

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VINÍCIUS PAIVA SCHIAVON

ANÁLISE DA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

CURITIBA 2021

VINÍCIUS PAIVA SCHIAVON

ANÁLISE DA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA.

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção de grau de Mestre, Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências
da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti
de Albuquerque

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

S329 Schiavon, Vínicius Paiva
Análise da atenção materno-infantil em uma unidade de saúde
de município da Região Metropolitana de Curitiba [recurso eletrônico]
/ Vínicius Paiva Schiavon. – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de
Albuquerque

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde materno-infantil.
3. Serviços de saúde materno-infantil. 4. Avaliação em saúde.
I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de. II. Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM: WQ 150

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -33303002001P9

ATA Nº04/2021

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

No dia trinta de abril de dois mil e vinte e um às 09:00 horas, na sala Teams, internet, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação do mestrando **VINÍCIUS PAIVA SCHIAVON**, intitulada: **Análise da Atenção Materno-Infantil em uma Unidade de Saúde de Município da Região Metropolitana de Curitiba**, sob orientação do Prof. Dr. GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), RAFAELA GESSNER LOURENÇO (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/), SABRINA STEFANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora. CURITIBA, 30 de Abril de 2021.

Assinatura Eletrônica

05/05/2021 12:53:50.0

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

30/04/2021 16:57:20.0

RAFAELA GESSNER LOURENÇO
Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/)

Assinatura Eletrônica

30/04/2021 17:20:10.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Padre Camargo, 280, 3º andar - CURITIBA - Paraná – Brasil CEP 80060-240 – Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: profsaudeufpr@gmail.com . Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015. Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 90366. Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 90366



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA 33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **VINÍCIUS PAIVA SCHIAVON** intitulada: **Análise da Atenção Materno-Infantil em uma Unidade de Saúde de Município da Região Metropolitana de Curitiba**, sob orientação do Prof. Dr. GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Abril de 2021.

Assinatura Eletrônica

05/05/2021 12:53:50.0

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

30/04/2021 16:57:20.0

RAFAELA GESSNER LOURENÇO
Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/)

Assinatura Eletrônica

30/04/2021 17:20:10.0

SABRINA STEFANELLO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Padre Camargo, 280, 3° andar - CURITIBA - Paraná – Brasil CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: profsaudeufpr@gmail.com Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015. Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 90366 Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 90366

Dedico este trabalho à toda minha família, especialmente ao meu pai Ivo, minha mãe Elizabete, minha irmã Vanessa, minha esposa Graziela e minha filha Cecília.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré, a todos professores do mestrado Prof-Saúde, especialmente ao professor Guilherme.

JÁ FAZ TEMPO QUE ESCOLHI

A luz que me abriu os olhos
para a dor dos deserdados
e os feridos de injustiça,
não me permite fechá-los
nunca mais, enquanto viva.
Mesmo que de asco ou fadiga
me disponha a não ver mais,
ainda que o medo costure
os meus olhos, já não posso
deixar de ver: a verdade
me tocou, com sua lâmina
de amor, o centro do ser.
Não se trata de escolher
entre cegueira e traição.
Mas entre ver e fazer
de conta que nada vi
ou dizer da dor que vejo
para ajudá-la a ter fim,
já faz tempo que escolhi.

Thiago de Mello

RESUMO

A atenção materno-infantil, voltada para as gestantes e os recém-nascidos, possui objetivos semelhantes em todo território, embora exista uma diversidade de protocolos nos estados e municípios. O SUS como sistema de saúde universal, integral, igualitário e sob controle social, garante a atenção a esta parcela da população. A realidade geográfica, econômica, cultural, política e social da periferia das grandes cidades, determinada, em última instância, pela maneira como está organizada a sociedade, seus valores e princípios, expressão das relações de produção atinentes ao modo de produção dominante, delimita as possibilidades e os entraves para o desenvolvimento e implementação destas das ações de atenção materno-infantil. No Brasil, existe uma imensa desigualdade socioeconômica que impulsiona uma grande parcela da população a ficar alijada do acesso aos bens e serviços necessários para a realização da vida, nesta realidade se insere a constituição do SUS como política compensatória. Porém, o SUS, oferece um sistema de saúde com uma estrutura suficiente para a atenção materno-infantil adequada, permitindo o alcance de resultados que se expressam em índices de saúde favoráveis que estão limitados por questões técnicas e por questões estruturais da sociedade. Diante disso, propôs-se o presente estudo visando analisar o cuidado materno infantil em uma unidade básica de saúde região metropolitana de Curitiba, no município de Almirante Tamandaré. Realizou-se, inicialmente, um estudo descritivo e observacional, com base em pesquisa documental em bancos de dados oficiais do Brasil, do estado do Paraná e do município de Almirante Tamandaré, além de pesquisa de campo orientada por um roteiro observacional elaborado pelo autor. Os dados foram sistematizados de modo a permitir a descrição da estrutura, processo e resultados de unidade de saúde e possibilitaram definir as condições do atendimento materno-infantil. Conclui-se que a estrutura da UBS era insuficiente em relação ao espaço físico e a composição da equipe pela ausência de agente comunitário, em relação ao processo dentro das limitações apresentadas na estrutura, ocorria de forma insatisfatória, pela ausência das atividades de enfermagem e adesão incompleta por parte das gestantes a todo o processo de cuidado, quanto aos resultados o tamanho da amostra apresentada da população adscrita não permitiu uma análise adequada. Os resultados da pesquisa mostraram que a cobertura da assistência materno infantil na unidade de saúde analisada ainda é inconsistente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Atenção Materno-Infantil, Organização dos Serviços de Saúde, Avaliação dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Maternal and childcare, aimed at pregnant women and newborns, has similar objectives throughout the territory, although there are a diversity of protocols in the states and municipalities. The SUS as a universal health system, integral, egalitarian and under social control, guarantees care to this portion of the population. The geographical, economic, cultural, political and social reality of the periphery of the big cities, determined, in the last instance, by the way society is organized, its values and principles, expression of the relations of production relative to the dominant mode of production, limits the possibilities and barriers for the development and implementation of these actions of maternal and childcare. In Brazil, there is an immense socioeconomic inequality that drives a large portion of the population to be deprived of access to the goods and services necessary for the realization of life, in this reality is inserted the constitution of the SUS as a compensatory policy. However, SUS offers a health system with a sufficient structure for adequate maternal and childcare, allowing the achievement of results that are expressed in favorable health indexes that are limited by technical issues and by structural issues of society. Therefore, this study aimed to analyze maternal care in a primary health unit in the metropolitan region of Curitiba, in the municipality of Almirante Tamandaré. Initially, a descriptive and observational study was conducted, based on documentary research in official databases of Brazil, the state of Paraná and the municipality of Almirante Tamandaré, as well as field research guided by an observational script prepared by the author. The data were systematized to allow the description of the structure, process and results of the health unit and to define the conditions of maternal and childcare. It is concluded that the structure of the UBS was insufficient in relation to the physical space and the composition of the team by the absence of community agent, in relation to the process within the limitations presented in the structure, occurred in an unsatisfactory way. Due to the absence of nursing activities and incomplete adherence by pregnant women to the entire care process, the results of the sample size presented by the descriptive population did not allow an adequate analysis. The results of the research showed that the coverage of maternal childcare in the analyzed health unit is still inconsistent.

