monitoramento dos indicadores. A partir daí, esse é o processo (GP 1).

O Hospital São José tem 10 leitos de UTI e 10 leitos de UTI Neonatal, então é estratégico, você não faz parto de alto risco sem ter uma estrutura mínima pra receber isso. A Casa da Mulher é estratégica, porque você vai trabalhar com conceito de risco, com conceito de agilidade do acesso das pessoas que estão mais vulneráveis [...]. A outra foi o aumento do número de equipes de PSF com a qualificação desse trabalho, foi estratégico. Então estrategicamente foram esses três movimentos, garantir as condições hospitalares pra atender o parto, garantir um setor de complexidade maior ambulatorial e garantir a expansão e qualificação através de capacitação pra Atenção Primária e pro PSF. [...]. Só que a gente não tinha isso a nível hospitalar, ou seja, tinha toda uma assistência a nível primário, na gestação e no pré-natal e quando chegava pra ganhar o neném no hospital, tudo o que você trabalhou era perdido, porque você não tinha essa estrutura (GP 2).

Bom, são vários, a gente tenta fazer vários projetos com equipes. Igual te falei da primeira vez, está captando o mais rápido possível a gestante e assim por diante. Acho que a qualificação do pré-natal hoje, dando em vista o nosso município, eu que acho que ele está bem qualificado em vista de outros municípios que a gente vem também acompanhando, inclusive apoiando também (GP3).

3.2.2 O PHPN na perspectiva dos Enfermeiros e Médicos

As contribuições fornecidas pelos enfermeiros e médicos durante as entrevistas foram agrupadas em três categorias. A primeira reporta-se ao entendimento dos mesmos sobre o que é o PHPN; a segunda refere-se ao desenvolvimento da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, e a terceira, à adesão ao PHPN. Os dados alusivos a essa segunda foram, por sua vez, reagrupados em três subcategorias.

Categoria 1: Entendimento do PHPN

Esta categoria indica as concepções dos profissionais (enfermeiros e médicos) sobre o PHPN. Observa-se que, tanto enfermeiros quanto médicos, desconhecem o PHPN, bem como suas diretrizes de trabalho.

[...] A gente está tentando se adequar, porque aqui também na Unidade não tinha pré-natal, começamos agora. Então, assim, a gente está lendo, tentando construir uma coisa melhor. Porque a gente não fazia nada para elas, elas faziam o pré-natal fora (ENF 2).

Agora assim não to muito lembrada. Mas acho assim que vem falando sobre a questão de humanização, a participação do parceiro, da família, a forma e o cuidado com essa gestante durante o pré-natal, tanto com ela quanto com o bebê [...] (ENF 4).

Olha, aqui em Colatina, tem dois anos que eu to aqui, e não é muito frisado isso pra gente não (MED 1).

Esse programa ele está instalado aqui em Colatina, Humanização do Pré-natal? É porque eu não conheço dele, da humanização (MED 2).

Categoria 2: Realidades e Ações na Consulta da Mulher

Essa categoria apresenta o desenvolvimento da assistência à saúde da mulher em seu ciclo gravídico puerperal, dentro da APS (pré-natal e puerpério).

Subcategoria 1: Captação e Cadastro de Gestantes

A não alusão à necessidade de se fazer o cadastro das gestantes no SISPRENATAL é um dos indicadores do não conhecimento sobre o PHPN. Os discursos tanto de enfermeiros quanto de médicos revelam haver um desconhecimento sobre os indicadores de qualidade do PHPN, na assistência ao pré-natal:

Pulo (ENF 1 e 3).

As consultas. Porque elas tem que ter no mínimo umas 5 ou 6 consultas. E assim, aqui não tinha isso, elas faziam 1 ou 2 e já iam ganhar neném (ENF 2).

Acho que a questão dos exames, de ter mais atenção assim, pra prevenção dos agravos (ENF 4).

Eu acho que a possibilidade, da facilidade de exames co que as pacientes estão conseguindo hoje, acho que é o mais importante (MED 1).

Os indicadores de assistência pré-natal? Acho que pra mim os primeiro indicador seria a frequência, de quantas consultas a gestante fez durante o pré-natal, uma coisa assim. Outra coisa de indicador, que eu acho interessante, são os exames, se elas estão fazendo os exames corretamente, se fizeram VDRL, HIV (MED 2).

Eu acho que a possibilidade, da facilidade de exames com que as pacientes estão conseguindo hoje, acho que é o mais importante (MED 3).

A abordagem é muito rápida (MED 4).

A captação precoce das gestantes é uma estratégia básica, essencial à garantia da qualidade do PHPN. Observa-se que a grande maioria dos enfermeiros e médicos reconhece que uma das atribuições do ACS é realizar a captação de gestantes.

Através das agentes. Na visita domiciliar, que eu oriento as meninas estarem sempre perguntando (ENF 1).

[...] A captação fica por conta das agentes, elas que vão buscando, vão avisando (ENF 2).

A gente tem assim um cuidado principalmente dos agentes comunitários de saúde, porque eles estão há mais tempo com a população (ENF 4).

É que aqui as agentes de saúde que interferem mais nesse processo. Quando elas descobrem que tem uma gestante grávida, muitas, a maioria aqui são adolescentes, muitas até criança ainda, sem estrutura nenhuma [...] (MED 2).

A questão no caso assim, a gente tem a equipe das agentes de saúde, assim que tem alguma suspeita de gravidez a gente já acolhe e agenda a primeira consulta e pede o exame (MED 3).

Além da atribuição de captação, o trabalho de busca ativa de gestantes faltosas à consulta é outra atividade pertencente ao ACS, e também à toda a equipe de saúde da família. Dentro desse contexto, foi observado que, nas equipes de ESF de Colatina, esse trabalho é realizado pelo ACS.

Busca é das agentes. Eu sempre cobro delas [...] (ENF 1).

[...] a gestante faltou, a primeira coisa é a agente ir na casa dela saber porque que faltou, já re-agenda e procura ver (ENF 4).

Aí entra de novo a questão das agentes de saúde [...] (MED 2).

[...] é a abordagem da agente de saúde, ela está indo conversando, orientando. [...] (MED 3).

O cadastro no SISPRENATAL deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal, pelo enfermeiro ou médico que realiza o atendimento, anotando o número do cadastro no cartão da gestante. No estudo, a maioria dos profissionais pontua que a atribuição de registro no SISPRENATAL é do enfermeiro, porém um enfermeiro informa que a atribuição é do técnico de enfermagem. Os discursos dos profissionais da ESF quanto ao responsável pelo cadastro e o preenchimento do cartão da gestante, foram os seguintes:

Eu que faço (ENF 1 e 4).

As técnicas de enfermagem (ENF 2).

Agora, a partir de agora sou eu que estou fazendo, na primeira consulta eu já faço o SISPRENATAL, eu já faço o cadastro (ENF 3).

A enfermeira, ou a técnica quando a enfermeira não está presente (MED 2).

A enfermeira (MED 4).

Em se tratando do registro do número do SISPRENATAL no cartão da Gestante, os profissionais responderam mais sobre a importância do cartão em si e de seu preenchimento, do que informaram se realizam ou não o registro. Isso indica a falta de conhecimento da importância da sistemática de registros para repasses de verbas e direcionamento para a autorização de internação hospitalar (AIH). Tal ocorrência pôde ser constatada a partir dos seguintes fragmentos:

Preencher ele corretamente. Explicar pra elas porque que a gente está preenchendo, qual a importância daquilo ali. Pra quando ela chegar em qualquer atendimento, fora daqui ou aqui, ela apresentar o cartão [...] (ENF 2).

Trazer toda vez que ela vem nas consultas tanto com o médico quanto comigo, e ta tomando cuidado. A importância eu explico toda vez que eu estou preenchendo, aí já vou explicando pra elas tudo direitinho pra elas já entenderem [...] (ENF 3).

Olha, primeiro que a gente fala que a gestante tem que guardar esse cartão, que esse cartão ela precisa guardar, que toda vez que ela vir na consulta médica tem que mostrar o cartão e pra todo lugar que ela for, ela tem que levar o cartão de pré-natal [...] (MED 1).

[...] Tem o cartão da gestante, preencho todos os exames físicos e os exames que a gente faz durante a gestação, e os exames laboratoriais periódicos, a gente faz tudo certinho [...] (MED 3).

Subcategoria 2: Assistência na Consulta do Pré-Natal

Essa subcategoria desvela como é realizada a assistência à saúde da mulher nas consultas de pré-natal. Para isso, foi realizado um levantamento sobre a quantidade de consultas de pré-natal, os exames complementares (pedidos e momentos que são realizados), prescrição medicamentosa e imunização.

Segundo os entrevistados, são realizados, em média, sete consultas de pré-natal, ou seja, um número médio compatível com o que preconiza o PHPN.

7 consultas (ENF 1).

6 ou 7 consultas (ENF 2).

8 consultas. Olha, comigo aqui deve sair umas 8 [...] (MED 1).

9 consultas [...] A média, é difícil alguém que chega aqui no início do pré-natal, mas a média é de no mínimo 9 consultas (MED 2).

Em Colatina-ES, as gestantes são submetidas aos seguintes exames: Hemograma Completo; Grupo Sanguíneo / Fator Rh; VDRL; Testagem Anti-HIV; Rubéola; Sorologia para Toxoplasmose; EAS; Ultrassonografia; Colpocitologia oncótica; EPF; HBsAg. Enfermeiros e médicos informaram que tais exames são solicitados da seguinte forma:

No primeiro trimestre e no terceiro trimestre (ENF 2).

[...] Depois tem alguns que o doutor continua pedindo em cada trimestre, mas geralmente é repetido depois no terceiro trimestre [...] (ENF 4).

[...] no segundo trimestre, a gente dá uma repetida em alguns e no terceiro trimestre se eu for repetir é uma urina. Geralmente a urina eu peço três vezes, ultrassom também é umas três vezes. HIV aqui a gente está pedindo umas duas vezes, Hepatite a gente pede uma vez. VDRL pede três vezes também (MED 1).

Eu sempre solicito na primeira consulta, depois no segundo trimestre e no terceiro trimestre (MED 2).

Os entrevistados consideram que os exames solicitados contemplam as necessidades durante a gestação. A recorrência de um elevado número de pedidos de exames, que ultrapassa o indicado pelo PHPN, é vista como positiva para o município:

No terceiro trimestre geralmente pede o hemograma, [...] HIV, sífilis, VDRL, hepatite, entra tudo (ENF 1).

Todos. Assim, a gente tem o cuidado, dependendo do resultado, a sorologia pra toxoplasmose e rubéola também. Porque de repente, igual aconteceu de uma gestante ela não tem imunidade, e de repente pode acontecer ela não ter imunidade e ao longo da gestação ela está desenvolvendo a doença, então assim, é pra gente está fazendo um controle. E o HIV e sífilis também (ENF 4).

Eu repito esses exames, se eu não me engano, no terceiro trimestre [...] (MED 3).

Eu gosto de pedir o exame de urina, o hemograma, a glicemia e sorologia pra toxoplasmose eu gosto de pedir, VDRL também, o anti-HIV eu peço também (MED 4).

Em relação às prescrições medicamentosas e à orientação para imunização, o discurso dos enfermeiros e médicos entrevistados indica que os procedimentos estão sendo realizados de forma correta, o que proporciona uma boa qualidade da assistência ao pré-natal nesses quesitos:

Já na primeira consulta, quando eu peço os primeiros exames e faço o cadastro no SISPRENATAL, eu já entrego o Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico. Geralmente o Ácido Fólico a gente só dá pra gestante até a décima segunda semana, que é principalmente do tubo-neural, mas às vezes, quando ela começa mais tardia, a gente estende um pouco mais. E o Sulfato Ferroso até o terceiro mês pós-parto. Na primeira consulta ela já sai com o medicamento, eu faço um cartãozinho de controle aí todo mês oriento como é tomado, todo dia, aí eu falo quando tiver faltando uns três comprimidos pra acabar pra vir ta buscando a outra remessa (ENF 4).

[...] Tétano a gente faz, por exemplo, se ela já tomou todas e tem menos de 5 anos a gente não pede não, agora se já tem mais de 5 anos que ela tomou a gente faz um reforço. Se ela nunca tomou aí a gente faz as três doses, no caso a Hepatite que geralmente começa no 3º ou 4º mês (ENF 1).

Prescreve o Paracetamol, se tiver que passar um pra dor de cabeça, ou alguma dor. Cefalexina para infecção urinária. Sulfato Ferroso, no caso de prevenção de anemia e Ácido Fólico. Sulfato Ferroso, a gente ta passando aqui o seguinte, a gestante tem acima de 12 semanas, eu já entro com Sulfato Ferroso, mas antes eu passo o Ácido Fólico. Mas se ela fizer o examezinho antes já, e vier pra mim, eu já começo a fazer. Porque ela vai ter que tomar até três meses depois do parto, então eu já faço o Sulfato Ferroso. O Ácido Fólico a gente faz se ela chegar aqui antes de 12

semanas, e eu deixo até doze semanas, se não, depois eu tiro e não passo não (MED 1).

Eu solicito sempre a mais importante que é a de Tétano. Se ela não estiver atualizada vai olhar a questão de 5 anos, 10 anos, se ela tomou na última gravidez ou não. Se tiver menos de 5 anos vai tomar uma dose só. Se não teve nenhuma durante 10 anos aí vai tomar o ciclo completo (MED 2).

Subcategoria 3: Assistência na Consulta do Puerpério

A assistência puerperal é a garantia da continuidade do trabalho realizado no pré-natal. Pelos relatos dos médicos e enfermeiros, as consultas puerperais acontecem de forma sistematizada, quando são fornecidas orientações tanto para a puérpera sobre os cuidados de saúde, tanto para os cuidados com o bebê:

Para criança a gente vê o coto umbilical, a mãe sempre reclama a questão do choro, da cólica, da amamentação, do leite materno, da importância. Da mãe a gente já vê, se foi parto normal, se teve alguma episiorrafia, pra vê como que está. Se foi uma cesárea, a orientação pra estar fazendo o curativo, vê como que estão os pontos, orienta quando deve tirar, a data para estar indo na Unidade pra tirar ou a gente marca de estar indo lá. Pra ela estar bebendo bastante líquido, mais é assim (ENF 1).

Então eu procuro observar com elas a altura do útero, o sangramento, o aleitamento, do anticoncepcional. Com a criança o umbigo, oriento do acompanhamento da puericultura, mais ou menos (ENF 2).

O que a gente fala pra gestante, pra fazer o resguardo certinho, porque tem muitas que já querem lavar roupa, fazer um monte de coisa que não deve fazer, é, tem que ver como está o sangramento, se está muito intenso, dar orientações sobre o sangramento. Se está tendo cólica. Se o parto for cesárea, a gente vê a região da ferida cirúrgica se está tudo certinho. Oriento também para não ter relações sexuais, porque tem muitas que fazem. A gente vê a pressão, como que está a pressão delas também. Como que está a mama, se não rachou o bico, como que está certinho e explica certinho (MED 1).

Primeiro olhar a questão de saber se foi normal ou cesáreo, infecção cirúrgica, amamentação, sangramento, um anticoncepcional e orientações quanto a alimentação do bebê (MED 2).

Contudo, nas contribuições de alguns médicos, ficou evidente a crença de que o trabalho de puerpério imediato está a cargo do trabalho do enfermeiro ou do hospital.

Na verdade a gente não tem essa primeira consulta. Porque essa primeira abordagem é feita no hospital [...] (MED 3).

Isso quem deveria informar, seria mais a enfermeira porque ela que faz [...] a consulta puerperal tardia também [...] Porque isso é meio difícil de eu lhe informar, porque é uma coisa mais da, que fica na responsabilidade da enfermeira (MED 4).

Com base no discurso dos respondentes, existe uma carência de atendimento médico no puerpério tardio. Efetivamente, quando ocorre, são alguns enfermeiros que realizam tal ação assistencial:

Não. Porque no caso do puerpério precoce a gente consegue pegar, e depois ela vem na puericultura dentro de um mês e a gente consegue acompanhar. Mas ela mesmo não (ENF 1).