Keywords: Primary Health Care, Maternal and Child Care, Health Services Organization, Health Services Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA1 – ARCABOUÇO INSTITUCIONAL E DECISÓRIO DO SUS.....	37
FIGURA 2 – MODELO DE CAUSALIDADE PARA MORTALIDADE MATERNA	87
FIGURA 3 – INSTALAÇÕES DA ANTIGA UBS SÃO JOÃO BATISTA	114
FIGURA 4 – ATUAIS INSTALAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AVELINO BARBOSA DE ALMEIDA.....	114

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

QUADRO 1 - POPULAÇÃO ESTIMADA DO MUNICÍPIO, NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS E TAXA BRUTA DE NATALIDADE 2010 – 2016	108
QUADRO 2 - INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTOS DO MUNICÍPIO - 2013 A 2016	108
QUADRO 3 - PERCENTUAL DE CONSULTAS PRÉ-NATAL EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO - 2013 A 2016	110
GRÁFICO 1 - COMPARATIVO DO PERCENTUAL DE GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS - 2013 A 2016	110
GRÁFICO 2 - QUANTITATIVO DE GESTANTES CADASTRADAS PARA O ANO DE 2017 POR UNIDADE DE SAÚDE	113
QUADRO 4 – ANÁLISE DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS DA UBS SÃO JOÃO BATISTA EM RELAÇÃO AO DETERMINADO	115
QUADRO 5 – CAPTAÇÃO DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ.....	117
QUADRO 6 – EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS PARA CADA TRIMESTRE	118
QUADRO 7 – REALIZAÇÃO DAS ECOGRAFIAS OBSTÉTRICAS	118
QUADRO 8 – COMPARATIVO DAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA NA UNIDADE DE SAÚDE SÃO JOÃO BATISTA, O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O BRASIL.....	120
QUADRO 9 – TAXA DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E DE BAIXO PESO AO NASCER NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO MÉDICO DA FAMÍLIA.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

Atenção Materno-Infantil – AMI
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM
Centros de Parto Normal – CPN
Casas da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP
Sistema Único de Saúde – SUS
Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS
Fundo Monetário Internacional – FMI
Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS
Redes de Atenção à Saúde – RAS
Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP
Política Nacional de Atenção Básica – PNAB
Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN
Atenção Primária à Saúde – APS
Atenção Básica a Saúde - ABS
Contribuição Provisória de Movimentação Financeira - CPMF
Produto Interno Bruto - PIB
Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES
Caixa Econômica Federal - CEF
Organização Mundial da Saúde - OMS
Estratégia Saúde da Família - ESF
Equipes de Saúde da Família - EqSF
Unidades Básicas de Saúde - UBS
Departamento de Atenção Básica - DAB
Secretaria de Atenção a Saúde - SAS
Ministério da Saúde - MS
Programa Saúde da Família - PSF
Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF
Programa Mais Médicos - PMM
Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN
Programa Rede Mãe Paranaense – PRMP
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Razão de Mortalidade Materna - RMM
Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG
Unidade de Atenção Primária - UAP
Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - SISPRENATAL
Teste Imunológico para Gravidez - TIG
Declaração de Nascidos Vivos - DN
Índice de Desenvolvimento Humano Médio - IDHM
Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II
Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde - APSUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 PRESSUPOSTO	23
1.2 JUSTIFICATIVA	23
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	23
1.4 OBJETIVOS	24
1.4.1 Objetivo Geral	24
1.4.2 Objetivos Específicos	24
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 IMPLEMENTAÇÃO	32
2.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	34
2.3 ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS E AS REDES DE ATENÇÃO.....	36
2.3.1 As Redes de Atenção à Saúde.....	37
2.4 SAÚDE PÚBLICA/SAÚDE COLETIVA.....	42
2.4.1 Desafios, Obstáculos e Ameaças.....	47
3 METODOLOGIA	51
4 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	55
4.1 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	61
4.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	64
4.1.2 Programa Mais Médicos.....	73
5 ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	76
5.1 FATORES DE RISCO MATERNO INFANTIL	82
5.2 REDE CEGONHA	83
5.3 REDE MÃE PARANAENSE	89
5.3.1 Pontos de Atendimento da Rede Mãe Paranaense.....	94
5.3.1.1 Atenção Primária à Saúde.....	94
5.3.1.2 Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense	97

5.3.1.3 Atenção Terciária à Saúde	100
5.3.2 Fluxo da Gestante na Atenção Primária.....	102
5.3.3 Fluxo da Criança na APS	106
6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	108
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA UNIDADE DE SAÚDE ANALISADA	108
6.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
7 CONCLUSÕES	121
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE 1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	138
ANEXO 1 - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	141

APRESENTAÇÃO

Entre os anos 2007 e 2014 fiz a opção de morar em um outro país, além de me identificar com sua história política social e cultural fui estudar medicina, esse país é Cuba. Já era formado em Odontologia, estava fazendo a residência multiprofissional em Saúde da Família e tomei essa decisão com base em diversos fatores, que além de ampliar meu conhecimento na área da saúde era conviver com estudantes latino-americanos, falar outra língua, aprender outra cultura, conhecer um sistema de saúde público e estatal (o modelo que defendo aqui no Brasil) e fortalecer meus ideais e convicções socialistas vivendo nesse país.

O primeiro ano de estudo se chamava Pré-médico, período o qual revisamos as disciplinas do segundo grau para começar definitivamente a graduação em Medicina. O primeiro e o segundo ano da “Carreira em Medicina”, assim como se chama em Cuba, tivemos as disciplinas do ciclo básico integradas, também disciplinas desde o começo até o final que estávamos em contato com o sistema de saúde, íamos aos consultórios dos médicos de família e policlínicas para acompanhar o serviço e conhecer a realidade da população cubana. O terceiro ano aprendemos sobre a “arte de examinar o paciente”, no quarto e quinto ano são ministradas disciplinas específicas do ciclo médico, porém sempre integradas ao serviço descentralizadas do hospital. O último ano é o internato, disciplinas das grandes áreas. Este modelo de ensino integrado a realidade e em contato desde o início com a comunidade permitiu a construção de uma visão crítica reflexiva e humana na minha formação profissional. Durante todos esses anos de convivência com o povo cubano, dentro do sistema de saúde, estudando, comecei a ter um olhar diferenciado para o cuidado com a Gestante e o recém-nascido, desde o primeiro ano na comunidade quando chegava uma paciente para consulta Pré-natal no consultório médico de família, o caminhar delas a passos lentos, a preocupação com sua gestação, os resultados dos exames, as orientações sobre alimentação e cuidados gerais, as aulas no Policlínico acompanhando a realização de ecografia obstétrica, vendo todas aquelas gestantes aguardando a sua vez para serem chamadas e conversando sobre seu cotidiano e suas expectativas, e também as interconsultas com o médico obstetra de risco intermediário, já que as de alto risco ficam internadas toda a gestação. O acompanhamento no momento do parto, fazendo o internamento, passando horas

ao lado delas contanto as contrações uterinas até o momento do parto, e que continuavam com o seguimento do recém-nascido nas consultas de puericultura. Essas experiências únicas que até hoje me emocionam quando lembro, foi o que me motivou a estudar este tema na minha dissertação do mestrado.

1 INTRODUÇÃO

A gestante e o recém-nascido formam um binômio bastante vulnerável da população, por isso demandam um cuidado especial para esta fase da vida com o intuito de promover a manutenção da sua saúde, preservação da vida e meios de possibilitar um desenvolvimento adequado, o que propicia um desfecho favorável para este grupo.

Diante desta vulnerabilidade, estruturar o cuidado à saúde materno infantil tem papel fundamental para que se possa alcançar os objetivos acima propostos, além de outros imprescindíveis para a saúde da gestante e do recém-nascido. Entre elas pode-se apresentar como ações mais comuns da atenção materno infantil a manutenção da avaliação periódica do crescimento e desenvolvimento da criança que incluem orientações relacionadas com a alimentação, cronograma de imunização, prevenção de acidentes, entre outros. Com a mãe são necessários cuidados relacionados com a sua saúde geral e reprodutiva, que englobam exames ginecológicos periódicos, orientações em relação às doenças infectocontagiosas e Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre outros.

A Atenção Materno-Infantil (AMI) visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. É um conjunto de ações que se inicia com a identificação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com um número adequado de consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças. Inclui, ainda, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco e a garantia do parto, por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional, visando aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e crianças conforme propõe o Ministério da Saúde em suas normativas sobre o tema.

No Brasil, a disseminação, de forma mais ampla, da atenção materno-infantil, ocorreu pelo programa de atenção pré-natal com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da década de 80. Desde esse período, têm ocorrido mudanças significativas quanto ao aumento da cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao início mais precoce do

pré-natal. Os indicadores de saúde relativos à morbidade e à mortalidade materna e perinatal, embora venham apresentando melhoras, continuam insatisfatórios em todas as regiões do país, ainda que em níveis diversos, e considerando-se que poderiam ser bastante melhorados com o aprimoramento dos programas implantados (CARVALHO; NOVAES, 2004; ALVES et al., 2013).

A estratégia atual, adotada pelo Ministério da Saúde é a política pública para atenção materno-infantil intitulada “Rede Cegonha” que é uma estratégia que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. A implantação e expansão do programa segue critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha, política pública para atenção materno-infantil, desenvolve ações em 5.488 municípios, alcançando 2,6 milhões de gestantes. A estratégia também busca contribuir na aceleração da redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Entre as ações da Rede Cegonha está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), os Centros de Parto Normal funcionam em conjunto com as maternidades para humanizar o parto, oferecendo às gestantes o ambiente mais adequado para o processo de parir, privativo e um atendimento centrado na mulher e na família. O Ministério da Saúde também repassa incentivos aos municípios para implantação das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), um espaço intermediário para aquelas mulheres e bebês que precisam de cuidados especiais, necessitando estar próximo ao hospital, mas não internadas (BRASIL, 2011d).

Outra medida incentivada pela Rede Cegonha é a ampliação e qualificação de leitos para gestantes de alto risco, UTI e UCI neonatal. A Rede Cegonha desenvolve diferentes ações voltadas para a formação e capacitação profissional, que são estratégicas para mudança no modelo de atenção obstétrico e neonatal. As atividades desenvolvidas estão presentes em estados das cinco regiões do país, nas modalidades de Residência, Especialização. De 1990 a 2012, a razão da mortalidade materna no Brasil caiu 56% – de 140 para 62 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade infantil reduziu 70,5% no mesmo período – de 47,1 para 13,9 por mil nascidos vivos. Em relação às ações de planejamento reprodutivo, o Ministério da Saúde garante o acesso a vasectomias e a laqueaduras

pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além da compra e distribuição gratuita de diversos métodos contraceptivos (BRASIL, 2011c).

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais. A assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (VIELLAS et al., 2014).

Tem merecido destaque crescente e especial a atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação. A persistência de elevados índices de indicadores de saúde importantes como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, têm motivado o surgimento de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Em toda América Latina, cerca de 28.000 mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. Desse total, cerca de 98% poderiam ser evitadas se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos (BRASIL, 2006).

No Brasil, a prática da avaliação, mais desenvolvida no que diz respeito ao uso de indicadores gerais de monitoramento no SUS, é ainda incipiente nos serviços de saúde. As avaliações acontecem mais frequentemente, em situações pontuais quando a necessidade e a oportunidade de se compreender o que ocorre no exercício do cotidiano da atenção à saúde, permitem a realização de pesquisas, habitualmente com participação da academia, que têm por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (COIMBRA et al., 2003).

A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em

trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nato (MENEZES et al., 2006).

A importância da avaliação em sistemas e serviços de saúde, para o contexto brasileiro, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços, e objetivada ao se traduzir em movimentos institucionais dirigidos a inserir uma prática da avaliação no planejamento e implementação de programas e ações na área da saúde. Essa tendência se insere em um contexto mundial, e em alguns países a avaliação de sistemas e serviços de saúde já se constitui em uma prática institucionalizada e seus resultados contribuem para as decisões nas suas políticas e práticas de saúde (NOVAES, 1996).

Os índices elevados de mortalidade por causas maternas constituem-se em um dos grandes desafios para os sistemas de saúde, visto que refletem a qualidade do atendimento prestado, assim como representam um importante indicador do desenvolvimento de um país.

Tendo por objetivo central reduzir a morbidade e mortalidade, tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Brasil registrava em 2013: 1,8 médico por mil habitantes. (OPAS/OMS) No ranking da economia mundial segundo o FMI, o Brasil ocupa o 9º, o gasto público per capita em saúde do Brasil é de 701 dólares e (OMS), segundo dados do Banco Mundial a porcentagem do PIB no período de 2011-2015 o gasto público em saúde foi de 3,8% no Brasil, segundo a OMS a porcentagem de % gasto público em saúde do total de gasto público 2013 foi de 6,9%, o gasto no setor público é de 48,2% (FMI/ OMS/ USP, 2019). A mortalidade materna no Brasil no ano de 2015 foi de 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos e em 2013 e a mortalidade infantil segue em 14,0 para cada mil nascidos no Brasil (BRASIL, 2017). Esses dados são de relevância para análise e compreensão da pesquisa nas suas dimensões singulares particulares e gerais visto propiciar um contexto que auxilia no entendimento dos resultados obtidos e sua correção com a realidade brasileira.

1.1 PRESSUPOSTO

O SUS, oferece um sistema de saúde com uma estrutura suficiente para a atenção materno-infantil, permitindo o alcance de resultados que se expressam em índices de saúde favoráveis que estão limitados por questões técnicas, políticas e econômicas, determinadas por questões estruturais da sociedade.

1.2 JUSTIFICATIVA

No Brasil a atenção materno-infantil está voltada para as gestantes e os recém-nascidos, possuindo objetivos semelhantes em todo território, embora a diversidade de protocolos existentes nos estados e municípios. O SUS, como sistema de saúde universal, integral, igualitário e sob controle social, garante esse tipo de atenção, mas a grande diversidade geográfica, econômica, cultural, política e social, e a desigualdade vigente no país, resultante, em última instância, do modo de produção, constituem entraves para o desenvolvimento e implementação de uma assistência adequada. Diante disso, a finalidade deste estudo é analisar o cuidado materno infantil em uma unidade de saúde localizada na periferia de um município brasileiro, buscando verificar suas fortalezas, suas fragilidades e os processos determinantes da situação encontrada.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

A partir da reconstrução do sistema de saúde que promoveu a implantação do Sistema Único de Saúde houve no Brasil uma inserção de princípios norteadores que pudessem reorientar as práticas de saúde, que até este momento estavam erroneamente centralizadas da consulta médica e destacando especialmente os serviços emergenciais (MENDES, 1996; CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010). Neste sentido, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a saúde pública brasileira deu um passo fundamental porque passou a atuar de forma multidisciplinar e visando a promoção da saúde como prioridade. Acredita-se que esta maneira poderia alcançar-se melhores condições para promover a saúde infantil e materna.

A Atenção Primária não deveria se limitar a promover cuidados preventivos apenas, e sim, prover a continuidade da atenção conforme aponta McWhinney (1995). Assim, partindo do pressuposto da realidade desta continuidade, o problema de pesquisa que surge é: Como tem se consolidado a estrutura, o processo e resultado da Atenção Materno-Infantil nas Unidades Básicas de Saúde da Família, além disso, se estas unidades estão atentas às reais necessidades do binômio mãe e bebê em todas as suas nuances?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar estrutura, processo e resultado da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Descrever a estrutura do serviço da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.
- Descrever o processo da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.
- Identificar os resultados da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA REVISÃO DE LITERATURA

A saúde pública brasileira passou a ser considerada como uma prioridade política do governo pelo idos da década de 1920 com o desenvolvimento de um programa federal de profilaxia rural, com o apoio da Fundação Rockefeller para a instalação de dezenas de postos sanitários em locais fora da zona urbana. Contudo, anteriormente houve uma primeira fase do movimento sanitarista com ênfase no saneamento urbano fundamentado nos prejuízos econômicos ocasionados pela insalubridade presente nos principais portos brasileiros (SANTOS, 2004). A agenda do saneamento rural estava inscrita no projeto político que visava a edificação da nacionalidade e do Estado nacional com a liderança de inúmeros sanitaristas da época, o referido projeto político repelia a ideologia do determinismo climático e genético para explicar o subdesenvolvimento brasileiro como descrevem Lima e Hochman (1996) com a corroboração de Santos (2004).

Segundo entendem Hochman e Fonseca (1999) em seu estudo, a referida agenda determinava uma clara distinção estabelecida entre ações associadas com a saúde pública e com a proteção médico-assistencial individual, com o reforço dado pela recusa programática enraizada entre os profissionais inseridos no âmbito da saúde pública de incorporação de ações curativas ao contexto da saúde pública.

A base de provedores de serviços de atenção médica individual brasileira na época se constituía, basicamente, por estabelecimentos privados e filantrópicos, enquanto o Estado neste quesito se especializava em segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem trazer ameaças para a saúde pública, como os indivíduos portadores de doenças mentais e infecciosas (IBGE, 2019). A parcela pobre da população era atendida pelo setor caritativo por meio das Misericórdias, enquanto a medicina liberal cuidava dos que podiam pagar. Nesta época consolidavam-se também arranjos mutualistas de provisão de serviços que foram encetados por comunidades de imigrantes ou sindicatos.