Olha o certo seria, mas nem sempre dá pra ir. Então assim, a consulta tardia fica mais assim se precisar mesmo (ENF 4).

Não. É, mais é essa mesmo. Uma consulta depois que ganha neném e depois geralmente elas não procuram mais o posto (MED 2).

Nunca fiz não. As que eu fiz foi com uma semana, duas semanas no máximo, mas consulta puerperal tardia não (MED 3).

Referente à consulta do puerpério tardio, os enfermeiros se sobressaem nesse tipo de atividade. Somente um médico relatou realizar tal atendimento. Os conteúdos das orientações prestadas na consulta do puerpério tardio estão voltados para o planejamento familiar e anticoncepção:

Então aí já não dá pra focar tanto nos primeiros cuidados com o RN, mas da para focar nos próximos cuidados. Às vezes o RN já está tendo algum problema, a mãe também. Aqui a gente tem muito caso de câncer, então a gente tenta ficar em cima dela pra depois verificar, pra vê acompanhamento da pressão, do peso, a gente tem RN pré-maturo, então a gente busca eles, tem nutricionista aqui que também atua nessa busca com a gente pra eles ganharem peso mais rápido, evitarem doenças né? porque a imunidade deles tão bem baixa (ENF 2).

A gente dá orientação pra ela estar guardando os 40 dias, e também pra iniciar o próximo anticoncepcional, a gente está dando essa orientação pra não estar acontecendo de novo, vai avaliar também a questão do planejamento familiar, avaliar quantas gestações ela mulher teve, se ela tem o desejo de tá fazendo a ligadura... As condições que ela ta tendo em casa, a partir de agora é ela em tudo (ENF 3).

Não fazem, geralmente não. Quando é uma gestante de mais risco, que já teve um problema anterior eu acho necessário, agora quando é uma que já na primeira semana já tem uma recuperação muito boa, consegue fazer as atividades diárias sem infecção, sem risco eu acho que não tem necessidade não (MED 2).

Essa aí você me pegou (MED 3).

Categoria 3: Adesão ao PHPN

Segundo os médicos e enfermeiros, dentre as variáveis que dificultam uma melhor assistência ao ciclo gravídico-puerperal, destacam-se o desinteresse das puérperas em relação à educação em saúde, o apego a práticas culturais inadequadas, a não adesão das adolescentes ao Programa, a situação de marginalidade e violência a

que estão sujeitas e à sobrecarga de atividades a que estão sujeitos os profissionais. Considerando que essas variáveis são cruciais para o processo de adesão ao Programa, convém aqui apresentar, de forma distinta, as contribuições desses profissionais.

Que dificultam a assistência, em termo de educação em saúde. Há um pouco de resistência, o povo não tem muita, aquela coisa de, eles gostam de ser rápido, quer coisa rápida, não tem muita coisa de esperar. É uma coisa que dificulta, a gente não consegue pegar muito a educação. Também a questão de estrutura né? A unidade fica bem cheia e a falta de agente, porque tem bastante área descoberta, isso dificulta pra gente ta pegando a captação precoce, até mesmo sabendo o que ta acontecendo na área, porque eles são nossos olhos. Questão de extensão, no meu caso a equipe que são duas. São duas equipes e um enfermeiro, aí no caso dificulta o trabalho (ENF 1).

A não aderência delas e assim, por elas serem muito novas e não terem essa responsabilidade da gravidez. Isso dificulta, porque é como se elas fossem brincar de boneca com o neném (ENF 2).

Assim a parte de experiência, logo que eu entrei aqui eu não tinha experiência com o pré-natal. Que assim a gente tem um treinamento com eles, mas eu não tive a oportunidade de ta participando de alguns [...] é uma área muito carente, o pessoal muito sem informação, é muita droga, muito tráfico, então gravidez na adolescência tem muito, muito mesmo. [...] Até mesmo você ta fazendo um trabalho melhor, pelo fato da população às vezes, não tarem vindo na consulta, aí você vai atrás [...] Então essa parte dificulta um pouco ta fazendo um trabalho melhor (ENF 3).

Aqui o que dificulta é a questão cultural mesmo, porque, não são todas as mulheres, mas uma parte tem a questão assim, a rotina delas, de repente não trabalha fora, algumas são usuárias de drogas, outras têm atividade mesmo no tráfico... então isso assim prejudica o aleitamento, as consultas. No mais a gente consegue uma comunicação boa com elas (ENF 4).

Como apresentado, além das variáveis identificadas pelos enfermeiros, os médicos pontuam ainda a importância da assistência multiprofissional. Essa é crucial, sobretudo na abordagem de gestantes usuárias de drogas e de puérperas adolescentes. Essas duas situações têm sido cada vez mais observadas pelas equipes de saúde, o que se constitui em um grave problema de saúde pública.

Eu acho, que tipo assim, o nível socioeconômico deles, carência mesmo. Outra coisa que eu acho aqui também, desinteresse, às vezes, por palestras. Porque o pessoal é muito carente. Então, assim é o nível socioeconômico e de instrução dela mesmo, tem mulher aí que acha que, se ganhou neném não pode lavar a cabeça, umas coisas assim (MED 1).

Gestante de baixa idade, muita adolescente. Usuárias de drogas e a baixa condição socioeconômica, as pessoas são muito desorientadas. Apesar da gente explicar, acompanhar, as agente ir e resgatar, mesmo assim, acontece muito erro, muitas faltas ainda (MED 2).

Olha, o que contribui na minha área é o serviço que a gente oferece. Acredito que desde a abordagem da agente de saúde até a minha abordagem, a gente faz as orientações de acordo com o que é pedido, pra

que a abordagem seja melhor e pra que a gestante entende que aquilo ali é um período em que ela tá se cuidando pra ter um parto adequado. Agora de desvantagem, acho que não vejo a questão da equipe, eu já vejo a desvantagem na gestante, no caso a própria gestante. Tem casos em que a gente pega gestante que são usuárias de drogas, então não conseguimos ter uma adesão. Graças a Deus lá a gente não tem muito esse problema, os problemas que tivemos essa gestantes foram pra outras áreas, nós perdemos as gestantes. Mas a questão de problemas é mais com gestante usuária de drogas que tem uma adesão, até dificulta um pouco o acesso da equipe (MED 3).

Eu não vejo nada que dificulte ou beneficie. Eu acho que a assistência pré-natal aqui favorece, pela facilidade, pela acessibilidade, pela facilidade que vai ter, o acolhimento é aberto aqui, o paciente não tem restrição em agendar um acompanhamento comigo, a gente deixa sempre em aberto isso daí, e justamente pra gente ter um acolhimento maior (MED 4).

3.2.3 O PHPN na perspectiva dos Agentes Comunitário de Saúde

As contribuições fornecidas pelos ACS durante as entrevistas foram agrupadas em três categorias, relacionadas às ações desenvolvidas por esses profissionais durante a visita domiciliar. A primeira categoria é referente ao entendimento dos mesmos sobre o acompanhamento gestacional; a segunda relaciona-se ao pós-parto, e a terceira, à Adesão das puérperas ao Programa. Os dados das duas primeiras categorias foram, por sua vez, redistribuídos em duas subcategorias.

Categoria 1: A gestação: saberes e crenças

Essa categoria, com suas duas subcategorias, abordam o conhecimento e as percepções dos ACS relacionados à assistência gestacional.

Subcategoria 1: É positivo! O ACS como agente de adesão ao pré-natal

Nas entrevistas com os ACS, são perceptíveis os conhecimentos relativos ao cadastro precoce ao PHPN, favorecendo que a gestante seja encaminhada ao programa ainda no 1º trimestre de gestação:

Na minha primeira visita, que ela me relata que possa tá. Aí eu já encaminho pra unidade de saúde, pra ta pedindo o Beta, e aí agendar a primeira consulta. De preferência assim, no primeiro trimestre é claro (ACS 1).

A suspensão da menstruação, o atraso da menstruação, tem umas que a pressão cai um pouco, o enjoo né? isso tudo, quando relata a gente encaminha pra enfermeira e a enfermeira da o primeiros exames e caso confirma ela já passa pra médica. Desde o princípio [...] Mas desde o início que ela ta gestante, que a gente encaminha ela, a gente já marca ela pro médico, o médico já pede os exames pra primeira mostra, que é o beta, os

exames da gestação e desde então a gente acompanha até o puerpério (ACS 2).

Aqui a gente faz o seguinte, quando elas param de tomar o remédio, aí a gente orienta ela antes de parar o remédio tá fazendo exame de sangue, ta olhando o peso se ta bom, antes dela parar de tomar o anticoncepcional, pra ta fazendo ultrassom pra ver se ta tudo bem. Aí quando elas param e que começa atrasar o período menstrual, aí a gente pede pra ela ta vindo, a gente marca aqui um dia pra ela ta conversando com a enfermeira, pra ela pedir o exame pra ter certeza que ela ta gestante (ACS 3).

A questão assim, a partir do momento que ela esqueceu de tomar o remédio, não tomou corretamente, viu que atrasou. Igual assim, o atraso da menstruação é um sinal, as vezes tonturas né? náuseas, algum cheiro de alguma coisa. Talvez ela não sabe que está grávida, talvez a menstruação dela ta certa... e ela não saber que tá grávida. Mas as vezes até um desejo, um negócio que ela viu e deu vontade de comer, eu não sei, ela acha estranho, nossa to estranhando. Um enjoo, uma náusea, até um desmaio as vezes. Sei que é coisa de novela, mas acontece realmente. E a partir do momento que descobrir se ta, se ela sentiu diferença, se a menstruação atrasou né? a partir daí, descobrindo que tá realmente grávida, no primeiro trimestre já tem que começar a ser assistida (ACS 4).

Para constatar a adesão à assistência, os ACS buscam informações nas visitas domiciliares, observando o cartão da gestante:

Eu procuro saber primeiramente se ela já iniciou o pré-natal, peço o cartão, olho se as consultas estão em dia, se tá imunizada né? Quando iniciou, qual é o risco né? se é gestante de risco se não é gestante de risco (ACS 1).

Primeira coisa se ela ta fazendo o pré-natal, se ela fez todos os exames, de HIV... Se o cartão de vacina ta em dia e, principalmente, se ta fazendo o acompanhamento de pré-natal, porque é fácil, não precisa de fila é só chegar aqui e marcar, já sai da consulta com o agendamento marcado. Então a gente fica no pé delas pra isso mesmo (ACS 2).

Agora se ela tem certeza que ela ta grávida e tudo, a gente pede o cartão da gestante, olha se ela tomou vacina, como que ta o peso, a pressão, assim, quando ela vem de outro bairro a gente já agenda uma consulta pra ela ta fazendo o acompanhamento aqui, que é mais perto (ACS 3).

Subcategoria 2: Ações do ACS no Acompanhamento Gestacional

Essa subcategoria aborda o desenvolvimento das atividades assistenciais no acompanhamento da gestante. Observa-se que o Agente Comunitário de Saúde está envolvido na assistência pré-natal, com enfoque nos indicadores de qualidade do PHPN. Os discursos dos ACS indicam que as gestantes visitadas iniciam o pré-natal mais precocemente possível, são incentivadas a realizar um maior número de consultas, exames clínicos e laboratoriais, recebem atenção quanto à imunização e são alvo de constantes orientações:

Se ela ta indo mensalmente nas consulta, se o médico tá pedindo os exames, se o médico olhou o cartão de vacina dela, se tá em dia ou não. Se

ta fazendo uso do ferro, principalmente. E se teve infecção de urina e se já teve aborto, são essas aí as primeiras que a gente pergunta (ACS 1).

Se ela ta cumprindo, se a médica passou o exame e se ela foi fazer o exame. Se ela ta seguindo as orientações direitinho, se ela ta fazendo uma boa alimentação, se ela ta cuidando pra que o seios não de machucados né? faz um acompanhamento assim. Tirando dúvidas que elas perguntam, se a gente não souber, a gente procura saber pra passar direitinho (ACS 2).

Se ela ta indo mesmo nos dias certinho que o médico passa, a gente orienta se ela sentir alguma coisa pra ela não esperar a próxima consulta, pra ela ta indo logo no médico né? tá ligando pra onde ela faz o pré-natal, pra tá indo, pra ver o que tá acontecendo que ela não tá se sentindo bem, pra ela não tomar qualquer medicação, porque tem medicação que ela não pode tomar né? por causa do bebê (ACS 3).

Quando a gente chega nas casa, pra mim saber se ela ta consultando de verdade, eu pego o cartão de gestante, aí eu olho se a consulta dela ta em dia, se a pressão dela ta em dia. Então acho que a primeira coisa é saber se ela tá em dia com a consulta é através do cartão do pré-natal (ACS 4).

Os discursos dos ACS de Colatina evidenciam o cumprimento do que preconiza o Ministério da Saúde. Isto é, esses profissionais focam a atenção na gestação para a verificação da situação vacinal, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, higiene e conforto, benefícios da amamentação, queixas mais comuns na gestação, malefícios quanto ao consumo de drogas.

Ingestão hídrica por causa da infecção urinária, amamentação, preparo das mamas para a amamentação, preparar a mãe psicologicamente para amamentar, porque, tipo assim, nem todas as mães estão preparadas psicologicamente pra amamentar, aí preparando a mãe psicologicamente e também as mamas né? ensinando e orientando como preparar as mamas, pra evitar. E a orientação sobre alimentação saudável também né? Os riscos que pode ter se ingerir bebida alcoólica, que pode ta trazendo tanto pra ela quanto por bebê, assim também como as fumantes (ACS 1).

É, quando não tem médico que não pede pra fazer os exames de HIV e sempre tem que repetir, sempre a gente pede pra repetir, pelo menos, no sétimo mês... E em cima também da vacinação, porque muitos não pedem pra vacinar e a gente reforça até, pega no pé mesmo pra ir tomar a vacina antitetânica (ACS 2).

Assim mais é a dieta né? Algumas às vezes sentem muito enjoo, ou que ta comendo muito sal, é perigoso por causa da pressão. As vacina, as consulta também, que a gente orienta não faltar, ou se faltar procurar depois quando puder (ACS 3).

Eu pergunto se ela tá bem, se ela tá tendo enjoo ainda, que costuma ter até os três meses, quatro meses tá enjoando. Se ela ta alimentando melhor, se ela ta tomando as vitaminas, o Ácido Fólico e o Sulfato Ferroso, ou o Combiron... eu pergunto no meu dia a dia, se ela ta bem, se tá enjoando, se já voltou a comer, se agora parou de enjoar por qualquer coisa né? então é isso. Tem gestante que costuma ter a pressão alta também, tá manerando no sal, se tá se alimentando corretamente conforme os médicos, ginecologista e obstetra orientou, a questão da alimentação, é mais a questão da alimentação, mais a questão de manter o peso também, a questão do peso também que é muito importante também. Mas é mais a alimentação saudável junto com a questão do peso também né (ACS 4).

Dentre os indicadores de qualidade do PHPN, está o atendimento às gestantes classificadas como de risco. Para tanto, os ACSs devem estar atentos aos sinais de risco, sendo eles: perder líquidos ou sangue pela vagina, acordar com as pernas, mãos, braços e olhos inchados, ter febre alta, vomitar frequentemente, ter fortes dores de cabeça, ter contrações fortes na barriga antes do período previsto para o parto, a barriga parar de crescer ou crescer demais, e se, no último trimestre de gestação, a mãe não sentir o bebê mexer por mais de 24 horas (BRASIL, 2009b). Quando questionados sobre os sinais de risco que devem ser explicados para a gestante e para os quais devem estar atentos nas visitas domiciliares, demonstram confundir esses com sinais de alerta. Por esse motivo, colocam na mesma lista os de risco (sangramentos, edemas) e os de alerta (hipertensão, diabetes, dependência química).

Por exemplo, a gestante hipertensa, diabética. As gestantes menores de 20 anos, a mais de 38 anos representam um risco maior. E as fumantes, as que fazem uso de alguma dependência química, então essas daí (ACS 1).

É o caso do pré-eclampsia, das gestações em menores, que o corpo não tá desenvolvido e depois dos 40 anos que também tem sua preocupação. E a gestante que é obesa, a gestante que tem a pressão alta, diabetes tudo tem né? o cuidado, que a gente tem mais atenção (ACS 2).

A gente pede pra quando ela sentir alguma coisa, tiver algum sangramento, pra não ficar esperando. Sentiu alguma coisa assim a mais, se ela tiver fazendo os procedimentos tudo certinho, fazendo o pré-natal tudo certinho, se ela sentir alguma coisa diferente pra ela ta procurando o médico que acompanha ela, mesmo se não tiver no dia da consulta, pra ta vendo o quê que é, quê que ta causando aquele problema nela (ACS 3).

A questão da dor de cabeça, a questão da hipertensão que pode acontecer. Pode acontecer também o edema, que é inchaço. Pode acontecer também sangramento. Acho que essas são as mais importantes, que seria hipertensão, a glicose, a questão da diabete gestacional, a questão do inchaço, edema (ACS 4).

Dessa forma, quando questionados sobre os sinais de alerta, incluem os sinais de risco, como pode ser observado nos fragmentos abaixo. Apesar disso, esses profissionais sabem o momento adequado de direcionar a gestante para a UBS, com vistas à avaliação clínica e laboratorial:

Então qualquer queixa assim, tipo sangramento ou perca de líquido branco ou vermelho no caso, né? Dores de cabeça né? pressão alterada né? dores abdominal na barriga né? eu encaminho também. E se eu chegar na visita e tiver muito edema também, não tiver fazendo xixi eu encaminho também (ACS 1).

Que a gestante já é encaminhada, ela já faz o pré-natal né? Se ela tiver com inchaço muito alta, se ela tiver sangrando né? aí já perguntar e não

esperar a consulta de pré-natal, já vem pra marcar pra ver qual o problema (ACS 2).

É quando, às vezes assim, ela, entendeu, às vezes a gente fala as coisa e elas não entendem. Aí a gente fala então você vai conversar com a enfermeira, ou às vezes, ela que falar alguma coisa e não quer falar com a gente que conhece, aí a gente fala assim, então você vai lá e conversa com a enfermeira direitinho, que você vê ela menos, aí se você quiser falar alguma coisa da sua vida íntima né? aí ela pode tá te orientando melhor, ou com o médico. Que as vezes as pessoas ficam com vergonha de falar com a gente, que assim conhece bem muito a gente, aí a gente pega fala o dia que a enfermeira ta aqui na unidade a disposição dela (ACS 3).

A questão do sangramento, algum tipo de sangramento. Acho que o edema tanto não, mas é mais se tiver sangrando. Acho que de imediato assim é mias se tiver sangrando, que pode ser um sinal de aborto né (ACS 4).

Categoria 2: O pós-parto

Esta categoria apresenta as concepções de Puerpério e as ações desenvolvidas pelos ACS nessa importante fase para a puérpera e seu bebê.

Subcategoria 1: Concepções do Puerpério

Os ACS entrevistados sabem que o Puerpério é o período existente após o parto. Contudo, embora reconheçam sua importância, não se mostraram capazes de descrevê-lo corretamente, sobretudo no que diz respeito ao tempo de duração.

Puerpério é o momento após o parto, né? Trinta dias após o parto, né? a mulher se encontra no puerpério. Onde recebe a visita do agente e da enfermeira, se possível também do médico, onde são passada todas as orientação, aquele apoio, aquele primeiro momento onde a mãe às vezes tem alguma dificuldade, né (ACS 1).

Puerpério é a primeira visita que o neném e a gestante tem antes dos dez dias. Pra ver os sinais vitais da criança, se ela tem alguma coisa, sei lá, só sei que é a visita que o enfermeiro e o médico têm que tá, antes dos dez dias pra visitar. Ver os sinais da criança, pra vê se a mãe fez o parto cesáreo, se a cesárea ta boa, se não tem infecção. No meu entender é isso" (ACS 2).

É um período assim, que a gestante tem que ficar mais de repouso. Ela não pode ta pegando peso, não pode ta fazendo exercício muito pesado, tem que ficar mais em casa. Depois do parto, é um repouso, tem que tomar a medicação direitinho, porque algumas tomam né (ACS 3).

Puerpério é pós-parto né? aqueles três meses críticos que pode dar uma anemia, que tem que continuar tomando o Sulfato Ferroso, porque ela ta amamentando e ela não ta acostumada a amamentar, e a amamentação pode vir causar anemia né (ACS 4).

Subcategoria 2: Ações do ACS no Puerpério

Os ACS dão grande importância às orientações às puérperas em relação à amamentação. Nesse contexto, além de orientações gerais, preocupam-se em

instruir as puérperas quanto aos cuidados com a mama e quanto às complicações da amamentação. A título de exemplo, são apresentados alguns fragmentos.

Eu oriento a amamentação, posição da amamentação, alimentação né? que tem q tá alimentando, que não pode ta ingerindo álcool, muita cafeína, essas coisas assim. E os cuidados com o recém-nascido também, o coto umbilical, as primeiras vacina, o exame do pezinho, essa parte aí toda. Aí a gente já passa também planejamento familiar né? que no puerpério que a gente já faz essa parte de planejamento familiar também [...] Eu sempre peço as mães que pode ta conversando bastante com a criança, acariciando a criança, porque amamentar é um ato de amor. Sempre ta colocando isso aí pra elas. E que assim que, quando tiver amamentando depois tomar líquido, ingerir líquido. Isso aí que eu oriento, e a posição né? colocar sempre uma almofada na parte de trás, estar numa posição confortável tanto pra mãe quanto pro bebê. Aí eu peço que a mãe pode ta lubrificando com seu próprio leite mesmo, o bico do peito pra não rachar nem nada [...] A gente faz uma visita domiciliar com o reforço da enfermeira e até o doutor também já foi. Porque a gente é uma equipe, primeira tentativa vai o agente, se o a gente conseguiu beleza, se não conseguiu aí vai o enfermeiro também né? O bom é que a gente sempre consegue. Só uma vez que a gente precisou da enfermeira ir, mas eu sempre consigo ali que as mães amamentam [...] E se caso de febre, vir pra Unidade de Saúde, procurar a Unidade de Saúde (ACS 1).

Que o bebê tem que provar primeiro um peito, esvaziar aquela mama toda e depois passar pra outra, nunca deixar a outra cheia se não o peito pode ficar, a gente até fala assim que se dar um peito só pode ficar aleijado... E não deixar o leite acumular porque da febre, da empedramento, da machucado na mama (ACS 2).

Pra ela ta tomando muito líquido, porque ela ta amamentando né? E tá assim fazendo um pouco de repouso, pelo menos durante uns 30 dias né? evitar pegar peso, evitar ficar andando muito, só andar assim mesmo, mais em casa, pra levar a criança pra vacinar. Essas coisas assim [...] tá sempre lavando bem as mãos antes de amamentar, com sabão neutro, enxaguar bem. Assim antes dela ganhar o neném, pra ela dar uma massagenzinha no peito com a toalha, tomar sol se puder, pro bico ficar mais resistente. A gente mexe mais com a prevenção do que depois que ela ganha, porque depois, se ficar muito fino, já poca [...] (ACS 3).

Que costuma as mulheres quando tá amamentando, principalmente quando é a primeira vez que vai amamentar, costuma os seios rachar né? aí passo a orientação [...] tá sempre tomando um banho de sol né? pra evitar as rachaduras e até o próprio leite, pegar o próprio leite e passar na aréola, no biquinho do peito, isso alivia também pra não deixar rachar. E incentivar a sucção, deixar o bebê mamar bastante né com certeza, se não teve jeito tudo o que foi, o que eu orientei, eu falo pra procurar a Unidade né [...] Ela tem que ta tranquila pra dar mamar ao bebê no caso né? sem ta pensando nos problemas. E higiene, a questão da higiene também (ACS 4).

Categoria 3: Adesão ao PHPN

Até 2011, as gestantes eram atendidas na Policlínica situada no centro da cidade. A partir de 2012, os atendimentos passaram a ser realizados pelas equipes das ESF localizadas nos diversos bairros da cidade, conforme área de abrangência de cada

uma. Essa ocorrência foi enfatizada pelos ACS por considerarem crucial, para as usuárias, a oferta de assistência pré-natal nas áreas em que atuam. Ao mesmo tempo, tais profissionais entendem que o maior problema ainda encontrado é a reduzida adesão das adolescentes ao Programa:

O que contribui, é a implantação do PSF na comunidade, sendo que é oferecido o pré-natal na unidade de saúde, isso é muito bom. Com o PSF dentro da comunidade, com o médico aqui, não tem desculpa nenhuma [...] Então isso aí é o que facilita. Eu acho que o que dificulta, é a falta de informação, gestação na adolescência. É falta de informação, às vezes vocês já pega uma gestante que já vem de um outro lugar que não tem PSF, e você já pega ela no sétimo mês sem informação sem consulta de pré-natal. Aí você começa aqui, né? (ACS 1).

O que dificulta mais é essas adolescente, né? que elas, você tem que ficar muito no pé delas pra elas cumprir o pré-natal direitinho, elas já começam o pré-natal tarde, né? Tem muitas que tem muita dificuldade em buscar, pra mesmo fazer o pré-natal, pra depois ter cuidado com as vacinas dos nenéns, elas não têm conhecimento e não quer, tem umas que são teimosas, não quer mesmo fazer o pré-natal e fala que não precisa. A gente corre atrás, tenta o possível, é fácil marcar, a gente mesmo marca, se possível vai lá avisa pra vir consultar (ACS 2).

Olha, logo que nós começamos a trabalhar, a gente não podia ficar marcando ficha pra gestante. Tem um médico aqui do bairro que ele não fazia o acompanhamento das grávidas, porque era muita pouca ficha, aí ela iam tudo lá pro centro. Aí algumas não tinham nem passagem pra tá indo lá, aí isso era muito dificultoso. Agora melhorou, porque a gente faz, e elas podem tá fazendo o pré-natal aqui na Unidade. Isso melhorou bastante, né? Porque agora, realmente tinha umas não tinham nem como ir lá pra fazer, agora tendo aqui na Unidade, o que melhorou muito foi isso, que tá tendo aqui na Unidade. É até mais fácil pra elas, né? Que igual se elas sentir alguma coisa o médico já tá aqui, já atende elas, é bem mais prático (ACS 3).

Contribui que o Programa de Saúde da Mulher tá aberto, tipo assim, eles são sempre aberto a nos atender bem, a tá oferecendo às mulheres o que for bom pras mulheres. Mas o que dificulta é a questão que as mulheres não tão acostumadas, sempre são acostumadas a procurar fora, por exemplo, aqui tem pouco tempo que começou o pré-natal, que começou aqui na Unidade fazer o pré-natal. Agora não, agora que tem, a dificuldade é de chegar até as gestantes e conseguir elas pro nosso lado pra tá fazendo. Até que agora não, agora já tá bem, já tão aceitando, né? Agora tá mais fácil, tão aceitando bem, a dificuldade era essa. Elas achavam assim que quando fizessem o pré-natal aqui na Unidade, não podiam ganhar em qualquer hospital, elas pensam assim, mas assim, a gente tá passando a informação acima de tudo (ACS 4).

3.2.4 O PHPN na perspectiva das Usuárias

As contribuições fornecidas pelas usuárias, durante a entrevista, foram agrupadas em duas categorias. A primeira é referente à *Assistência fornecida pelo PHPN durante a Gestação* no Município de Colatina – ES e, a segunda, refere-se à

Assistência fornecida pelo PHPN no puerpério. Considerando o grande número informações coletadas nos discursos das entrevistadas, serão apresentados fragmentos de falas de uma usuária de cada equipe de ESF

Categoria 1: A Assistência fornecida pelo PHPN durante a Gestação.

O início precoce do Pré-natal é essencial para uma adequada assistência às gestantes. Observou-se que grande parte (87,5%) das entrevistadas iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, tendo sido a primeira consulta realizada, em média, na oitava semana gestacional. Em termos globais, observou-se, a partir dos discursos das entrevistadas, que muitas reconhecem a importância da Assistência Pré-natal. Contudo, bom número dentre as gestantes só procurou a Assistência após ter sido encaminhada pelo ACS ou pessoa que conhece esse serviço.

Eu pedi a minha agente de saúde, ela marcô pra mim, entendeu? [...] Aí então eu tava em dúvida, aí eu procurei a agente de saúde, aí ela me ajudou, fiz o exame (UG2).

Ninguém falou, eu sabia que tinha que procurar (UG7).

[...] eu já planejava de começar o pré-natal assim que eu engravidasse (UG11).

A minha vizinha que me falou, ela até veio junto pra dá entrada no pré-natal (UG14).

Embora o exame de mamas seja de grande importância para as gestantes, apenas duas afirmaram ter tido as mamas avaliadas. As demais não souberam responder o motivo pelo qual não foram submetidas a tal exame.

Constatou-se que o Exame Preventivo foi solicitado para todas as entrevistadas conforme preconizado, salvo para aquelas que já o haviam realizado antes da gravidez. A expressão “Fiz antes” se sobressaiu mediante o questionamento da coleta do preventivo. Quanto aos exames básicos na assistência pré-natal, o discurso das gestantes evidencia que esses são solicitados, realizados e, conforme os resultados são prestados as devidas orientações.

Apenas uma entrevistada relatou ter passado por complicações durante o período da gestação. Essas foram solucionadas na própria unidade de saúde, não tendo sido necessário encaminhar essa gestante para a Atenção Secundária à Saúde.

A maioria das entrevistadas informou não ter sido orientada (62,5%) em relação à busca de ajuda em caso de complicações/intercorrências. Apenas seis, dentre as dezesseis, tiveram essas informações:

Não. Mas eu sei, né? Na necessidade como eu faço. Ir no posto de saúde (UG1).

Sim. “Se sentir mal pode vir aqui me procurar.” Por que ele é um médico muito eficiente, sabe. Ele fala: “ó qualquer movimento, que você se sentir mal”, por que ele sabe da vida da gente, ele é muito bom (UG15).

No que diz respeito à imunização das gestantes, o PHPN traz a importância da vacinação antitetânica, que é considerada uma medida eficaz na prevenção do tétano neonatal que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros quinze dias. Observa-se que a ação vacinal é, recorrentemente, direcionada pelos profissionais.

Této [...] Só o reforço eu tomei (UG3).

Fui na policlínica e me falaram que não precisa tomar não (UG8).

Da gripe. Do tétano eu já tinha tomado (UG11).

Tétano não precisou por que eu tomei da minha filha de dois anos (UG15).

Em relação às prescrições medicamentosas, o discurso das entrevistadas indica que há fornecimento de medicamentos para gestantes na UBS, conforme solicitado na consulta médica. Todas receberam as vitaminas, e algumas, medicamentos para dor, náuseas e infecção:

Recebi ácido fólico e sulfato ferroso (UG1).

Só as vitaminas. Sulfato ferroso, ácido fólico (UG7).

Buscopan, Acido Fólico e sulfato ferroso – antes do almoço (UG10).

Cefalexina, ácido fólico e sulfato ferroso (UG12 e UG13).

Ficou evidente que os profissionais fornecem orientações referentes aos cuidados e informações relativos ao Cartão da Gestante. Uma, dentre as gestantes, mencionou que essas orientações foram transmitidas pelo ACS:

Todas as vezes que eu vou eles atualizam (UG4).

Só a mulher que vai lá em casa que falou (ACS) pra levar o cartão nas consultas e minha mãe que falou que tem que levar pro parto (UG5).

Levar pra onde eu for, se eu precisar numa emergência, eu tô preparada. (UG10).

Toda vez que eu venho aqui ele preenche, ele coloca os batimentos cardíacos do neném, altura, pressão, e os remédios também, ai ele pega e

anota e assina. É ele até me orientou colocar numa pasta as coisas que eu faço no pré-natal por que quando eu for pro hospital é pra levar. Ele falou, ai eu coloquei tudo numa pasta (UG14).