Conforme entende Fonseca (2005), este processo plantou os fundamentos para um sistema nacional de saúde corporativo com a tutela do Estado constituído pelos pagadores que englobam empregadores, empregados e o Estado. Ao optar por um sistema de atenção à saúde individual de base corporativa estatal e não societária o Estado aceitou que a mesma se conformaria enquanto uma primeira linha de dependência de trajetória destinada às políticas de saúde nesse segmento

da atenção, que auxiliaria na compreensão das oportunidades e dificuldades que poderiam ser enfrentadas para uma posterior implantação de um sistema nacional de base universalista. Conquanto o projeto político-ideológico de edificação do poder Executivo Federal no Estado Novo abrangesse a prestação de serviços públicos de saúde para toda a população nacional, adotou-se medidas de caráter universal somente para o setor social que necessitava de investimento estratégico no âmbito do modelo específico de projeto de Estado proposto e por isso, a idéia de direito social e a universalização da saúde se constituem como questões diferentes neste processo.

Em conformidade com o exposto por Gerschman e Santos (2006) a política de saúde da década de 1970 foi efetivada com maior estruturação ao longo do governo Geisel, incluindo dois elementos básicos, o processo de expansão da cobertura diante da capitalização da saúde diante da compra de serviços do setor privado e por programas como o Programa Nacional de Imunização; e a inserção de projetos consolidados como alternativa ao modelo hegemônico, a exemplo do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que foi encabeçado pelo recém surgido Partido Sanitário, que denominava um conjunto de atores sociais e políticos que não consolidaram efetivamente um partido político e questionavam o modelo adotado para a saúde no período, mas que atuavam na defesa dos princípios e diretrizes que seriam a base para criação do SUS (TEMPORÃO, 2003).

De acordo com o que descreve Hochman (1992), nas décadas de 1970 e 1980, o palco de negociação do contexto da saúde incluía dois atores básicos, o provedor empresarial privado com e sem fins de lucro e o pagador Estado baseado em forte burocracia centralizadora do que se transformou neste período no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sobreveio no contexto do processo de democratização do país, destacando-se nesse processo atores que antes apresentavam menor relevância no cenário nacional como os políticos das esferas subnacionais de governo e os membros do Partido Sanitário atuando com a legitimação da forte tradição sanitaria nacional. Ao decorrer da década de 1980 houve a ocupação posições estratégicas por sanitaristas históricos que conformaram a estrutura organizacional dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social como discorre Cordeiro (1991).

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui como o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, respaldado na sua orientação por um conjunto de princípios e diretrizes com validade para todo o território brasileiro, que partia de uma concepção ampliada do direito à saúde e do papel do Estado enquanto alicerçador desse direito, que incorporou espaços e instrumentos em sua estrutura político-institucional visando democratizar e compartilhar o processo decisório e a gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

No entendimento de Teixeira (2011) o SUS pode ser compreendido primeiramente como uma Política de Estado materializada a partir de uma decisão acolhida pelo Congresso Nacional em 1988, e incluída na Constituição Federal de 1988 que considera a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”.

Esse processo derivou na ampla mobilização de um conjunto de forças sociais pelo movimento por uma Reforma Sanitária Brasileira demonstrando sua aproximação do marco jurídico nacional aos princípios do denominado estado de bem estar social (*Welfare state*), que se contrapunha ao ponto de vista liberal e neoliberal defensor da redução do papel do Estado na garantia das condições de vida e de saúde da população. O entendimento do significado desse processo se faz imprescindível, especialmente, no âmbito de uma sociedade capitalista e periférica tal como a brasileira onde florescem diferentes compreensões sobre o Estado, a política, em outras palavras, acerca do caráter das relações estabelecidas entre o público e o privado, e atualmente, das próprias relações entre estatal, público e privado.

Diante desta acepção, o SUS se constitui em projeto que admite e sagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, que assim assume a imagem e objetivo de um processo de reforma do sistema de saúde que foi legado do período anterior. Trata-se de um sistema de saúde com capacidade de assegurar o acesso universal do povo a bens e serviços que alicerçem sua saúde e bem-estar equitativa e integralmente. Além do mais, é acrescido aos denominados princípios finalísticos, que estão diretamente relacionados com a natureza do sistema que se espera construir, os chamados princípios estratégicos referentes às diretrizes políticas, organizativas e operacionais que norteiam a construção do sistema que se espera configurar e institucionalizar.

Estes princípios, são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (TEIXEIRA, 2011).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 predispõe o princípio fundamental que vincula o conjunto de leis e normas que fundamentam a base jurídica da política de saúde e do processo organizacional do SUS no país, cujo teor descreve que: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Observa-se que o referido artigo incorpora, concomitantemente com a idéia central do direito à saúde como direito de cidadania que é intrínseco a todos os cidadãos brasileiros por nascimento ou naturalização, com a perspectiva de que é incumbência do Estado a responsabilidade pela promoção da saúde, a proteção do cidadão contra os riscos aos quais este está exposto e a garantia da assistência em caso de doença ou agravos à sua saúde.

Concretizando esta idéia, Teixeira (2011, p. 3) complementa o exposto afirmando que,

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações.

Giovanella et al. (2008) destacam como principais princípios e diretrizes do SUS aqueles que se encontram determinados na Lei Orgânica da Saúde. São eles:

1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência.

A universalidade de acesso expressa a idéia de que todos os cidadãos têm o mesmo direito de contar com as ações e serviços dos quais precisam, mesmo os mais complexos de custos mais elevados. Este princípio implica na alteração do modelo contributivo de seguro social que esteve em vigência por um longo período de tempo no país que se impunha como condição *sinequa non* para o acesso dos contribuintes da previdência social aos serviços públicos e privados habilitados pelo sistema previdenciário. Estes contribuintes, primeiramente, se constituíam por

determinadas categorias profissionais e, depois passaram a se integrar pelos trabalhadores introduzidos de maneira formal no mercado de trabalho. A partir desse princípio, as condições socioeconômicas da população e sua inserção no mercado de trabalho passaram a não representar condição de acesso distinguido a alguns tipos de serviços pré-determinados, visto que os riscos de adoecer e o financiamento deste atendimento passaram a ser divididos de maneira mutua e solidária, passando a ser responsabilidade da sociedade como um todo.

Teixeira (2011) corrobora afirmando que a universalidade, desta feita, trata-se de um princípio finalístico, que em outras palavras, pode ser entendido como um ideal a ser atingido, sinalizando uma das características do sistema que se pretende edificar e um rumo norteador para sua constituição. Este autor propõe que a consolidação dessa universalidade o SUS demandava um desencadeamento do movimento de universalização, que envolvia um processo de expansão da cobertura dos serviços, de forma que viessem, gradualmente, a serem efetivamente acessíveis a toda a população. Diante disso, seria necessário suprimir barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpunham entre a população e os referidos serviços.

2) Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie

Comentam Giovanella et al. (2008) que este princípio renova a ideia de que não pode haver discriminação no acesso aos serviços de saúde, porque o mesmo não pode ser destinado apenas a alguns grupos, distinguido por motivos associados com nível de renda, etnia, gênero ou religião para ter acesso a determinados serviços e outros não. Neste contexto referem que apenas motivos conexos às necessidades individualizadas de saúde devem guiar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas de tratamento que serão utilizadas no cuidado dos indivíduos.

3) Integralidade da assistência

Entendem Giovanella et al. (2008) que a integralidade, nos termos da lei, se refere a um conjunto conectado e continuado de ações e serviços de prevenção e cura individuais e coletivos, demandados para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste contexto, pretende-se que ações destinadas a promover a saúde e prevenir agravos e doenças não sejam fragmentados da assistência ambulatorial e hospitalar com o objetivo precípua de diagnosticar, tratar e reabilitar. Diante desse pressuposto, os profissionais de saúde e os gestores do

SUS precisam investir com empenho na organização de práticas dos serviços para possibilitar a ocorrência dessa integração. Ampliando o contexto da política de saúde, a integralidade igualmente se refere à articulação imprescindível entre as políticas de caráter econômico e social visando a atuação sobre os fatores que determinam o processo saúde e doença e assegurar as condições aceitáveis de saúde da população.

A noção de integralidade está relacionada, segundo Teixeira (2011) à gama de ações possíveis para promoverem a saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, partindo da sistematização do conjunto de práticas que foram e vem sendo desenvolvidas com o intuito de enfrentar os problemas e promover o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade pode se referir a um predicado do modelo de atenção quando se entende que um modelo de atenção integral à saúde deve considerar o conjunto de ações de promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da assistência e recuperação. Diante dessa visão os autores descrevem o modelo integral como sendo o que conta com estabelecimentos e unidades para a prestação de serviços, com pessoal habilitado e capacitado e os recursos indispensáveis para produzir ações de saúde que podem ser inespecíficas na promoção da saúde em grupos populacionais determinados, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica visando controlar os riscos e danos e ações de assistência e recuperação de indivíduos doentes, envolvendo a detecção precoce de doenças, o diagnóstico, tratamento e reabilitação.