Quanto ao tempo de espera na UBS, para realização das consultas de pré-natal, o discurso das gestantes evidencia demora no atendimento. Duas gestantes pontuaram que vale a pena esperar, devido ao bom atendimento dos profissionais nas consultas.

Eu chego cedo e sou atendida cedo. Questão de ordem (UG1).

Ai é difícil, por que eles demora pra atende por que é muita gestante que faz o pré-natal assim (UG8).

Olha, eu espero até um pouco, até acho que nós gestante que viemos aqui agente espera muito mesmo. Mas, depois vale a pena por que a gente é muito bem tratada pelo médico. Então, mas isso aí é um caso à parte (UG10).

O tempo é normal, né? Por que uma consulta boa é demorada. Agente reclama, por que reclama mesmo, né? Mas é um tempo bão, é sinal que ele tem muita paciência com os pacientes dele (UG15).

O tempo de espera das gestantes para consulta de pré-natal poderia ser mais bem aproveitado através de ações educativas em saúde. Os fragmentos abaixo indicam que nada é realizado antes da consulta:

Não... não. Só tem a cadeira boa pra eu sentar. Antigamente, como eu to te falando, lá onde eu fiz o primeiro pré-natal, lá tinha esse incentivo. Tinha palestra né? pras gestantes, porque no dia que ia, ia só gestantes. Tinha palestra ensinando como que seria depois que você tivesse seu primeiro filho, sobre o aleitamento materno, né? Tinha um monte de coisa assim, de caminhada, não era assim um espelho, mas por aqui ser isso eu também achei outra coisa aqui. Lá o obstetra, o ginecologista que me atendia, ele tinha uma preocupação, todas às vezes ele olhava o bico do meu peito. Aqui nunca nem perguntaram se eu vou amamentar, não perguntaram (UG1).

Pra gente mesmo nada. A gente fica aguardando eles vão realizando outros serviços deles. Apesar das mulheres vão entrando e eles vão pesando (UG7).

Olha, agente assim disso não tem nada não. A gente fica sentada ali esperando, não tem nada de especial não (UG10).

Não. Tem água, banheiro, ali é só esperar. A sala de espera é bem confortável, não é quente não, é fresquinha (UG12).

Categoria 2: Assistência fornecida pelo PHPN no puerpério.

Das dezesseis usuárias entrevistadas, quatro disseram não ter recebido atendimento no puerpério. Dentre as demais, seis receberam visita domiciliar do médico ou enfermeiro, ainda nos primeiros dias após o nascimento do bebê. Uma foi

avaliada pela Agente Comunitária de Saúde e cinco foram à UBS para receber orientações nos primeiros dez dias após o parto. Vale ressaltar que uma dessas puérperas afirma que somente seu filho recebeu assistência.

Sim recebi (UP4).

Fui na unidade de saúde (UP8).

Pode falar a verdade? Eu fui lá mas não tinha ninguém! Que possa, poderia falar alguma coisa pra mim. Orientaram, aí eu fui lá, mas não tinha ninguém. Até agora eu não fiz nenhuma consulta, ainda não. Depois que meu neném nasceu eu não recebi nenhuma visita e nem uma consulta (UP10).

Não. O neném já tava com um mês que eu fui lá. Eu que marquei com o médico. Eu fui lá conversei e o Fulano (funcionário) agendou (UP14).

Em relação às orientações recebidas na consulta puerperal, essas se voltaram para a amamentação e cuidados com o bebê. Nenhuma respondente relatou ter recebido orientações puerperais especificamente voltadas para a saúde da mulher, exceto uma, cuja preocupação do profissional estava relacionada aos cuidados cirúrgicos.

Ah, eu recebi né? da cirurgia né? que tem que tinha que lavar né? secar direitinho e passar o álcool, né e ficar em repouso né? não ficar fazendo o serviço de casa, né? E o leite materno né? pra dar o leite materno. O umbiguinho também, né? Sempre ta é limpando direitinho com algodão, né? o álcool (UP1).

Deram sobre como cuidar da criança, sobre o umbiguinho, essas coisas básicas (UP5).

Amamentação. Ele olhou pra ver se eu tava dando o peito direito. Se tava direito. Toma cuidado com o umbiguinho direito, até mesmo por que tinha ainda o pregadosinho e pra tomar cuidado, senão machucava e foram essas orientações que eles me deram (UP12).

Cuidados com o umbiguinho e com o bebê (UP13).

Foram perceptíveis, nas contribuições das gestantes, as orientações dos profissionais de saúde voltadas para a exclusividade de aleitamento materno até o 6º mês. Apenas uma não relatou a respeito:

Amamentação [...] Eu amamento porque eu sei da importância, mas nem aqui nem lá no São Jose. Aqui no pós parto, perguntou se eu tava amamentando, mas em momento nenhum, ninguém perguntou se eu tava preparando o peito, como que eu tava lavando, se eu tava dando leite, preparação nenhuma. A questão da amamentação eu faço porque eu sei, mas momento nenhum informaram que até os seis meses é importante, que eu não posso usar sabonete na auréola, então umas coisas assim que eu tenho que fazer né? fazer a higiene, essas coisas [...] que pode empedrar, que pode sangrar, nada, nada (UP2).

Recebi lá no hospital e foi uma das enfermeiras daqui (unidade de saúde) foi lá em casa e me explicaram bem. Conversaram comigo, como que é pra mim ta amamentando ela do jeito certo (UP6).

Aqui não! Foi lá no hospital mesmo, a enfermeira que veio até mim e me explicou como é que é (UP10).

Recebi, foi o médico (UP14).

No pré-natal e no puerpério deve ser realizada a inspeção das mamas, para orientações quanto ao seu preparo e cuidados na amamentação. Poucas usuárias tiveram as mamas avaliadas, tanto no pré-natal quanto no puerpério. Vale ressaltar que três puérperas apresentaram problemas na amamentação:

Sim, quando eu tava fazendo o pré-natal, depois não (UP3).

No começo sim, porque não queria sair nada, não tava saindo nada no meu peito, não tem? Aí teve que fazer massagem de puxar com a bomba pra sair leite (UP6).

Não. Não porque perguntou [...] logo que ela veio não tinha machucado ainda, né? Foi logo depois de uma semana aí começou a ferir, quando ela veio aqui não tinha machucado não, por isso que nem avaliou [...] Só um pouquinho nas primeiras semanas porque o peito ficou machucadinho, mas logo foi melhorando (UP7)

Não, só lá mesmo no hospital. Só no hospital (UP9).

Ah não, depois eu comprei a bombinha aí comecei tirar, aí começou a sair leite (UP13).

A ação educativa no ciclo gravídico puerperal deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a ESF, devendo ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a usuária. Quando questionadas se receberam informações de cuidados básicos com o bebê, foram obtidas doze respostas negativas e quatro positivas:

Eu recebi essas informações aqui na minha casa [...] É, os cuidados com o bebê tive (UP2).

Não, o médico só me perguntou se eu tava amamentando, se tava tudo bem com o bebê, se ele não tava sentindo... se tava dando febre alguma coisa assim (UP1).

Não, isso aí não falou não (UP7).

Falaram (UP12).

Não (UP16).

Ao serem questionadas sobre a qualidade da assistência durante o ciclo gravídico puerperal, em suas contribuições, fizeram alusão à importância de se fazer o pré-natal devido ao suporte, orientações, prevenção de doenças e cuidados. Apenas uma usuária queixou-se da falta de suporte após o nascimento do bebê.

Ah pra mim foi... foi. No cuidar... eles dá muita atenção, entendeu? Assim, quanto a... porque antigamente não tinha esse negócio de dá muita atenção, era muito difícil. Mas agora não, agora a gente tem o acompanhamento se, se a gestação não tiver boa eles encaminham a gente lá pra rua né? pra especialidade... pra acompanhar mais. Eu não tive problema nenhum não, né? Me deram muita atenção mesmo (UP1).

Ah, ajudou sim, ajudou porque assim, eu sentia muita cólica, aí eles me indicavam é... que se caso tipo assim, piorasse ou continuasse muito forte era pra mim ir lá no médico pra examinar, porque poderia ser perda da criança também, né? E é muito conselho, deram muito conselho, muita coisa boa assim que eu não sabia eles falaram pra mim, me ajudou bastante, só não lembro muito bem, né? (UP7).

Ajudaram bastante, tive as orientações. Eu só não tive nenhum suporte depois que o neném nasceu (UP10)

Foi bom porque a gente fica sabendo das doenças, a gente faz exame pra saber, eles passam orientações e a gente fica sabendo mais ou menos quando que a gente vai ganhar o neném. Porque, o médico que fez o pré-natal falou que eu ia ganhar em tal dia, aí quando eu fiz a ultra-som o doutor que fez falou que eu ia ganhar em outro dia. Aí a do doutor lá tava certa, aí eu ganhei nesse dia. Então a gente fica informado assim, mais ou menos quando que a gente vai ganhar, e se não fazer não sabe, né? E também porque lá a primeira coisa que eles pede é o cartão do pré-natal, porque se não, não tem atendimento. Foi, foi boa, foi legal, eu achei legal. Eu fiquei com medo mais... eu achei que ia ficar com medo, mas só que depois passou... depois que eu vi ela, pronto cabou o medo (UP13).

PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONSIDERAÇÕES, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS

Nesta parte, far-se-á uma integração dos dados relacionados ao PHPN, constantes na literatura, tomando como ponto de discussão os resultados quantitativos e qualitativos obtidos por este estudo. A seguir serão apresentadas as considerações finais deste estudo, suas limitações e perspectivas quanto a estudos futuros.

4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora não seja uma exigência, do ponto de vista ético ou moral, observa-se que a maioria dos profissionais das ESF, do município de Colatina, que atuam no PHPN, é do sexo feminino. O fato de serem casadas e com média de idade de 31 anos ($\pm 6,67\%$), não garante maior experiência, nem melhor acolhimento às gestantes. Não há indícios, nos relatos das usuárias, que evidenciem tais correlações. Ao contrário, importante fator a ser considerado nessa relação profissional-paciente é o investimento que se faz no primeiro, em termos de capacitação para o serviço. Os resultados apontaram que a maioria (80%) já havia participado de alguma formação complementar nas áreas de APS e Saúde da Mulher. Contudo, há uma carência de capacitação voltada especificamente para o PHPN. Deve-se atentar para o fato de que a capacitação adequada de todas as pessoas que atendem a mulher, no ciclo gravídico puerperal, reflete na qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde (BRASIL, 2009c).

No perfil sociodemográfico das usuárias, observa-se uma variabilidade de idade entre 18 e 34 anos, com média de 24,5 anos ($\pm 4,89\%$). Estes resultados são semelhantes a outros estudos, como os de Corrêa (2010) e Siqueira (2011), os quais reafirmam o rejuvenescimento do padrão reprodutivo das mulheres brasileiras, descrito na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006. Essa pesquisa registrou média nacional do padrão reprodutivo para a idade de 24,6 anos, em média (BRASIL, 2009d). O fato de que não existe grande distância percentual entre as gestantes casadas (56,3%) e as solteiras (43,7%), parece indicar uma tendência ao crescimento de gestações fora de uma estrutura familiar definida.

A maioria das usuárias possui o ensino fundamental (68,8%) e possuem, como ocupação, o exercício das atividades do lar (62,5%). Isso é particularmente relevante, uma vez que baixos níveis de escolaridade tendem a influenciar no entendimento das informações passadas durante a consulta. Apesar da compreensão decorrente da escolaridade influir na continuidade da consulta e também nas recomendações de saúde, não se pode considerar que a condição socioeconômica, isoladamente, seja a responsável pela baixa adesão (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Direcionando o foco para a assistência, o processo de organização dos serviços de saúde, em cada município, deve atender às diversas áreas de trabalho, especificamente, na instância assistencial direta. Os profissionais envolvidos nesse processo devem conhecer o programa, para o desempenho qualificado de seu trabalho. O não conhecimento de uma estratégia de trabalho gera problemas no desenvolvimento de ações que norteiam uma melhor assistência à saúde. As estratégias são importantes, uma vez que o planejamento da assistência à saúde é o processo fundamental para a concretização da assistência, gerando compromisso político, alinhamento com as premissas filosóficas do SUS e norteando a atenção humanizada à saúde da mulher (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Nesse contexto, os resultados apontaram que, apesar dos gestores saberem de suas responsabilidades para com o sucesso do programa, não há evidências de que tenham uma visão clara do mesmo. As informações obtidas indicam que o PHPN direciona um atendimento humanizado, que procura universalizar o acesso das gestantes a uma atenção em saúde de qualidade, dando ênfase somente à Rede Cegonha.

Os gestores salientaram que a rede municipal de saúde buscou, nos últimos dois anos, um processo formativo para enfermeiros e médicos da ESF, voltado para a capacitação em pré-natal na APS. Esses cursos aconteceram em 2011 e 2012, e como apontado nos resultados, 80% dos profissionais entrevistados participaram. Porém observa-se, nos discursos dos profissionais enfermeiros e médicos que, mesmo que tenham passado por esse processo de capacitação, desconhecem o PHPN e suas diretrizes de trabalho.

Essa é uma ocorrência preocupante, pois o conhecimento sobre o programa e suas estratégias é indispensável para que todos os profissionais envolvidos na saúde da mulher possam atuar em sinergia. Para que a Atenção Básica cumpra, minimamente, sua função no sistema de saúde, faz-se necessário que a maior parte dos enfermeiros e médicos do SUS tenha formação adequada e esteja, de fato, trabalhando nela (CUNHA, 2010). A compreensão das diretrizes de organização do programa torna-se primordial para a efetiva realização de sua estrutura dentro do município. Programas, estratégias de atenção e monitoramento de resultados são instrumentos auxiliares na gestão da assistência. Dessa forma, políticas e programas de saúde devem contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo (FELISBERTO, 2004).

Os gestores pontuaram que o monitoramento do serviço é feito através dos sistemas de informação do SUS, tanto o SIAB quanto o SISPRENATAL. O SIAB foi implantado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). É um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, tendo sido incorporados à sua formulação, conceitos básicos como: território, problema e responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012e; BRASIL, 2002c).

Além do SIAB, o Sistema de Informação do SUS (DATASUS) conta com o SISPRENATAL; um sistema de relatórios gerenciais que apresenta parâmetros de avaliação do serviço. O sistema de informação é de uso obrigatório pelos municípios, possibilitando monitoramento pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante cadastrada no PHPN. Para esse acompanhamento da assistência, o sistema fornece um conjunto de relatórios e indicadores que permitem, ao gestor, acompanhar toda a assistência prestada nos diferentes níveis de gestão (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em 2012, os resultados apontaram um aumento dos cadastros no SISPRENATAL do município. Esse resultado possui uma relevância, por ser maior que a soma dos anos de 2009, 2010 e 2011 (BRASIL, 2013a). Os dados mostram a conivência das ações dos gestores, no trabalho de desenvolvimento, na organização e na estrutura do PHPN, em Colatina. A correta utilização das informações disponíveis permite que

programas de abrangência nacional sejam desenvolvidos com percepção de diferenças locais e regionais, garantindo maior resolutividade. Contudo, não foi evidenciado, no discurso dos gestores do município, se os mesmos realizam a gestão do PHPN com base nos relatórios gerados pelo SISPRENATAL. Em diversos estudos, o acompanhamento dos relatórios, pelos gestores, tem sido considerado um grande entrave à saúde pública nacional (ANDREUCCI; CECATTI 2011).

A efetivação dos procedimentos requisitados no PHPN se dá através da digitação dos dados enviados pelos profissionais da ESF, na coordenação do Programa Saúde da Mulher. De acordo com Brasil (2000a; 2006b), a equipe de saúde envolvida no atendimento à mulher deve ser informada da necessidade de cadastramento no SISPRENATAL, realizado na primeira consulta do pré-natal; sendo indispensável que o número do registro no sistema seja transcrito para o cartão da gestante.

Em se tratando desse registro, os profissionais relatam mais sobre a importância do cartão que a efetivação de seu preenchimento. Isso indica a falta de conhecimento da importância da sistemática de registros do número do SISPRENATAL, para os repasses de verbas e direcionamento para a autorização de internação hospitalar (AIH). Em nenhum dos cartões das gestantes participantes deste estudo, constava o número do SISPRENATAL. O PHPN orienta que o cartão da gestante deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, com o registro do número no sistema, uma vez que geram informações importantes para a realização da referência e contrarreferência (BRASIL, 2000a).

Um sistema eficiente de referência e contrarreferência objetiva garantir a continuidade da assistência pré-natal, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso. Para tal, é necessária a referência para o serviço, com informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse, além do retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações exigidas para o seguimento do pré-natal. Dessa forma, a definição de fluxos de referência e contrarreferência representa um importante instrumento de integração e, conseqüentemente, de regulação dos serviços de saúde (CABRAL, 2005).

Estudos recentes mostram que o cartão da gestante facilita o acompanhamento do pré-natal, tanto na UBS como nas intercorrências, alterações no local de seguimento e no atendimento ao parto (SANTOS NETO et al., 2012). Nesse contexto, o Cartão da Gestante, sendo completamente preenchido, registra as informações essenciais da gravidez que implicam riscos para puérpera e criança, tornando-se o elemento de ligação entre o acompanhamento gestacional na atenção básica, média e de alta complexidade.

Como evidenciado nos discursos dos gestores, o município está se estruturando, tanto na Atenção Primária quanto Secundária, viabilizando a consolidação do sistema de referência e contrarreferência. E a principal forma de acesso a serviços especializados ocorre por meio da referência da atenção básica, que também dá continuidade à assistência. Fato constatado nos registros e no discurso de uma gestante, que necessitou de tal atenção. Destarte, os ACS pesquisados desenvolvem suas ações em conformidade aos manuais do Ministério da Saúde e sabem o momento adequado de direcionar a gestante para a UBS, com vistas à avaliação clínica e laboratorial.

Os discursos dos gestores evidenciam a importância de um processo de redes de serviços que necessitam ter sinergia de suas ações, para a efetivação e qualificação da assistência realizada. Para Franco (2006), o funcionamento das redes de cuidado, no SUS, deveria fluir de forma melhor, uma vez que entre as diversas unidades, sejam da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar, e mesmo o atendimento pré-hospitalar, não está acontecendo um trabalho de comunicação mútua. Porém, segundo os respondentes, gestores e profissionais de saúde, existe a organização dessa rede, em Colatina, entre os níveis de atenção primária e secundária.

Em se tratando dos resultados assistenciais da mulher, foi observado que a captação das gestantes para o pré-natal é realizada, no município, por iniciativa do trabalho dos ACS, nas visitas domiciliares. Porém foi constatado, na fala das usuárias, que a maioria buscou o serviço através da livre demanda.

A captação precoce das gestantes é uma estratégia básica, essencial à garantia da qualidade da assistência. O Guia Prático do ACS (BRASIL, 2009b) descreve a

importância dessa captação, a qual qualifica o acompanhamento dessas mulheres no processo de prevenção e orientação sobre os cuidados com a sua saúde e a do bebê.

Após a captação da gestante, é de suma importância a continuidade do serviço de atendimento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b; 2000b) preconiza que sejam feitas seis consultas de pré-natal. Os resultados apontaram que são realizadas e registradas, no município, em média, sete consultas de pré-natal; ou seja, um número médio compatível com o que preconiza o PHPN. Fato confirmado, nas análises documentais (prontuários e cartões) e nos discursos das gestantes.

Segundo Granjeiro, Diógenes e Moura (2008), quanto mais cedo o início da consulta de pré-natal, maior será o fortalecimento da adesão ao acompanhamento das consultas, sendo possível rastrear os fatores de risco durante a gestação e prevenir complicações obstétricas. O início precoce da assistência pré-natal está associado à maior adequação de consultas e ao direcionamento da assistência, conforme o PHPN (DOMINGUES et al., 2012; ANDREUCCI e CECATTI, 2011; CHRESTANI et al., 2008; GRANJEIRO et al., 2008).

A consulta de pré-natal é um processo sistemático de ações, que observa a gestante em diversos parâmetros, como acompanhamento do desenvolvimento do feto, imunização da mãe, orientações para cuidados com o corpo, atividades educativas em saúde e exames complementares de acompanhamento.

Em Colatina, as gestantes são submetidas aos exames laboratoriais, porém a pesquisa revela um excesso de pedidos desses, ultrapassando a quantidade preconizada pelo PHPN. Nos discursos dos enfermeiros e médicos, eles consideram que esses pedidos contemplam as necessidades da gestação, porém é perceptível a falta de aderência às diretrizes do PHPN, gerando, conseqüentemente, maiores custos para o município.

Tal dado é corroborado pelos discursos dos próprios gestores. Eles relatam que existe uma elevada demanda e saturação da capacidade de atendimento do laboratório municipal, sendo necessário estabelecer convênios com a rede privada.

Foi confirmada, também, na análise dos cartões das gestantes e dos prontuários, a repetição desnecessária de pedidos de exames.

Os exames laboratoriais são complementares às consultas. Além das orientações para a promoção da saúde, os profissionais que realizam o pré-natal devem assistir à gestante em seus aspectos nutricionais e imunobiológicos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), a assistência ao pré-natal, realizada pelo município, deve atender às gestantes ampliando a cobertura vacinal e direcionando o fornecimento de medicamentos conforme as necessidades de cada mulher, assim como a suplementação vitamínica no período gestacional, como a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico.

No discurso dos enfermeiros e médicos, foi perceptível que esses procedimentos estão sendo realizados de forma correta, havendo a necessária sinergia entre os membros da equipe de Saúde da Família. Os ACS focam a atenção na gestação, para a verificação da situação vacinal, e os profissionais direcionam as orientações e prescrições. Tal dado é confirmado no discurso das usuárias, onde foi possível constatar que a ação vacinal e as prescrições medicamentosas são recorrentes. Essa avaliação é superior à encontrada em outros estudos nacionais, os quais revelam aumento na taxa de vacinação quando comparada a vários estudos (CHRESTANI et al., 2008; CARVALHO; NOVAES, 2004; TREVISAN et al., 2002).

Diversas informações são necessárias para o completo atendimento no ciclo gravídico puerperal. Essas são coletadas ao longo das consultas de pré-natal, e seus registros de dados são importantes para o acompanhamento qualificado da saúde da mulher. O estudo revelou que, nos cartões e prontuários das gestantes, faltaram registros de inúmeros dados. Esses são referências à qualificação da assistência, uma vez que as anotações dos procedimentos garantem uma continuidade da atenção à saúde da mulher no período pré-gestacional, que se refletirá para o acompanhamento puerperal.

Exames e avaliações complementares de saúde são importantes para esse acompanhamento e, dentre essas avaliações, está o Índice de Massa Corpórea (IMC). Na análise dos prontuários, constatou-se que somente uma equipe de ESF realiza a avaliação nutricional, identificando e registrando o IMC. Tal ponto merece

destaque, pois uma das gestantes dessa equipe estava em uma classificação de risco para a gestação, no que se refere ao sobrepeso. As gestantes com sobrepeso e obesidade possuem um estado nutricional de risco materno para gravidez, uma vez que influencia o crescimento intrauterino (BRASIL, 2012e).

O IMC é uma medida útil para a avaliação do estado nutricional, por avaliar a estatura em relação ao peso. É a classificação mais amplamente aceita, uma vez que é usada para medidas de obesidade e de desnutrição proteico-calórica; sendo, também, um indicador do nível de risco para a saúde (ANDRIS, 2006).

Em observação aos dados de acompanhamento nutricional da gestante, foi constatada, nos cartões analisados, a ausência de informações no gráfico nutricional e no gráfico de curva altura uterina/idade gestacional. Um estudo realizado por COSTA et al. (2009), revela que a falta de registro e procedimentos de avaliação das curvas altura uterina/idade gestacional torna-se preocupante, pois tais procedimentos podem evitar resultados perinatais ruins que estejam associados à alterações do peso materno pré-gravídico.

O MS (BRASIL, 2012b) reporta a importância da avaliação do estado nutricional da gestante, sendo necessário realizar o cruzamento do IMC com a semana gestacional, e registrar o resultado no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante. Na ocorrência de qualquer alteração no peso da gestante, é necessário o direcionamento de orientações nutricionais ou referenciá-la para outros serviços, em caso de obesidade nas gestações de risco (BRASIL, 2004).

Para o PHPN, o término do acompanhamento de uma gestante se dá com a consulta de revisão de parto, a ser realizada até 42 dias após o nascimento, pois a proposta desenhada para o Programa considera essa atividade indispensável, no conjunto da assistência (BRASIL, 2000b). A consulta de puerpério é um importante momento clínico, uma vez que permite estabelecer condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, protegendo a mulher e melhorando os resultados perinatais, bem como para avaliar a mulher integralmente, a fim de detectar possíveis alterações (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a assistência no puerpério deve ser muito bem direcionada e registrada pela ESF. Essa deve garantir atenção

puerperal, realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos pelo PHPN e com a devida alimentação de dados no SISPRENATAL. O não registro de informações neste sistema implicará na impossibilidade do faturamento do incentivo para o município, mesmo que toda a assistência tenha sido prestada às usuárias, uma vez que o sistema é o veículo gerencial de repasses de verbas para o município (BRASIL, 2002d).

No discurso dos enfermeiros e médicos, as consultas puerperais acontecem de forma sistematizada. Contudo, o registro delas não é firmado na maioria dos prontuários, e segundo alguns relatos das gestantes, essas consultas aconteceram de forma esporádica, sem o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar. O registro das poucas consultas puerperais referiu-se à amamentação e cuidados com o bebê, segundo o relato das usuárias puérperas.

Em uma avaliação realizada pelo MS, em 2008, foi identificada fragilidade no Programa, tendo se destacado a escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2008). Outros estudos de monitoramento da assistência ao pré-natal, realizado no sudeste do país, confirmaram essa fragilidade (COUTINHO et al., 2010).

O puerpério é marcado não somente como uma situação de avaliação e assistência da mulher e da criança; ele se torna um importante momento de vínculo, no qual o profissional de saúde deverá direcionar o processo de educação em saúde.

A ação educativa no ciclo gravídico puerperal deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a ESF, devendo ocorrer, em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a usuária (BRASIL, 2012b). Segundo os relatos das usuárias, a maioria não recebeu informações de cuidados básicos com o bebê e outras mudanças relacionadas às alterações gravídicas puerperais. As orientações dos profissionais de saúde foram voltadas para a exclusividade de aleitamento materno até o 6º mês, sem destaque para outras informações importantes para a saúde da mulher e seu bebê.

O PHPN preconiza ações educativas voltadas para as gestantes, pois a falta de informações pode acarretar insegurança, influenciando-a de forma negativa em todo

o seu acompanhamento pré-natal. As ações educativas são fundamentais para que a gestante possa adquirir conhecimentos que visem a uma melhor compreensão do processo gestacional (GONÇALVES et al., 2008; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; BRASIL 2000b).

Estudos realizados com a estratégia de saúde da família, em um município de Minas Gerais (COSTA et al., 2009) e várias unidades de saúde do Rio de Janeiro (NIQUINI et al., 2010), verificaram que as atividades educativas em grupo, nas unidades, eram esporádicas e desenvolvidas sem protocolos e normas; e, ainda, que a maioria das gestantes desconhecia a existência dessas atividades. Isso corrobora, em parte, o encontrado neste estudo, pois não há registros ou relatos de atividades realizadas em grupos, mas apenas orientações individuais nas consultas de pré-natal.

No discurso da maioria dos enfermeiros e médicos, as atividades educativas não são realizadas pelo desinteresse das usuárias por palestras, devido às dificuldades de nível socioeconômico e relatos de falta de tempo para participarem das atividades. Vale ressaltar que, em todas as UBS, existem locais apropriados para atividades de educação em saúde.

Segundo os médicos e enfermeiros, dentre as variáveis que dificultam uma melhor assistência ao ciclo gravídico-puerperal, destacam-se o desinteresse das puérperas em relação à educação em saúde, o apego a práticas culturais inadequadas, a não adesão das adolescentes ao Programa, a situação de marginalidade e violência a que estão sujeitas e a sobrecarga de atividades dos profissionais. Considerando que essas variáveis são cruciais para o processo de adesão ao Programa, convém aqui apresentar, de forma distinta, as contribuições desses profissionais:

Além das variáveis identificadas pelos enfermeiros, os médicos pontuam, ainda, a importância da assistência multiprofissional. Essa é crucial, sobretudo na abordagem de gestantes usuárias de drogas e de puérperas adolescentes. Essas duas situações têm sido cada vez mais observadas pelas equipes de saúde, o que se constitui em um grave problema de saúde pública.

Os ACS consideram essencial para as usuárias, a oferta de assistência pré-natal nas áreas em que atuam e informam que, até 2011, as gestantes eram atendidas na Policlínica situada no centro da cidade. A partir de 2012, os atendimentos passaram

a ser realizados pelas equipes das ESF localizadas nos diversos bairros da cidade, conforme área de abrangência de cada uma. Ao mesmo tempo, tais profissionais entendem que o maior problema, ainda encontrado, é a reduzida adesão das adolescentes ao Programa.

As usuárias do PHPN, ao serem questionadas sobre a qualidade da assistência durante o ciclo gravídico puerperal, em suas contribuições, fizeram alusão à importância de se fazer o pré-natal, devido ao suporte, orientações, prevenção de doenças e cuidados.

4.2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu conhecer o modo pelo qual gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do município de Colatina – ES compreendem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Para tanto, procurou-se estabelecer as possíveis convergências e divergências quanto ao cumprimento de protocolos, registros e discursos dos atores envolvidos no desenvolvimento do programa sobre práticas e vivências, durante a assistência pré-natal.

Como a adesão ao PHPN, pelo município, ocorreu em 2009, diversos pontos estão em fase de implantação. Dentre esses, destaca-se a capacitação dos profissionais enfermeiros e médicos em consultas de pré-natal. Até o momento, têm-se apenas aquelas realizadas em 2011 e 2012.

Considerando esse processo de implantação, foi observado um discurso frequente dos gestores voltado para a Rede Cegonha; uma estratégia de operacionalização do SUS, fundamentada nos princípios da humanização e na qualidade da assistência às mulheres, recém-nascidos e crianças (BRASIL, 2013b). Esses discursos evidenciam uma falta de compreensão sobre o PHPN, o qual tem sido entendido, por muitos, como um mero processo de humanização dos serviços já prestados às gestantes pelas equipes de ESF.

No entendimento dos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e ACS o programa está voltado para a qualificação do atendimento à mulher, em um sentido de completude da consulta de pré-natal. Tal visão foi devida ao fato de esses

profissionais terem passado por um processo de capacitação para consultas de pré-natal, em data próxima ao momento desta pesquisa.

Embora 80% dos profissionais tenham sido capacitados, existem dificuldades sobre a compreensão da estrutura organizacional do PHPN, sinalizando possíveis falhas em registros de informações e documentos. Notou-se que esta dificuldade interfere na agilidade e na qualidade dos serviços prestados e, em decorrência disso, dois outros problemas são gerados: o aumento da permanência das usuárias na unidade e a duplicação dos prontuários, visto que a demora na localização dos prontuários ocasiona a confecção de um novo, gerando, conseqüentemente, mais custos e perda de tempo. Outro ponto observado diz respeito ao aumento do tempo das consultas, uma vez que os profissionais sentem necessidade de buscar novas informações, além de recuperar as antigas, despendendo, assim, de mais tempo para execução da atividade.

Além desses pontos, observa-se a necessidade de melhorias na assistência ao puerpério, uma vez que o PHPN preconiza o atendimento integral à saúde da mulher, desde a concepção até os cuidados pós-parto.