4) Participação da comunidade

A participação da comunidade se conforma como a garantia de que a população tenha a possibilidade de participação no processo de formulação de diretrizes e prioridades, por intermédio de suas entidades representativas, relacionados com a implementação de uma política de fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS, para o controle e avaliação de ações e serviços de saúde realizados nos distintos níveis governamentais. A concretização desse princípio se conforma no contexto do SUS a partir da composição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde, que se instituem em canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e população (GIOVANELLA et al., 2008).

5) Descentralização político-administrativa com direcionamento único para cada âmbito governamental a partir da ênfase na descentralização dos serviços destinando-os para os municípios e da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2008).

Para Teixeira (2011) o processo de descentralização da gestão do sistema demanda da transferência de poder de decisão acerca da política de saúde do nível federal onde o órgão responsável é o Ministério da Saúde para os estados representados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e para os municípios capitaneados pelas Secretarias Municipais de Saúde. Esta transferência sobrevém com a redefinição das funções e responsabilidades de cada instância do governo relacionadas com o direcionamento político administrativo do sistema de saúde em seu âmbito territorial (federal, estadual, municipal) a partir da transferência respectiva dos recursos financeiros, humanos e materiais para desenvolvimento do controle das instâncias governamentais concomitantes.

Complementa seu entendimento Teixeira (2011) discorrendo acerca da regionalização e hierarquização dos serviços estarem relacionadas com a forma de organização adotadas pelos estabelecimentos (as unidades de saúde) entre si e com a população que utiliza os serviços. A efetiva regionalização dos serviços demanda a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que deve considerar a divisão político administrativa do país e igualmente, deve contemplar a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde relacionadas diretamente com as subdivisões ou associações do espaço político-administrativo. Já a hierarquização dos serviços se refere a possibilidade de organização das unidades em conformidade com a complexidade tecnológica dos serviços, porque para estabelecer uma rede de saúde deve-se articular as unidades mais simples com as unidades de maior complexidade por meio de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. Este processo de estabelecer redes hierarquizadas também pode implicar na conformação de vínculos característicos entre unidades que apresentam diferentes níveis de complexidade tecnológica que atuam na prestação de serviços de natureza específica, tais como, redes de atendimento a urgências/emergências, redes de atenção à saúde mental, redes de atenção a família, entre outras.

Conclui Teixeira (2011) que a integração entre as ações de promoção, prevenção e tratamento está relacionada com a possibilidade de se determinar um

perfil de oferecimento de ações e serviços do sistema que vislumbre as diversas possibilidades de intervenção nos problemas de saúde em diversos planos de sua história natural e/ou social, agregando intervenções acerca das condições de vida, dos riscos e prejuízos à saúde. Neste contexto, acredita-se que é cabível a distinção entre integralidade e integração, que em muitos casos podem ser confundidos nos contextos de debate sobre a organização dos serviços de saúde. A integralidade refere-se a um atributo do modelo, alguma coisa necessária ao modelo de atenção ser a integração que se define como processo de fazer alguma coisa visando que o modelo de atenção seja integral. Pensando desta maneira, a integração engloba duas dimensões: uma vertical possibilitada quando se estabelece uma hierarquização dos serviços que proporciona a produção de ações de diferentes complexidades quais sejam, primária, secundária e terciária, relacionada com a natureza do problema que deve ser enfrentado e uma horizontal que possibilita a articulação no processo de enfrentamento do problema de ações de diferente característica envolvendo a promoção, prevenção e recuperação.

2.1 IMPLEMENTAÇÃO

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde - SUS teve início na década de 1990, posteriormente à promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que recebeu o complemento dado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990, 1990a). Nos anos seguintes houve a reformulação de alguns papéis dos entes governamentais no que se refere à prestação de serviços e à gestão do sistema de saúde; foram adotados novos critérios de transferência de recursos financeiros com destino à área da saúde e foram criadas e ampliadas as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, relacionando a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários do sistema (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

Collar; Almeida Neto e Ferla (2015) descrevem que o sistema de saúde brasileiro se constituiu partindo de uma série de movimentos e lutas, sendo estruturado a partir da ideia da Reforma Sanitária, especialmente assinalado pela discussão presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, sendo reforçado ao longo do processo constituinte e finalmente com a promulgação da

Constituição Federal de 1988, cujas definições receberam a normatização das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, já acima referidas. Disso discorrem Ferla e Matos (2012, p. 9) afirmando que:

O slogan 'Saúde é democracia', marca da Reforma Sanitária Brasileira [...] é a tradução da cultura no contexto social e histórico em que ela se expressa, e também é um dispositivo para a produção de novas culturas, mais sensíveis à diversidade, ao coletivo e à própria idéia de democracia; não é apenas um novo arranjo, mas uma dinâmica que pode expressar o que é vivido, como a injustiça e as doenças evitáveis. A escuta sensível, a negociação permanente, as redes de conhecimento local, um compromisso ético com a vida, com o direito - e a obrigação moral - de partilhar idéias e democraticamente processos de tomada de decisão: a participação é tudo, na base da reforma do sistema de saúde, atuando como um indicador de direcionalidade.

Assim, de acordo com Collar; Almeida Neto e Ferla (2015), o SUS se desenvolveu no âmbito do processo de abertura democrática pautada pela idéia da participação e do controle social, e se organizou em conformidade com os níveis de atenção, classificados segundo a complexidade e a densidade tecnológica dos serviços prestados.

Fazendo um adendo ao tema em estudo, os autores destacam que no contexto específico da Reforma Sanitária brasileira, a inovação tecnológica dos serviços que seriam oferecidos no canal de entrada do sistema, foi tema de acirrado e relevante debate incentivado pela grande diversidade do território nacional, por aspectos relacionados com a transição demográfica e epidemiológica e pela ideia de que os problemas relacionados com o grau de resolutividade e qualidade deveriam permear a questão dos custos e da sofisticação tecnológica dos serviços, por isso, cunhou-se a expressão atenção básica ao invés de atenção primária em saúde, atendendo a convergência internacional do período no qual se desenvolvia. Desta feita, constitui-se um dos princípios do SUS como a gestão descentralizada dos serviços em saúde, com foco em cada município partindo das políticas desenvolvidas na esfera federal.

Conforme acrescentam Giovanella e Mendonça (2009) a reorganização dos serviços básicos foi inserido no projeto de Reforma Sanitária brasileira a partir da década de 1970 durante o processo de democratização do país por um movimento sanitário que contava com atores oriundos de diversas áreas sociais que partilhavam o viés da saúde, tais como estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social e técnicos

comprometidos dos ministérios setoriais, que defendiam a unificação do sistema de saúde e valorizavam primeiro nível de atenção.

Observa-se que a Reforma Sanitária se desenvolveu no mesmo instante histórico em que se reestruturava a política social brasileira que direcionou esta reforma para um modelo de proteção social com maior abrangência, justiça, equanimidade e inspirado pelos ares da democracia. Haja visto a definição constitucional dada à saúde pelo texto constitucional enfatizada pelo artigo 196 como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), reconhecendo uma nova conexão de forças sociais e políticas na luta por ampliação da cidadania.

As bases legais para que houvesse a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) foram igualmente determinadas pela Constituição Federal de 1988, norteando-se pelos princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social, que foram complementados pela promulgação das Leis Orgânicas da Saúde de 1990, já referidas aqui, que promoveram a criação do Fundo Nacional de Saúde que se compunha por recursos fiscais e do Conselho Nacional de Saúde que assegura a participação social.

Foi formado então, um novo aparelhamento institucional de gestão da política de saúde que alicerçou o âmbito público brasileiro com suporte dado pela concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde. Foi preservado neste interim o papel do Estado como regulamentador, agente de fiscalização e controlador do cumprimento de ações e serviços de saúde complementares ao setor público.