O município disponibiliza uma estrutura diversificada de serviços de saúde e possui fluxos assistenciais. Porém existem lacunas nesses processos, uma vez que o percurso terapêutico da gestante, do pré-natal ao puerpério, apresenta descontinuidade da atenção. Há que se estruturar fluxos assistenciais operativos e efetivos, principalmente, quanto à realização de ações educativas e assistência puerperal.

Foi observada uma necessidade de implantação de atividades voltadas para a promoção da saúde da mulher. O estudo aponta que o foco assistencial ao pré-natal está em evidência, deixando a desejar o trabalho voltado para as ações coletivas para gestantes e puérperas. Essas ações promoveriam discussões em grupo e troca de experiências, entre outras atividades dinâmicas que facilitariam o conhecimento sobre a saúde e os cuidados com o momento gravídico-puerperal, reforçando, assim, as recomendações do PHPN registradas na Portaria nº 569/GM de 2000; que reforça a necessidade das atividades educativas em saúde.

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, pôde-se verificar que se faz necessário o desenvolvimento de capacitações e formação complementar dos envolvidos na saúde da mulher. Essas atividades devem enfatizar a importância de se conhecer os programas, as diretrizes, as formas de registros e a estrutura organizacional do trabalho, para a facilitação da gestão do programa e das ações sinérgicas do trabalho assistencial.

É muito importante conhecer a dinâmica do território em que essas mulheres estão inseridas. Sob uma visão simbólica-culturalizada, é de vital importância o trabalho dos ACS na captação das gestantes para a consulta do pré-natal. O trabalho do ACS, nesse processo, mostrou-se altamente relevante. Por esse motivo, há de se investir na capacitação desses profissionais, tanto em termos de motivação quanto de conhecimento técnico. O trabalho deles é fundamental na expansão da assistência pré-natal para as áreas de atuação das equipes da ESF.

Os resultados evidenciam avanços na integração da atenção básica à rede assistencial, propiciando o fortalecimento das atividades propostas pelo Ministério da Saúde, facilitando o acesso, a utilização dos serviços e a garantia do atendimento na atenção especializada e hospitalar. Porém deve-se ter atenção quanto ao cumprimento de todas as metas propostas pelo PHPN, assegurando a correta documentação dos dados reais do acompanhamento durante a gestação, o parto e o puerpério. Isso pressupõe, evidentemente, uma preocupação com a qualidade dos procedimentos realizados.

A estratégia de atendimento, nas unidades de saúde, deve contemplar, de forma efetiva, o registro das ocorrências e procedimentos durante a assistência pré-natal. Esses, ao serem lançados no SISPRENATAL e somados com as informações do SIAB, podem direcionar melhorias no planejamento da atenção à saúde da mulher, por serem indicadores concretos e reais da assistência prestada às usuárias, em territórios determinados.

4.3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS

Durante a coleta de dados, todas as usuárias da amostra foram receptivas e acolhedoras, tanto na primeira, quanto na segunda fase do estudo. As equipes das ESF mostraram-se seguras e solícitas, por parte de todos os seus integrantes, a

saber: ACS, enfermeiros, médicos, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Todas as equipes demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa e facilitaram o acesso a todas as etapas das coletas de dados. A contribuição dos gestores de saúde (Secretário Municipal de Saúde, Coordenadores Municipais da ESF e Programa de Saúde da Mulher) foi de grande importância, uma vez que apresentaram prontidão para participarem das entrevistas e permitiram o acesso aos dados secundários.

Duas dificuldades foram encontradas na realização da pesquisa: A primeira, refere-se ao fato de que, por serem as entrevistas registradas eletronicamente, algumas usuárias se mostraram tímidas, tendo, inicialmente, ficado receosas que seus depoimentos atrapalhassem a assistência no pré-natal. Observada essa dificuldade, foram feitos maiores esclarecimentos, a fim de que se sentissem mais seguras quanto aos objetivos da pesquisa. Apesar disso, a maioria ficou descontraída durante a coleta de dados, manifestando seus anseios e suas expectativas quanto ao melhor atendimento e cuidado com a sua saúde e a de sua criança.

A segunda dificuldade foi realizar as entrevistas com profissionais de uma mesma ESF em um mesmo dia. Em estudos similares, sugere-se que, numa pesquisa ampliada envolvendo um quantitativo maior de equipes, sejam utilizadas estratégias que reduzam tempo e custos referentes às atividades de coleta de dados.

Como perspectiva, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas envolvendo outros programas governamentais e, até mesmo o PHPN, em outras regiões. Considerando a situação de vulnerabilidade em que se enquadram diversas populações, são procedentes pesquisas voltadas para avaliação dos serviços, acesso à assistência, adesão ao pré-natal, além de avaliação da qualificação assistencial e, acima de tudo, humanizada, do pré-natal, parto e nascimento.

Sugere-se, ainda, uma ampla pesquisa sobre as Representações Sociais de adolescentes sobre a assistência ao pré-natal. Essa é relevante, uma vez que, no entender dos profissionais de saúde entrevistados, existem grandes dificuldades para trabalhar, junto aos adolescentes, temas relacionados à assistência pré-natal, sexo, sexualidade, gravidez, parto e puerpério.

Recomenda-se a criação de grupos operativos de gestantes e o estabelecimento de estratégias que visem o envolvimento de toda a equipe na adesão das gestantes e puérperas, no processo coletivo de ensino-aprendizagem mútuo sobre os cuidados maternos.

Sugere-se a criação de vídeos educativos sobre o assunto. A confecção de um kit de DVDs com episódios de curta duração, os quais seriam apresentados nas salas de espera enquanto as mulheres aguardam o atendimento. Tal ferramenta seria importante estratégia educativa, no reforço de informações passadas durante as consultas com enfermeiros e médicos, ao longo do ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

ANDREUCCI, Carla Betina et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-864, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2438.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

ANDRIS, Deborah A. et al. **Semiologia**: bases para a prática assistencial. Tradução Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência**: Filosofia e Prática da Pesquisa. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critérios de Classificação Sócio Econômica Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. v. II. São Paulo: Raiz, 2001.

BARBOSA, Simone de Pinho; DIAS, Shireli Dias (Org.). **Praticando Saúde da Família**. Belo Horizonte: Simone de Pinho Barbosa, 2008.

BARCELLOS, Christovam Castro et al. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11 n.3, p. 129 – 138, 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. ed. revista e ampl. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Estado do Espírito Santo. 2013a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSES.def>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Rede Cegonha**. Portal da Saúde. 2013b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082> . Acesso em: 17 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**: caderno de atenção básica nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Estado do Espírito Santo. 2012c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSES.def>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Bases de Dados do Ministério da Saúde**. 2012d. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de Alto Risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília : MS, 2012e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 23 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Lei n.º 7.520, de 21 de julho de 2011. Dispõe sobre Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: 22 jul. 2011b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/5072/845/organograma.html>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, 24 jun. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 22 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em 15 mar. 2012.

BRASIL Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília: Conasems, 2009c. 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006** : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Brasília : Ministério da Saúde, 2009d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.2, p.383-387, abr. 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006a – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Caderno n 5 – Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Normas e manuais Técnicos**. 3. ed. Brasília: Secretaria de políticas de saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Cartilha de informações para Gestores e Técnicos**. Brasília: Secretaria de assistência á saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002. 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestao_sps.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev.. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, 2002d. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a11.pdf> > Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília , seção 1, p.5., 8 jun. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de assistência á saúde, 1997.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: 20 set. 1990a. p. 018055.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 01 out. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: 18 jul. 1975. p. 8921.

BUSSÂMARA, Neme. **Obstetrícia Básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

CABRAL, A. M. C. et al. (Org.). **Referência e contra-referência: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no Distrito Sanitário IV, Recife**. Recife: Bargaço, 2005.

CAMPOS, Eliane Christine Santos de. Território e gestão de políticas pública: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS.. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/TERRITARIO_E_GESTAO_DE_POLITICAS_PUBLICAS.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

CARDOSO, Renata da Silva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: avaliando e construindo para avançar**. 2007, 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. Brasília: CAPES, 2010.

CARVALHO, Denise Siqueira de; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20 n. 2, p. 220 – 230, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

CHIAVENATO, Idalberto. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

CHRESTANI, Maria Aurora et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24 n. 7, p. 1609 – 1618, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/16.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

COÊLHO, Bernadete Perez; COUTO, Gustavo Azevedo. O Modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção da saúde e da produção dos sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Norma técnica progestores. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006**. Brasília: CONASS, 2006. Disponível

em:< http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/livro_conass_legislacao.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Diretrizes Apontadas pelo Conasems para Atenção Básica**. Brasília, 2009. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/web_semi_rpapp/Docs/DIRETRIZES_APONTADAS_PARA_ATENCAO_BASICA.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CORRÊA, Cláudia Regina Hostin. **Escolha e adequação do Pré-natal em uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo**. 2010, 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2010.

COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 1347 – 1357, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 32 n. 11, p. 563 – 569, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CUNHA, Gustavo Tenório. Atenção Básica e o desafio do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DALPIAZ, Ana kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luis. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência Pré-natal no Programa Saúde da Família. **ESC. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 121 – 125, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a16.pdf> > Acesso em: 13 fev. 2013.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradição de um programa destinado á mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise do Conteúdo**. Série Pesquisa. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2007.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2013.

GHOSH, M.K. Maternal mortality. **J Reprod Med**, 46:427-33, 2001.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.16 s. 1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

GONÇALVES, Roselane et al. Avaliação da efetividade da Assistência Pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61 n.3, p. 349 – 353, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a12v61n3.pdf>> Acesso em: 09 fev. 2013.

GRANGEIRO, Gisele Ribeiro; DIOGENES, Maria Albertina Rocha; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105 – 111, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/14.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas: **etc..., espaço, tempo e crítica**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2 (4), p. 39-52, ago. 2007. Disponível em <http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf>. Acesso em: 02 fev. de 2012.

HAESBAERT, Rogério. **Dos múltiplos territórios á multiterritorialidade**. set. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/CONFERENCE_Rogério_HAESBAERT.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2012.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, São Paulo, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> > . Acesso em: 15 jan. 2013.

LEFEBVRE, Henri. La production de l'espace, Paris: Anthropos (1987). In: HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas: **etc..., espaço, tempo e crítica**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2 (4), p. 39-52, ago. 2007. Disponível em <http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa Qualitativa, um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999, p.46.

MARTINS, Gilberto Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MASSEY, Doreen. Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008, p. 19-28.

MENDES, Isabel A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.3, Ribeirão Preto Maio/Jun 2004. Disponível em: <<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gWz7dUsAcyYJ:scholar.google.com/+Declara%C3%A7%C3%A3o+de+Alma+Ata&hl=pt-BR>>. Acesso em: 14 jan.2013.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, Jul. 2009. p.1620. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf> >. Acesso em: 15 dez 2012.

MINAYO, Maria Cecília Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONKEN, Maurício et al. **O Território na Saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente**, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf> >. Acesso em: 14 jan. 2013.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, Angelica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf> >. Acesso em: 22 jan. 2012.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. 2003.170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

NASCIMENTO, Maristela Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a11v10n2.pdf>>. Acesso em: dia 05 dez. 2011.

NIQUINI, Roberta Pereira et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 1, p. 561-568, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/06.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim; BERGAMASCO, Roselena Bazilli; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Entrevistando gestantes em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005. p. 169-186.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. Bireme. **Guia de Atualização do DeCS**. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, 2007.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: dia 05 dez. 2012.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev. Bras. de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 492, n. 32, p. 492-499, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2012. Apresenta informações sobre a cidade de Colatina. Disponível em: <<http://www.colatina.es.gov.br/acidade/?pagina=geografia>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do Poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RESENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RESENDE FILHO, Jorge. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, Luciano Antonio et al. **Módulo Interagindo com a Comunidade do Curso de Medicina – UNESC**. Colatina: Centro Universitário do Espírito Santo, 2012.

ROSA, Walisete Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./ dez, 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

SANTOS, Alexandre André. Lugar e Território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Rev. Geográfica Venezuelana**, Venezuela, v.50, n. 1, p.159-172, jan-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29986/1/articulo7.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 256-266, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/05.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <http://www.abenfosp.com.br/mt/manual_ses.pdf>. Acesso:11 jan 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE COLATINA. **Colatina em Foco**. Colatina: Produção Coletiva: Professores das Séries iniciais do Ensino Fundamental Rede Municipal de Educação, 2008.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500022&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2012.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, São Paulo, 2003.

SILVA, João Luiz Pinto e; CECATTI, José Guilherme; SERRUYA, Suzanne Jacob. A qualidade do Pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 103-105, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000300001&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SIQUEIRA, Cláudia Valéria Chagas. **Assistência Pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Santos**. 2011, 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2011.

SOUZA, Ariani Impieri et al. Estado Nutricional em Grávidas atendidas em Serviço Público de Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.24-28, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n4/a07v24n4.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

SOUZA, Renilson Rehen de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

SPHINX BRASIL, 2013. Disponível em:<<http://sphinxbrasil.com/empresa/a-empresa/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

TAVEIRA, Luzi Faleiros; PIERIN, Angela Maria Geraldo. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos?. **Rev. Latino-am Enfermagem**. V 15, n. 5. set-out, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a07.pdf>. Acesso em: 15 mar 2013.

TREVISAN, Maria do Rosário et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 293 – 299, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n5/10650.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro de Entrevista Estruturada – Gestores.

ANEXO B – Roteiro de Entrevista Estruturada – Enfermeiros e Médicos.

ANEXO C – Roteiro de Entrevista Estruturada – Agentes Comunitários de Saúde.

ANEXO D – Roteiro de Entrevista Estruturada – Usuárias/Gestantes.

ANEXO E – Roteiro de Entrevista Estruturada - Usuárias/Puérperas.

ANEXO F – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa da UNIVALE.

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.

ANEXO H – Termo de solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Colatina para realização de pesquisa na instituição.

ANEXO I – Termo de solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Colatina para acesso e uso de dados documentais.

ANEXO J – Termo de autorização e apoio técnico a projeto de pesquisa (Colatina – ES).

9. Estado Civil (opção única):

1. Solteiro (a) 4. Viúvo (a)
2. Casado (a) 5. Separado (a)
3. União Estável 6. Divorciado (a)

B) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

10. Coleta de evocações

Agora, você deverá falar cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

Assistência Pré-Natal	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

11. Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

12. Significados

Agora, você deverá indicar o significado que a palavra/expressão que você elegeu como nº 1, tem para você:

13. Significado mais importante

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

C) SOBRE O PHPN

14. Quando se fala em Humanização do Pré-Natal e Nascimento o que lhe vem na mente?

15. Como Gestor, quais são as suas concepções sobre os Programas do Governo Federal? (Caso conheça especificamente o PHPN, quais as concepções direcionadas)?

16. Como é a cobertura do programa PHPN?

17. Todas as equipes de Saúde da Família desenvolvem o atendimento do Pré-Natal em suas áreas de atuação?

1. Sim
2. Não

Se não, por que isto ocorre?

10. Estado Civil (opção única):

7. Solteiro (a)

8. Casado (a)

9. União Estável

10. Viúvo (a)

11. Separado (a)

12. Divorciado (a)

B) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

11. Coleta de evocações

Agora, você deverá falar cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

Assistência Pré-Natal	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

12. Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

13. Significados

Agora, você deverá indicar o significado que a palavra/expressão que você elegeu como nº 1, tem para você:

14. Significado mais importante

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

C) SOBRE O PHPN

15. O que você conhece do Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento (PHPN)?

16. Quais dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal mais lhe chamam a atenção?

17. Em sua equipe quem faz o cadastramento de gestantes no SISPRENATAL?

18. Preenchem o cartão da gestante e anotam o número do SISPRENATAL?

1. Sim. Caso sim, quais cuidados e ações informam que devem ter com cartão?
2. Não. Se não, por quê?

19. A equipe desenvolve alguma ação para captação precoce da gestante?

1. Sim. Qual ação e qual melhor período para essa captação?
2. Não. Se não, por quê?

20. Em média quantas consultas de pré-natal são realizadas por cada gestante em sua equipe? _____ consultas.

21. Quais os questionamentos são feitos para gestantes em sua primeira consulta de pré-natal?

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Condições de higiene; | 5. <input type="checkbox"/> Alergias; |
| 2. <input type="checkbox"/> Condições de moradia; | 6. <input type="checkbox"/> Uso de medicações; |
| 3. <input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais; | 7. <input type="checkbox"/> Vícios; |
| 4. <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares; | 8. <input type="checkbox"/> Relacionamento familiar. |

22. São pontuados no prontuário da gestante?

1. Sim.
2. Não. Caso não, por quê?

23. Quais as melhores orientações, você julga, para a mulher em seu ciclo gravídico-puerperal? Estas seriam melhores passadas em que momento deste ciclo?

1. Aleitamento materno;
2. Vacinação;
3. Auto-cuidado durante a gravidez;
4. Sinais e sintomas do trabalho de parto;
5. Momento adequado para procurar o hospital para internação;
6. Cuidados com o bebê;
7. Auto-cuidado pós-parto.
8. Preventivo

24. Ao longo do pré-natal, quais são os exames laboratoriais solicitados?

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | 8. <input type="checkbox"/> HBsAg |
| 2. <input type="checkbox"/> Glicemia | 9. <input type="checkbox"/> EAS |
| 3. <input type="checkbox"/> Grupo Sangüíneo / Fator Rh | 10. <input type="checkbox"/> Urocultura |
| 4. <input type="checkbox"/> VDRL | 11. <input type="checkbox"/> Ultrassonografia |
| 5. <input type="checkbox"/> Testagem Anti-HIV | 12. <input type="checkbox"/> Colpocitologia oncótica |
| 6. <input type="checkbox"/> Rubéola | 13. <input type="checkbox"/> EPF |
| 7. <input type="checkbox"/> Sorologia para Toxoplasmose | 14. <input type="checkbox"/> Outros _____ |

25. Em que período da gestação esses exames são solicitados?

26. Após o primeiro trimestre solicitam novos exames?

1. Sim. Quais?
2. Não.

27. Em seu ponto de vista os exames básicos, solicitados ao longo do pré-natal, atendem às necessidades preventivas e avaliativas da mulher?

28. Solicitam o teste de Coombs indireto?

3. Sim. Em que momento? Existe repetição?
4. Não. Caso não, por quê?

29. Existem situações em que são solicitados exames para o parceiro da gestante?

1. Sim. Quais?
2. Não.

30. Quais exames clínicos e com que frequência devem ser realizados durante o Pré-natal?

1. Aferição de PA: Todas as consultas Algumas. Quantas? _____
2. Aferição de pulso: Todas as consultas Algumas. Quantas? _____
3. Aferição de temperatura: Todas as consultas Algumas. Quantas? _____
4. Pesagem: Todas as consultas Algumas. Quantas? _____
5. Medida de fundo uterino: Todas as consultas Algumas. Quantas? _____
6. Ausculta de BCF: Todas as consultas Algumas. Quantas? _____

31. Em que momento são realizados estes procedimentos?

1. Antes da consulta
2. Durante a consulta

32. Os resultados de exames são passados para gestante?

1. Sim.
2. Não. Caso não, por quê?

33. Os resultados de exames são transcritos para cartão da gestante e prontuário?

1. Sim.
2. Não. Se não, por quê?

34. Prescreve algum medicamento para gestante?

1. Sim. Caso sim, quais e em que período?

10. Estado Civil (opção única):

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Solteiro (a) | 4. <input type="checkbox"/> Viúvo (a) |
| 2. <input type="checkbox"/> Casado (a) | 5. <input type="checkbox"/> Separado (a) |
| 3. <input type="checkbox"/> União Estável | 6. <input type="checkbox"/> Divorciado |

B) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

11. Coleta de evocações

Agora, você deverá falar cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

Assistência Pré-Natal	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

12. Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

13. Significados

Agora, você deverá indicar o significado que a palavra/expressão que você elegeu como nº 1, tem para você:

14. Significado mais importante

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

C) SOBRE O PHPN

15. Para você o ACS está inserido na assistência Pré-natal?

- Sim
- Não. Caso não, por quê?

16. Você conhece o Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento (PHPN)?

- Sim. Caso sim, como você o define?
- Não

17. No mínimo, quantas consultas à mulher deve realizar durante o pré-natal? _____

Consultas

18. Em que momento você deve explicar à gestante a importância de fazer o pré-natal, orientando-a a procurar a Unidade Básica de Saúde para início das consultas?

19. Deve cadastrá-la no SIAB?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

20. O que você entende por SISPRENATAL?

21. No seu entendimento quais sinais sugerem que a usuária possa estar grávida?

1. Falta de menstruação
2. Peitos doloridos e aumentados
3. Enjoos, tonturas e sonolência.

22. O que você deve procurar saber quando chega ao domicílio que tem uma gestante?

1. Se ela está bem
2. Se tem alguma queixa
3. Se já realizou alguma consulta de pré-natal
4. Caso ela não esteja sendo acompanhada, orientá-la a buscar a UBS.
5. Você deve avisar a sua equipe sobre a gestante que não realizou consulta.
6. Caso ela não compareça, deverá ser feita busca ativa.

23. No caso da gestante estar realizando o pré-natal, o que você deve procurar saber?

1. Verificar se ela possui cartão da gestante
2. Informar que o cartão é um documento que acompanha toda essa importante fase na vida mulher e da família e serve como apoio e referência aos serviços de saúde e diferentes profissionais que atenderão a gestante, inclusive na maternidade
3. Reforçar a importância do comparecimento a todas as consultas agendadas
4. Verificar a situação vacinal

24. Quais orientações você tem que reforçar para gestante?

1. Alimentação saudável, atividade física, higiene e conforto
2. Benefícios da amamentação
3. Queixas mais comuns na gestação
4. Malefícios do tabaco e do consumo abusivo de drogas e bebidas alcoólicas

5. Sinais de alerta e puerpério.

25. Quais são os sinais de risco que devem ser explicados para gestante?

1. Perder líquidos ou sangue pela vagina;
2. Acordar com as pernas, mãos, braços e olhos inchados;
3. Ter febre alta;
4. Vomitar frequentemente;
5. Ter fortes dores de cabeça;
6. Ter contrações fortes na barriga antes do período previsto para o parto;
7. A barriga parar de crescer ou crescer demais;
8. Se no último trimestre de gestação a mãe não sentir o bebê mexer por mais de 24 horas.

26. Quais os sinais de alerta para encaminhamento da gestante de sua área para a UBS:

1. Sangramento nas gengivas;
2. Dor e sangramento na escovação;
3. Feridas na língua, bochecha e lábios;
4. Dentes ou dentaduras quebradas ou mal adaptadas.

27. Você sabe quais são os sinais de trabalho de parto?

1. Perda pela vagina de líquido parecido com “catarro” de cor clara, às vezes pode ter um pouco de sangue, pode acontecer mais ou menos com 15 dias antes do parto;
2. Dor nas costas e que vai para a parte de baixo da barriga;
3. Perda de líquido pela vagina, o que significa o rompimento da bolsa;
4. Dores na barriga, que fica dura e depois relaxa (contrações do útero).

28. O que você entende por Puerpério?

29. Quais orientações você que você transmite para Puérpera?

1. Ela deve retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção: febre, dor e sangramento;
2. Deve realizar duas consultas até o 42º dia após o parto;
3. Ser estimulada para amamentar o bebê, caso não haja contra-indicação;
4. Levar o recém-nascido para iniciar a puericultura na UBS;
5. Orientar para o início do esquema vacinal da criança (BCG, hepatite B) e, se for o caso, para completar o esquema vacinal da mãe (dT e rubéola);
6. Orientar a realização do teste do pezinho, orelhinha e olhinho;
7. Não colocar objetos no coto umbilical. Exs.: café, moeda, faixa, fumo;
8. Informar que o tipo de bico do peito não impede a amamentação;
9. Chupetas, bicos artificiais e mamadeiras podem prejudicar a pega do bebê ao seio da mãe, além de causar problemas na formação oral do bebê (fala,

8. Condição de trabalho do informante (Resposta única)

1. Do lar
2. Estudante
3. Trabalhador assalariado
4. Trabalhador autônomo
5. _____

9. Situação de trabalho do informante (Resposta única)

1. Afastado
2. Aposentado
3. Desempregado
4. Em exercício
5. Pensionista
6. _____

10. Renda familiar em Salário Mínimo: _____ SM.

11. Número de pessoas que contribuem com a renda familiar: _____ pessoas.

12. Número de gestação: _____

13. Número de nascidos vivos: _____

14. Número de Natimortos: _____

15. Número de Aborto: _____

16. Número de Filhos vivos: _____

17. Tipo de parto:

1. Normal
2. Cesariana

18. A gravidez atual é:

1. Planejada
2. Desejada
3. N.D.A.

19. Mês de gestação / idade gestacional: _____ meses.

B) CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP)

Qual é o grau de instrução do Chefe da Família? (Resposta única)

Grau de instrução		Pontos
1. <input type="checkbox"/> Analfabeto / Até 3a. série Fundamental / Até 3a. série 1°		0
2. <input type="checkbox"/> Até 4a. série Fundamental / Até 4a. série do 1°		1
3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo/ 1° Grau completo		2
4. <input type="checkbox"/> Médio Completo/ 2° Grau completo		4
5. <input type="checkbox"/> 3° Grau completo		8

Posse de itens

Itens/ Quantidade	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Rádio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Banheiro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Automóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
5. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6. Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
7. Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
8. Geladeira	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
9. Freezer (Aparelho independente)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

20. Classificação econômica (Referente às duas questões acima)

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> A1 (42 – 46 pontos) | 5. <input type="checkbox"/> C1 (18 – 22 pontos) |
| 2. <input type="checkbox"/> A2 (35 – 41 pontos) | 6. <input type="checkbox"/> C2 (14 – 17 pontos) |
| 3. <input type="checkbox"/> B1 (29 – 34 pontos) | 7. <input type="checkbox"/> D(8 – 13 pontos) |
| 4. <input type="checkbox"/> B2 (23 – 28 pontos) | 8. <input type="checkbox"/> E(0 – 7 pontos) |

C) CONDIÇÕES DE MORADIA

21. Caracterização do domicílio (opção única):

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Casa | 3. <input type="checkbox"/> Barraco |
| 2. <input type="checkbox"/> Apartamento | 4. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ |

22. A sua casa é (opção única):

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Cedida | 4. <input type="checkbox"/> Própria pagando |
| 2. <input type="checkbox"/> Alugada | 5. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Própria quitada | |

23. Número de cômodos do domicílio, sem contar com o banheiro: _____

24. Destino dos dejetos:

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Sistema público de esgoto | 4. <input type="checkbox"/> Fossa negra |
| 2. <input type="checkbox"/> Esgoto a céu aberto | 5. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Fossa séptica e seca | |

25. Abastecimento de água:

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Rede pública interna | 4. <input type="checkbox"/> Poço artesiano externo |
| 2. <input type="checkbox"/> Rede pública externa | 5. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Poço artesiano interno | |

26. Destino do lixo – coleta pública (opção única):

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Diária | 5. <input type="checkbox"/> Não, enterra |
| 2. <input type="checkbox"/> Dias alternados | 6. <input type="checkbox"/> Não, joga em terreno baldio |
| 3. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana | 7. <input type="checkbox"/> Não, queima |
| 4. <input type="checkbox"/> Irregular | 8. <input type="checkbox"/> Não, outros: _____ |

27. Melhoramento público

- Calçamento de rua
- Iluminação de rua

D) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

28. Coleta de evocações

Agora, você deverá falar cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

Assistência Pré-Natal	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

29. Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

30. Significados

Agora, você deverá indicar o significado que a palavra/expressão que você elegeu como nº 1, tem para você:

31. Significado mais importante

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

E) INDICADORES DE QUALIDADE DO PHPN

32. Com quantas semanas de gravidez você: iniciou o pré-natal: ____ semanas.

33. Foi referenciada por alguém para consultas de pré-natal?

1. Sim. Quem?

2. Não.

34. Quando procura a ESF para agendar as consultas de pré-natal, o que normalmente ocorre?

35. Quantas consultas de pré-natal você fez até o momento?

36. O que tem a dizer a respeito do cumprimento da ESF em atendê-la, nas consultas agendadas?

37. Em geral, as consultas de pré-natal que você fez, duravam quantos minutos?

38. O que teria a dizer em relação ao tempo de realização da consulta, e o tempo de espera para ser atendida na ESF.

39. Enquanto espera pela consulta na sala de espera, o que normalmente é preparado pela ESF para que o tempo passe de forma mais agradável ou saudável?

40. Além de fazer consultas, de quais outras atividades você já participou na ESF?

41. Que contribuições ou benefícios tais atividades trouxeram para você?

42. Ao longo do pré-natal, quais foram os exames laboratoriais solicitados pelo médico?

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | 8. <input type="checkbox"/> HBsAg |
| 2. <input type="checkbox"/> Glicemia | 9. <input type="checkbox"/> EAS |
| 3. <input type="checkbox"/> Grupo Sangüíneo / Fator Rh | 10. <input type="checkbox"/> Urocultura |
| 4. <input type="checkbox"/> VDRL | 11. <input type="checkbox"/> Ultrassonografia |
| 5. <input type="checkbox"/> Testagem Anti-HIV | 12. <input type="checkbox"/> Colpocitologia oncótica |
| 6. <input type="checkbox"/> Rubéola | 13. <input type="checkbox"/> EPF |
| 7. <input type="checkbox"/> Sorologia para Toxoplasmose | |

43. Você foi informada sobre os resultados dos exames?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

44. Suas mamas foram examinadas?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

45. Recebeu orientações sobre o pré-natal?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

46. Compreendeu todas as orientações recebidas?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

47. Recebeu informações sobre qual serviço procurar em caso de necessidade?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

48. Teve alguma complicação durante a gravidez?

1. Sim. Caso sim, quais?
2. Não.

49. Foi encaminhada para outro serviço para tratamento especializado?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

Caso tenha sido encaminhada (resposta 29 = sim) responder as questões 30 e 31.

50. Recebeu atendimento?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

51. Seu problema foi resolvido?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

52. Quanto tempo você esperava para ser atendida no dia da sua consulta de pré-natal? _____ minutos

53. Que nota você daria para o atendimento realizado pelo médico? Considere 1 como ruim e 10 como muito bom (opção única)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

54. Que nota você daria para o atendimento realizado pelo Enfermeiro? Considere 1 como ruim e 10 como muito bom (opção única)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

55. Que nota você daria para o acompanhamento realizado pelo ACS? Considere 1 como ruim e 10 como muito bom (opção única)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

56. Foi perguntado sobre o que você sentiu desde a última consulta?

1. Sim
2. Não

57. Que procedimentos o médico ou enfermeiro realiza em você em todas as consultas?

1. Aferição da temperatura
2. Aferição do pulso
3. Aferição da pressão arterial
4. Aferição do Peso
5. Aferição do BCF
6. Aferição do Altura Uterina

58. Em que momento foram realizados estes procedimentos?

1. Antes da consulta
2. Durante a consulta

59. Você foi informada dos resultados?

1. Sim. Quais?
2. Não. Porque?

60. Você tem cartão de pré-natal?

1. Sim
2. Não. Caso não, por quê?

61. Apenas para quem respondeu sim na questão acima. O cartão de pré-natal foi totalmente preenchido? (verificar se todos os dados foram preenchidos e atualizados)
1. Sim
 2. Não. Caso não, por quê?
62. Foi informada quanto aos seguintes cuidados referentes ao cartão do pré-natal?
1. Levar em todas as consultas
 2. Não esquecer de levar ao hospital quando do parto
63. Você recebeu algum medicamento durante o pré-natal?
1. Sim, Quais
 2. Não. Por quê?
64. Recebeu orientações de como tomá-los?
1. Sim, Quais
 2. Não. Por quê?
65. Você recebeu alguma vacina durante o pré-natal?
1. Sim.
 2. Não.
66. Se sim, quais foram?
67. Quantas doses?
68. Qual o intervalo de tempo?
69. Se não, por qual motivo?
70. Sabe indicar quais e quando tomar os reforços?
1. Sim
 2. Não. Por quê?
71. Você participou de alguma atividade educativa na sala de espera enquanto aguardava a consulta?
1. Sim
 2. Não. Por quê?
72. Você compreendeu as informações recebidas?
1. Sim
 2. Não. Por quê?
73. Nas consultas, fizeram perguntas referentes:
74. Fez o exame preventivo durante a gestação?
1. Sim
 2. Não. Por quê?