2.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Após o término do regime militar no Brasil a sociedade experimenta uma experiência de reformas e redefinição no sistema público de saúde que teve como marco teórico a Conferência Nacional de Saúde efetivada no ano de 1986 que abordou temas relacionados com a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor, entre outros que

municipiaram um intenso debate que culminou com a aprovação da Constituição Federal de 1988. Os temas e diretrizes centrais da referida conferência permaneceram por longo período na agenda de desafios a serem superados pela política de saúde brasileira (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

Ao longo do processo constituinte a grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda forjaram uma coligação parlamentar que conseguiu a introdução no “Título VIII – Da ordem social” um capítulo (II) específico acerca da seguridade social que apresenta conteúdo ideológico que evidencia a preocupação com o bem-estar; a igualdade e a justiça sociais perpetrados a partir do exercício dos direitos sociais.

No âmbito dessa articulação e integração das políticas sociais foram determinados os fundamentos que surgiram pela primeira vez na história brasileira, promovendo a orientação da inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado, cabendo destaque para a concepção ampla da saúde inserida no texto constitucional pelo artigo 196 que aqui já foi citada.

Para promover a materialidade da política de saúde, a Constituição inseriu o Sistema Único de Saúde que se conceitua pela Lei nº 8080 de 1990 em seu artigo 4º como: “Art. 4º O conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público [...]” (BRASIL, 1990), onde Noronha; Lima e Machado (2013) incluem as seguintes atribuições:

- 1) atividades voltadas aos sujeitos de maneira individual ou coletiva com o objetivo de promover a saúde e a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) prestação de serviços em âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico com gestão feita pelos governos federal, estaduais ou municipais, concomitantemente com outros espaços, de maneira especial no domiciliar;
- 3) promoção de ações de diferentes níveis de complexidade e custos, que incluem desde a aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas médicas, pediátricas e ginecológica obstétrica até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais em sentido ampliado abrangendo condições sanitárias nos ambientes de vivência e trabalho, produção e circulação de bens e serviços,

controle de vetores e hospedeiros e a operacionalização de sistemas de saneamento ambiental;

5) conformação de instituições públicas destinadas ao controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos voltados a saúde.

O SUS, como pode ser visto não se compõe apenas por serviços públicos, incluindo no seu diapasão uma vasta rede de serviços privados, especialmente representados por hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são pagas com recursos tributários destinados à saúde. Desta forma, o financiamento proveniente de várias receitas de arrecadação federal, estadual e municipal possibilita o acesso a ações e serviços do SUS sem se condicionar o mesmo à capacidade de pagamento prévio dos indivíduos.

Neste contexto, contudo, existem problemas de saúde que não estão distribuídos de maneira uniforme em âmbito populacional, territorial e no tempo, que demandam por conseguinte, tecnologias de distintas complexidades e custo, por isso, é imprescindível a organização de uma rede de atenção à saúde no SUS que necessita de planejamento e distribuição das ações e serviços por níveis de atenção de forma hierarquizada, de acordo com as necessidades diferenciadas de saúde e as dinâmicas territoriais específicas que promovem a regionalização.

2.3 ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS E AS REDES DE ATENÇÃO

O modelo institucional do Sistema Único de Saúde foi proposto com o objetivo de oportunizar a negociação e o acordo federativo e promover o fortalecimento da participação social nas políticas de saúde, possibilitando que múltiplos atores sociais tenham participação no processo decisório acerca da política de saúde, mesmo que não sejam diretamente responsáveis por desempenhar funções típicas da gestão dos sistemas e serviços de saúde.

A figura que segue mostra o diagrama sistematizado da estrutura institucional e decisória em vigência no SUS.

FIGURA 1 – ARCABOUÇO INSTITUCIONAL E DECISÓRIO DO SUS



FONTE: elaborado a partir de Noronha; Lima e Machado (2013, p. 371)

2.3.1 As Redes de Atenção à Saúde

A partir do final da década de 1990 existe um movimento mais intenso visando estimular a organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde visando assegurar a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, que teve seu ápice com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Este movimento sobreveio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por causa de um perfil epidemiológico alarmante, que de maneira geral, se caracteriza diante de uma tripla carga de doenças. O processo decorreu de profundas transformações socioeconômicas que tiveram como consequências mudanças no estilo de vida que impactaram diretamente na saúde dos sujeitos individualmente e nas comunidades. Uma das consequências mais evidentes se tratou da elevação das condições crônicas de doença, que anteriormente eram incipientes, e neste momento histórico assumiram papel destacado no âmbito das prioridades da agenda de saúde (BRASIL, 2012).

A citada portaria promoveu a conformidade com a normatização em vigência do SUS, definindo a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) definidas como estratégia para um cuidado integral e direcionado de atendimento das necessidades de saúde da população. Desta feita, estas redes se estabelecem como arranjos organizacionais constituídos a partir de ações e serviços de saúde

com distintas configurações tecnológicas e missões assistenciais associados de maneira complementar e com base territorial, que apresentam como atributos, a estruturação da atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, que é conformada por uma equipe multidisciplinar que atende toda a população por meio da integração e coordenação do cuidado para suprir as necessidades de saúde da população atendida (BRASIL, 2012a).

Diante disso, a atenção básica precisa atender algumas funções visando a contribuição para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, que podem ser descritas como:

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequados, com equidade; e
- IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a, p. 25-26).

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) remontam à década de 1920 no Reino Unido a partir da elaboração do Relatório Dawson que foi resultado de grande debate acerca das mudanças no sistema de proteção social do referido país nos pós I Guerra Mundial. O documento traz a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde que deveriam ter seus serviços de saúde desenvolvidos a partir de uma organização ampliada que pudesse atender as

demandas da população de maneira eficiente (BRASIL, 2012). Concomitantemente, esses serviços deveriam ser acessíveis para a população toda e dispor de cuidados preventivos e curativos no contexto domiciliar e também nos centros de saúde secundários com vinculação vigorosa com os hospitais.

Corroborando Mendes (2011) com o predisposto pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2011) que no Brasil, a organização do SUS a partir da ideia das redes de atenção, referida como estratégia para concretização de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, enfrentou o desafio de construir sistemas integrados de saúde que se estruturam em todos os níveis de atenção à saúde e de maneira interfederativa de forma o mais harmônica possível. Devido a este fato, as discussões envolvendo a necessidade de uma maior integração nos serviços de saúde se intensificou a partir do Pacto pela Saúde cunhado em 2006 e do posterior Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) desenvolvido de maneira tripartite pelo Decreto nº 7.508 de 2011, que promoveu a regulamentação da Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 2011). A esse fato adiciona-se a aprovação e posterior atualização de várias Políticas, tal como a da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a) e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012b), que se constituem em exemplos dos esforços empreendidos para se construir um modelo de atenção com capacidade de prover resposta para as condições de saúde dos brasileiros à época pela efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS.

Adentrando o contexto conceitual das Redes de Atenção à Saúde, utiliza-se o aporte teórico de Mendes (2011) que descreve a existência de distintos conceitos elaborados em múltiplas áreas de conhecimento, mas que guardam entre si, alguns aspectos comuns. Para o autor, as redes podem ser assinaladas a partir de alguns aspectos principais, como interdependência, autonomia, confiança, cooperação e relações mais ou menos estáveis.

Ainda destaca o autor citado que a proposição das redes tem se baseado na necessidade de lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde existe a influência mútua de distintos agentes e onde se faz presente uma crescente necessidade de ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e da participação da sociedade civil organizada.

No que se refere a saúde, todos esses aspectos se conformam nas RAS que devem focar a população de maneira integral prestando um serviço contínuo de cuidados que tenham como objetivo prioritário promover a saúde. Dessa forma, a definição oficial das Redes de Atenção de Saúde está proposta no anexo da Portaria GM nº 4.279 de 2010 que promoveu a instituição da mesma no SUS, e dispõe que se constituem como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico” (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção de Saúde apresentam como premissa a promoção da integração de ações e serviços de saúde para dispor uma atenção à saúde prestada de maneira contínua, integral, com qualidade e responsabilidade e humanizada para consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Na referida portaria pode-se identificar seis características de importância e intrínsecas a sua matriz conceitual (BRASIL, 2010):

1) Estabelecer relações horizontais entre os distintos pontos de atenção, que pressupõe que os pontos de atenção possam ser compreendidos como espaços onde serão disponibilizados alguns serviços de saúde, destacando-se que todos são igualmente importantes no cumprimento dos objetivos da rede de atenção.