ANEXO E -ROTEIRO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA USUÁRIAS/PUÉRPERAS

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Representações Sociais de gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina – ES.

Roteiro de entrevista: Usuárias - Puérperas

Data: ___/___/2012 **Entrevistador:** _____ **Nº:** _____

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é: identificar as representações sociais de gestores públicos, corpo técnico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuárias dos municípios de Aimorés /MG e Colatina - ES , relativas às práticas e vivências no Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN).
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos no conjunto de entrevistas e questionários respondidos por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

1. Cidade: 1. Aimorés

2. Colatina

2. Agente comunitário da saúde: _____

3. Idade: _____ (anos)

4. Data de nascimento: ___/___/____ (dd/mm/aaaa)

5. Você recebeu visita do Enfermeiro ou do Médico nos primeiros dias após o nascimento do seu filho (a)?

6. Caso negativo a pergunta anterior, você veio a Unidade de Saúde ou foi orientada para consulta nos primeiros 10 dias após o nascimento do seu bebê?

7. Você e seu bebê foram avaliados nessa consulta?

8. Que orientações você recebeu nessa visita?

9. Pediram para verificar o cartão do pré-natal?

10. Fizeram perguntas sobre:

- Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido.
- Dados do parto (data, tipo de parto, se foi cesárea, qual a indicação).
- Intercorrência no final da gestação, no parto ou no pós-parto.
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias ou febre.
- Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).
- Higiene, sono, alimentação ou hidratação.
- Planejamento familiar

11. Recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto?

12. Recebeu apoio para amamentação?

13. Teve algum problema com a amamentação?

14. Você continua amamentando?

15. Avaliaram suas mamas?

16. Recebeu informações para amamentação exclusiva até que Mês?

17. Recebeu informações sobre os cuidados básicos com o bebê?

18. Teve algum problema após o parto?

19. Caso afirmativo a pergunta anterior, lhe encaminharam ou resolveram seu problema?

20. Nessa primeira consulta agendaram a próxima consulta puerperal?

21. Essa segunda consulta foi realizada quantos dias após o parto?

22. Quais as orientações recebidas nessa consulta?

- Atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids.
- Planejamento familiar e ativação de método contraceptivo.
- Métodos que podem ser utilizados no pós-parto.
- Reforçaram a orientação sobre o aleitamento.
- Exame preventivo

23. Que contribuições ou benefícios a assistência pré-natal trouxe para você?

ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE

OF: CEP/UNIVALE 033/12-08
Governador Valadares, 13 de agosto de 2012.
Do: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIVALE
Para: Prof. Dr. Carlos Alberto Dias
Parecer: **Aprovado**

Prezado Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião ordinária avaliou o Projeto “**Representações sociais de gestores, profissionais e usuárias relativas ao Programa de Humanização do Pré-Natal nos municípios de Aimorés e Colatina**” sob sua coordenação, e o parecer emitido descreve **APROVADO**, sob sua coordenação.

Orientações ao pesquisador:

Caso haja eventos adversos no decorrer ou decorrentes da pesquisa, o pesquisador responsável deverá notificar imediatamente ao Comitê de Ética, para que possam ser tomadas as devidas providências.

Modificações ou alterações eventuais no projeto deverão ser informadas por escrito ao Comitê de Ética, identificando o que foi alterado acompanhado de justificativa. O Comitê de Ética apreciará o pedido e emitirá o seu parecer.

O pesquisador deverá encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Univale o relatório final (Formulário 10). Outras orientações no site www.univale.br/sites/cep.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Ivana Cristina Ferreira Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Gestão Integrada do Território

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Representações Sociais de gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina – ES.
Natureza do Projeto: Pesquisa
Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde (MGIT) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)
Pesquisador Responsável: Carlos Alberto Dias
Nome da Mestranda Participante: Adriene de Freitas Moreno Rodrigues
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Representações Sociais de gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina – ES, na área de Ciências Humanas.
- 2) A pesquisa terá como objetivo identificar as representações sociais de gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina – ES, relativas às práticas e vivências no Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN).
- 3) As clientes (gestantes e puérperas) participarão de duas entrevistas sendo a primeira realizada a partir da 30ª semana de Gestação, e a segunda após o parto, mais especificamente entre o 15º e 42º dia de puerpério (período após o nascimento). Já os gestores públicos, corpo técnico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participarão de uma única entrevista.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explica es que informam sobre o procedimento:
 - 3.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao

entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.

3.2) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.

- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.
- 8) Prevêem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento das representações sociais em torno da qualidade da assistência pré natal, tem-se como expectativa que os resultados alcançados possam indicar estratégias para fortalecer a mobilização em prol do desenvolvimento das atividades do PHPN no Município e a conseqüente melhoria da qualidade desta assistência.
- 9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO H - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COLATINA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA INSTITUIÇÃO.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

Assunto: Solicitação de Autorização para Pesquisa

Prezado Sr. Marco Canni,

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de Saúde Coletiva titulado “**Representações Sociais de gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina**”. Esta pesquisa tem como objetivo identificar as representações sociais de gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do município de Colatina - ES, relativas às práticas e vivências no Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

No presente estudo serão considerados:

- 03 Gestores Públicos (GP) - O Secretário Municipal de Saúde, Coordenação do Programa Saúde de Mulher e Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- 12 Profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família – sendo 04 Enfermeiros, 04 médicos e 04 Agentes Comunitários de Saúde (01 de cada ESF nas quais estão cadastradas as gestantes participantes da pesquisa).
- 16 Gestantes (GE) – ou seja, 04 gestantes atendidas por cada Unidade de Saúde participante do estudo.

A coleta de dados se fará em cinco momentos:

1. Entrevista com o Secretário Municipal da Saúde.
 - Agendamento da Entrevista.
 - Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; convite à participação na qualidade de gestor; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de

informações; solicitação de autorização para dar continuidade à pesquisa junto aos profissionais e usuárias do PHPN.

2. Entrevista com a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família.

- Agendamento da Entrevista com a Coordenação da ESF.
 - Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação na qualidade de gestor; esclarecimento do procedimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de apoio para dar continuidade à pesquisa junto aos profissionais e usuárias do PHPN.

3. Entrevista com Profissionais de Saúde (Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários).

- Sorteio aleatório das equipes de ESF que participarão da pesquisa.
- Agendamento das entrevistas a serem realizadas com profissionais de saúde.
- Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de apoio para dar continuidade à pesquisa junto às usuárias do PHPN.

4. Entrevista com usuárias do PHPN (Gestantes e Puérperas).

- Levantamento das Gestantes e Puérperas inscritas no PHPN, identificadas por área de ESF.
- Sorteio aleatório de quatro gestantes que participarão da entrevista, por equipe de ESF.
- Contato telefônico com as usuárias do PHPN selecionadas, para informar da pesquisa, verificar o interesse em participar e agendar o local, dia e

horário da entrevista (para cada recusa far-se-á novo sorteio para substituição das possíveis participantes de cada equipe de ESF.

- Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; checagem do cartão da gestante; verificação do interesse em participar da segunda entrevista; solicitação de autorização para ter acesso ao prontuário; agradecimentos. A segunda entrevista seguirá as mesmas etapas.

5. Checagem dos indicadores de qualidade do PHPN nos prontuários das gestantes participantes da pesquisa.

A referida pesquisa está ligada ao Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce e os dados nela coletados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e preparação de Dissertação de Mestrado. Comprometemo-nos a realizá-la de acordo com os princípios éticos da pesquisa, sendo que sua execução ocorrerá do período de Julho de 2012 à Dezembro de 2012.

Conforme normas de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Informamos ainda, que será garantida a não identificação dos sujeitos da pesquisa, utilizando um sistema de codificação dos dados coletados. Não existem riscos diretos quanto à saúde dos participantes, embora os mesmos possam apresentar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Acreditamos que conhecer como esta sendo realizada a assistência pré-natal seja essencial para direcionamento das ações, uma vez que o bem estar e a saúde reprodutiva e neonatal estão diretamente relacionados às políticas sociais Nacionais e dependem muito da organização da assistência de saúde local. Diante disso,

discutir os elementos representativos que norteiam a assistência pré natal, facilita tecer propostas que auxiliarão em um atendimento de qualidade.

O acesso às representações dos atores do PHPN permitirá deslocar o olhar para o plano das significações, abordar os sujeitos, creditando-lhes formas de conhecer, pensar e atuar sobre a realidade e possibilidades de adequação cultural às intervenções. Vale atentar para o fato de que a qualidade do atendimento às usuárias do PHPN não depende apenas de dados normativos e técnicos, mas, sobretudo, da forma como os atores envolvidos entendem e vivenciam as diversas ações que fazem parte do programa.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados desta pesquisa.

Neste sentido, solicitamos autorização para realização desta pesquisa no município de Colatina – ES.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

No aguardo de definições da V.S^a., nos despedimos.

Atenciosamente,

Governador Valadares – MG, 10 de maio de 2012.

Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Ciente das informações apresentadas acima, autorizo a realização da pesquisa mencionada na instituição na qual sou responsável.

Marco Canni
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COLATINA PARA ACESSO E USO DE DADOS DOCUMENTAIS.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

Assunto: Solicitação de Autorização para acesso e uso de dados documentais.
Prezado Sr. Marco Canni,

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de Saúde Coletiva titulado “**Representações Sociais de gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina**”. Este trabalho tem como objetivo identificar as representações sociais de gestores públicos, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias do município de Colatina - ES, relativas às práticas e vivências no Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

No presente estudo serão considerados:

- 02 Gestores Públicos (GP) - O Secretário Municipal de Saúde e Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- 08 Membros do Corpo Técnico (CT) – sendo 04 médicos e 04 Enfermeiros.
- 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – sendo 01 de cada ESF nas quais estão cadastradas as gestantes participantes da pesquisa.
- 16 Gestantes (GE) – ou seja, 04 gestantes atendidas por cada Unidade de Saúde participante do estudo.

A coleta de dados se fará em cinco momentos:

1. Entrevista com o Secretário Municipal da Saúde.
 - Agendamento da Entrevista.
 - Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; convite à participação na qualidade de gestor; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de autorização para dar continuidade à pesquisa junto aos profissionais e usuárias do PHPN.
2. Entrevista com a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família.
 - Agendamento da Entrevista com a Coordenação da ESF.
 - Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação na qualidade de gestor; esclarecimento do procedimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de apoio para dar continuidade à pesquisa junto aos profissionais e usuárias do PHPN.
3. Entrevista com Profissionais de Saúde (Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários).

- Sorteio aleatório das equipes de ESF que participarão da pesquisa.
 - Agendamento das entrevistas a serem realizadas com profissionais de saúde.
 - Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; solicitação de apoio para dar continuidade à pesquisa junto às usuárias do PHPN.
4. Entrevista com usuárias do PHPN (Gestantes e Puérperas).
- Levantamento das Gestantes e Puérperas inscritas no PHPN, identificadas por área de ESF.
 - Sorteio aleatório de quatro gestantes que participarão da entrevista, por equipe de ESF.
 - Contato telefônico com as usuárias do PHPN selecionadas, para informar da pesquisa, verificar o interesse em participar e agendar o local, dia e horário da entrevista (para cada recusa far-se-á novo sorteio para substituição das possíveis participantes de cada equipe de ESF).
 - Na entrevista serão realizadas sequencialmente as seguintes etapas: agradecimentos por ter aceitado receber a pesquisadora para a entrevista; apresentação do projeto e seus objetivos; informação da autorização obtida junto ao Secretário da Saúde para realizar a pesquisa; convite à participação; esclarecimento do procedimento e assinatura do TCLE; realização da entrevista propriamente dita para coleta de informações; checagem do cartão da gestante; verificação do interesse em participar da segunda entrevista; solicitação de autorização para ter acesso ao prontuário; agradecimentos. A segunda entrevista seguirá as mesmas etapas.
5. Checagem dos indicadores de qualidade do PHPN nos prontuários das gestantes participantes da pesquisa.

A referida pesquisa está ligada ao Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce e os dados nela coletados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e preparação de Dissertação de Mestrado. Comprometemo-nos a realizá-la de acordo com os princípios éticos da pesquisa, sendo que sua execução ocorrerá do período de Julho de 2012 à Dezembro de 2012.

Conforme normas de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Informamos ainda, que será garantida a não identificação dos sujeitos da pesquisa, utilizando um sistema de codificação dos dados coletados. Não existem riscos diretos quanto à saúde dos participantes, embora os mesmos possam apresentar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Acreditamos que conhecer como esta sendo realizada a assistência pré-natal seja essencial para direcionamento das ações, uma vez que o bem estar e a saúde reprodutiva e neonatal estão diretamente relacionados às políticas sociais Nacionais e dependem muito da organização da assistência de saúde local. Diante disso, discutir os elementos representativos que norteiam a assistência pré natal, facilita tecer propostas que auxiliarão em um atendimento de qualidade.

O acesso às representações dos atores do PHPN permitirá deslocar o olhar para o plano das significações, abordar os sujeitos, creditando-lhes formas de conhecer, pensar e atuar sobre a realidade e possibilidades de adequação cultural às intervenções. Vale atentar para o fato de que a qualidade do atendimento às usuárias do PHPN não depende apenas de dados normativos e técnicos, mas, sobretudo, da forma como os atores envolvidos entendem e vivenciam as diversas ações que fazem parte do programa.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados desta pesquisa.

Neste sentido, solicitamos autorização para acesso aos dados dos prontuários das gestantes participantes da pesquisa cadastradas no PHPN, nas Unidades do Programa Saúde da Família do Município de Colatina. Lembramos que os dados obtidos com o acesso aos documentos serão utilizados exclusivamente para a presente pesquisa.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

No aguardo de definições da V.S^a., nos despedimos.

Atenciosamente,

Governador Valadares – MG, 10 de maio de 2012.

Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Ciente das informações apresentadas acima, autorizo a realização da pesquisa mencionada na instituição na qual sou responsável.

Marco Canni
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO J – TERMO DE AUTORIZAÇÃO E APOIO TÉCNICO A PROJETO DE PESQUISA (COLATINA – ES).

Apoio Técnico a Projeto de Pesquisa

A Secretaria de Saúde de Colatina, com sede na Rua Cassiano Castelo, nº 320, Centro, CEP: 29.700-060, aqui representada pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr Marco Canni, atua como parceiro na realização do Projeto de Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce intitulado: *Representações Sociais de gestores, profissionais e usuárias relativas ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento nos municípios de Aimorés e Colatina*, sob a Coordenação do Prof. Dr. Carlos Alberto Dias, cujo objetivo é *identificar as representações sociais de gestores públicos, corpo técnico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e usuárias dos municípios de Aimorés/MG e Colatina/ES, relativas às práticas e vivências no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)*.

Essa parceria constitui-se tão somente em apoio técnico para realização do referido projeto, no que se refere ao fornecimento de dados de caráter público, permissão de acesso às usuárias do serviço e aos seus prontuários, acesso aos gestores e demais funcionários do serviço, a fim de contribuir para o desenvolvimento das atividades relativas ao citado Projeto, sem com isso ferir os ordenamentos municipais e a ética em pesquisa com seres humanos.

Em termos práticos a Secretaria fará a interlocução com os integrantes do projeto de pesquisa Prof. Carlos Alberto Dias (Coordenador) e a aluna do Mestrado em Gestão Integrada do Território, Adriene de Freitas Moreno Rodrigues (colaboradora).

Nada mais.


Marco Canni
Secretário da Saúde de Colatina

Marco Canni
Secretário Municipal de Saúde
COLATINA / ES