Esta característica indica que não se trata de uma forma de trabalho na qual os sistemas de saúde são hierárquicos, que assume um formato piramidal e organizado de acordo com a complexidade associada a cada nível de atenção, por exemplo, atenção primária de média e de alta complexidade. As RAS se constituem em espaços que tem como foco garantir o cumprimento do compromisso com a melhoria da saúde da população, disponibilizando serviços contínuos no campo dos diferentes níveis de atenção à saúde. Analisando pela lógica das RAS, um pronto socorro e um centro de especialidades seriam espaços de igual importância para garantir a atenção à saúde do usuário porque ambos desempenham papéis específicos visando atender necessidades específicas.

2) A constituição da Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação, mesmo que tenha sido preconizada a relação horizontal, não hierárquica, entre os níveis e pontos de atenção à saúde, não significa que um deles não precise ser priorizado a partir da consideração acerca de destinação de investimentos e alocações de recursos. A lógica adotada para organizar o SUS em redes de atenção a partir da APS confirma sua destinação de ser a principal porta de entrada do

usuário no sistema de saúde; de ser responsável pela coordenação do caminho dos usuários para outros pontos de atenção da rede quando houver necessidades de saúde não possam ser atendidas apenas por ações e serviços da APS e de promover a manutenção do vínculo com estes usuários para dar continuidade à atenção por meio das ações de promoção da saúde, da prevenção de agravos, entre outras ações necessárias, mesmo que indivíduo esteja recebendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede.

3) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica, onde as ações, serviços e programações em saúde precisam estar pautadas no diagnóstico da população sob a responsabilidade da equipe de saúde, levando em conta os fatores e determinantes da saúde desta população.

Esta característica, na prática, tem representado o fenômeno da tripla carga de doenças, com maior especificidade nas condições crônicas. Concomitantemente, a ação das equipes deve se fundamentar nas evidências científicas apropriadamente averiguadas.

4) Ofertar atenção contínua e integral, e para que os serviços e sistemas integrados devem estar capacitados para prover a atenção integral aos usuários, sendo que deve conseguir solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde que chegam para atendimento na APS conforme proposta defendida por Starfield (2004), sendo que os outros 20% dos casos devem seguir um fluxo que tem como foco a importância tecnológica do tratamento aumentar em cada nível de atenção que advém. Contudo, a continuidade da atenção deve ser assegurada pelas equipes da APS.

5) Cuidado multiprofissional, é imprescindível que haja a composição multiprofissional das equipes de saúde porque os problemas de saúde em grande parte dos casos são multicausais e complexos e precisam de distintas perspectivas profissionais para o seu adequado manejo. Em concordância, deve haver além da multiprofissionalidade, um objetivo focado da equipe em estabelecer uma ação interdisciplinar de maneira a assegurar o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde com todos os membros da equipe.

6) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos, por isso a missão da equipe de saúde precisa considerar os objetivos sanitários, a exemplo do estímulo e concomitante aumento do aleitamento materno na região atendida, promover um maior e melhor atendimento à população, entre outras metas; e objetivos econômicos visando melhorar a alocação dos recursos

humanos, tecnológicos e financeiros visando alcançar o melhor custo benefício para a população adscrita.

2.4 SAÚDE PÚBLICA/SAÚDE COLETIVA

Ao se abordar a saúde pública e a saúde coletiva, surge uma questão importante, analisar a doença em contraposição à saúde. Uma questão que emerge do próprio enquadramento da medicina e saúde coletiva, incentivada pela nova relevância atual da discussão que busca diferenciar entre o conceito de prevenção, associado com o discurso tradicional da saúde pública, e o da promoção da saúde, outra idéia tradicional, se refere a tema fundamental para abordagens que visem repensar e redirecionar práticas públicas de saúde (CZERESNIA, 1999).

O desenvolvimento da ciência, e especialmente a ciência médica, trouxe uma grande racionalidade no exercício de construção de representações da realidade, contudo, desconsiderando um aspecto fundamental: os limites dos conceitos em relação à realidade. Para o âmbito da saúde, esses limites são os dos conceitos de saúde e doença em relação às reais experiências de saúde e doença.

A conscientização desses limites está na raiz das atuais mudanças discursivas no campo da saúde, de onde se destaca que a reflexão sobre a saúde em toda a sua complexidade envolve muito mais do que superar obstáculos internos da produção científica, a fim de propor conceitos e modelos mais inclusivos e complexos. Não se trata de propor uma nova ciência, mas da necessidade de construir discursos e práticas que consigam estabelecer uma relação distinta com todas as formas de conhecimento científico.

Assim, saúde pública e saúde coletiva são definidas como o campo do conhecimento e das práticas institucionalmente organizadas voltadas à promoção da saúde das populações, explicitando que a saúde pública se define como responsável pela promoção da saúde com suas práticas se organizando em torno dos conceitos de doença; já a questão da saúde coletiva se define por suas práticas tenderem a não levar em consideração a distância entre o conceito de doença, enquanto construção mental, e o adoecimento, que passa pela experiência vivida, substituindo assim, um conceito pelo outro (CZERESNIA, 1999).

Depreende-se desse discurso que se trata de uma questão estrutural para o campo da saúde pública porque esse aspecto é fundamental para situar o contexto

das mudanças contemporâneas do discurso da saúde coletiva e para diferenciar prevenção e promoção em saúde.

Segundo Leavell e Clarck (1976, p. 17) a prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural para tornar improvável que a doença progrida posteriormente”.

Ações preventivas são definidas como intervenções direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. O discurso da prevenção é baseado no conhecimento epidemiológico moderno e tem como objetivo controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outras enfermidades específicas. Os projetos de prevenção e educação em saúde são estruturados pela circulação do conhecimento científico e recomendações normativas para a mudança de hábitos (CZERESNIA, 1999).

Já na visão de Leavell e Clarck (1976, p. 19) a promoção da saúde é definida de maneira mais ampliada do que a prevenção porque se refere a medidas que “não são direcionadas a uma determinada doença ou distúrbio, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral”. De acordo com Terris (1990) as estratégias de promoção de saúde enfatizam a mudança das condições de vida e trabalho dos indivíduos, constituindo uma estrutura subjacente aos problemas de saúde que demanda uma abordagem intersetorial. A constatação de que os principais determinantes da saúde são externos ao sistema de tratamento não é novidade, contudo, a formulação oficial do discurso da saúde pública para reforçar de maneira positiva a saúde é tema recente.

Neste contexto, o conceito amplo de saúde que se destacou no Brasil nos termos do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), mesmo que se mostre como inegável progresso, traz consigo um novo problema a nível teórico e prático pois ao se considerar a saúde em seu sentido pleno, alcança-se um conceito tão amplo quanto a própria noção de vida.

Conforme descreve Carvalho (1996) a promoção da vida em todas as suas múltiplas dimensões passa por medidas a nível geral do Estado e pela singularidade e autonomia dos sujeitos individuais deve superar o reconhecimento oficial dos

limites do modelo de saúde pública baseado na medicina, e ser integrado às dimensões ambiental, social, política, econômica e comportamental, bem como à biologia e à medicina.

Analisando algumas questões sobre a saúde coletiva, busca-se o aporte teórico de Almeida Filho e Paim (1999) quando repensam a saúde coletiva a partir de uma perspectiva histórica e da tradição da saúde pública. Por isso é necessária sua compreensão a partir de um campo científico e também como um movimento ideológico em discussão. Este movimento no Brasil trouxe contribuição decisiva para a edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para trazer subsídios na compreensão dos fatores que determinam o processo de saúde e doença que seguiram no rumo de formulação de questões que enunciam alguns dilemas que devem ser analisados pelos especialistas acerca do conceito de saúde coletiva suplantando os pressupostos da própria medicina e da antiga saúde pública (CAMPOS, 2000).

Na concepção de Carvalho (1996) a saúde coletiva surgiu da crítica ao positivismo e aos elementos preponderantes que construíram o conceito de saúde pública tradicional, que se desenvolveu a partir dos pressupostos da tecnociência e do modelo biomédico.

Campos (2000) defende que diversos fatores respaldaram o conceito de saúde coletiva que carecia de um pensamento social incorporado para dar impulso a práticas e projetos sanitários concretos, no sentido de construir, teoricamente, normas e procedimentos padrões que fossem semelhantes aos da área da medicina em particular ou aos da tecnociência em geral.

De acordo com Nunes (1996) o termo saúde coletiva teve sua utilização no país lançada em 1979 por um grupo de profissionais da saúde pública e da medicina preventiva e social que buscavam fundamentar um campo científico orientado teórica, metodológica e politicamente que respeitava o social como categoria analítica. Diante do reconhecimento do papel decisivo do movimento da saúde coletiva no Brasil e na América do Sul, a anexação do social à temática da saúde não logrou, tampouco, ser suficiente.

Quando a saúde coletiva incorporou o social ao pensamento sanitário, o fez a partir de alguns princípios gerais objetivistas indicados pela escola estruturalista e pela tradição marxista, de onde pressupõem-se que a subjetividade dessa

incorporação é oriunda da necessidade coletiva e organizada para sujeitos coletivos, conforme dispõe Carvalho (1996) em seus estudos.

Mesmo quando Donnangelo e Pereira (1976) descreveram a saúde pública como uma construção histórica e o exercício profissional como uma prática social, Carvalho (1996) discorre acerca do saber dominante em saúde coletiva tender a desdenhar da relevância dos sujeitos no processo de construção do cotidiano e da vida institucional.

Portanto, Campos (2000) tende a adotar a tendência da saúde coletiva ser confundida com todo o campo da saúde, indicando uma visão de mundo baseada em categorias absolutas e transcendentais. Para uma corrente de pensamento a saúde coletiva se institui em um tipo de metadiscurso que teria capacidade de postular críticas e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde, fornecendo metaexplicações auto-suficientes acerca da tríade saúde, doença e intervenção. Em contrapartida, o discurso constitutivo tenderia a supervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença, inabilitando os fatores de cunho subjetivo e biológico. Assim sendo, a saúde coletiva por este viés não é compreendida como um modo de intervenção sobre o real e sim como um novo paradigma ou um modelo alternativo.

Tecendo algumas palavras sobre a dialética, Campos (2000) apresenta uma proposta na qual deve-se repensar a saúde coletiva associando a mesma às escolas filosóficas que partem do pressuposto da existência de relação dialética entre o pensar e o agir, entre o sujeito e a sociedade, entre os próprios homens, concomitantemente.

Nesta visão partilha o autor citado que ser humano se constitui em parte inseparável do mundo, que tem o poder da imanência e de reflexão para contestar o mundo e modificá-lo e a si próprio e os outros. Assim descreve o papel histórico de transformar o mundo imanente aos seres humanos.

Para Marx e Engels (1996) deve-se superar a dicotomia entre o materialismo mecanicista e o idealismo religioso ou voluntarista, contudo, poucos partidários de suas premissas ampararam a tensão dialética entre objetividade e subjetividade.

Provavelmente Gramsci (1978) tenha sido o seguidor que mais se delongou os desdobramentos oriundos desta visão de mundo, pois este autor partilha a idéia de que a vontade humana e a objetividade do mundo exterior são elementos indissociáveis, sendo que uma constitui e influencia a outra ao longo do tempo.

Diante disso, aquilatou a idéia de devenir, afirmando que o sujeito se torna e transforma-se de maneira continua a partir das transformações promovidas nas relações sociais.

A saúde coletiva pode se esquivar dos limites do positivismo e do estruturalismo a partir da articulação de teorias e práticas no âmbito político e da gestão, combinando política, gestão e epidemiologia.

Segundo entende Campos (2000) no âmbito do pensamento dialético a saúde coletiva pode ser vista como uma área específica do campo da saúde, compreendendo a saúde coletiva como um movimento intelectual e moral e como um núcleo saberes e práticas. Este núcleo se produz a partir de uma quantidade grande de inter-relações com o campo, onde este núcleo trata-se de um co-produtor desse mesmo campo. O núcleo da saúde coletiva pode-se destacar como suporte aos sistemas de saúde, ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas; à construção de modelos; a criação de elucidações relacionadas com os processos que englobam a saúde; enfermidade e intervenção; e, talvez sua característica mais específica, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças.

Trata-se de parte movimentada e com entrada e intervenção no campo da saúde a partir de pelos menos dois planos. No plano horizontal utilizando o respaldo dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais, onde todas as profissões de saúde, ativas no atendimento clínica, na reabilitação ou cuidado, deveriam crescer na sua formação e prática elementos que incorporem a saúde coletiva. Este processo se baseia no movimento cultural indicado por Donnangelo e Pereira (1976) que se inseriu no movimento de reforma sanitária, que inclui saúde mental, neurologia, saúde infantil, entre outros campos de atuação, passariam por uma transformação também consequente de contribuições vindas da saúde pública. Partindo dessa perspectiva, seria missão da saúde coletiva influenciar a transformação de conhecimentos e práticas de outros campos, trazendo contribuições para as mudanças do modelo de atenção e para a lógica de funcionamento dos serviços de saúde em geral.

No plano vertical, a saúde coletiva ou saúde pública concebida como uma área específica de intervenção, especializada e com valor de uso próprio, distinta da área clínica ou outras áreas de intervenção. Este campo necessitaria de definições formais para se institucionalizar como por exemplo, curso básico de formação, postos de trabalho no setor público e privado, associações de representação

corporativa, enfim, de um acervo constituinte maior do que o demandado por um movimento ideológico.

A saúde coletiva e a defesa da vida segundo Campos (1991), necessita primeiramente admitir claramente que a saúde pública se constitui em construção social e histórica e que, por isso está diretamente relacionada com valores, que se fundamentam nos sanitaristas e outros profissionais de saúde assumam em sua prática uma visão fundamentada na defesa da vida das pessoas com as quais trabalham. Isso demanda construir as condições sociais que permitam aos especialistas em saúde coletiva trabalhar o quanto possível autonomamente em relação ao Estado, partidos políticos, ideologias e outras racionalidades técnicas. A posição destes profissionais deve se pautar sobre o conhecimento, maneiras concretas, ou não de enfrentar os problemas de saúde; questionando economistas e políticos posicionando-se em defesa da vida de grupos expostos a riscos. Na prática inclui não permitir a argumentação de economistas sobre inviabilidade econômica, os políticos registrarem desculpas baseadas no pragmatismo daqueles que lutam pelo poder, e assumir o compromisso explícito com a vida.

2.4.1 Desafios, Obstáculos e Ameaças

De acordo com Paim (2018) o Sistema Único de Saúde enfrenta resistência por parte de profissionais de saúde que não tiveram seus interesses considerados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Concomitantemente o SUS passa por crítica e oposição sistemática da mídia visto que o referido sistema tem que enfrentar grandes interesses econômicos e financeiros associados com as operadoras de planos de saúde, empresas de publicidade e indústrias responsáveis pela fabricação de fármacos e equipamentos médico-hospitalares.

A hegemonia da doutrina do neoliberalismo exatamente no período de implantação do SUS, as limitações do *Welfare State* preponderante nos países europeus e a crise econômica de 2008, se impuseram como expressivo obstáculo para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde. Paralelamente, a proposta de cunho político e ideológico incrustada na Cobertura Universal em Saúde (CUS) que prepondera acerca de que todos os indivíduos e comunidades devem receber os serviços de saúde de que tenham necessidade sem arcarem com dificuldades financeiras, incluindo toda a gama de serviços de saúde essenciais e de qualidade,

da promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, apadrinhada por organismos internacionais, só fez reforçar esta doutrina e tornar frágeis os valores civilizatórios do SUS.

Enfatiza Paim (2018) que mesmo sendo prerrogativa constitucional a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro por intermédio de seus poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem garantido as condições objetivas necessárias para prover a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Algumas questões relacionadas com a gestão como a ausência de profissionalização, utilização clientelista e partidária dos estabelecimentos públicos, excesso de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, se destacam associadas com a desvalorização dos trabalhadores de saúde por meio de terceirizações e precarização do trabalho.

O autor citado identifica outros aspectos negativos no processo construtivo do SUS relacionados com as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, no controle de doenças transmissíveis por vetores como o mosquito *Aedes* e na segurança e qualidade do cuidado. Outras questões que interferem no acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde se constituem na insuficiência da infraestrutura pública, na ausência de planejamento ascendente, dificuldades para promover a organização física de redes na regionalização e nos empecilhos para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde. Segundo o autor observa-se a reprodução do modelo médico hegemônico, que focaliza mais na doença do que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, na territorialização e na atenção básica.

O subfinanciamento crônico do SUS por muito tempo foi caracterizado como um dos maiores obstáculos, por isso, várias iniciativas foram adotadas para solucionar este problema como por exemplo a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) instituída pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (BRASIL, 2000) e do movimento Saúde+10¹, que não lograram alterar de maneira efetiva a estrutura do financiamento, e por isso, o gasto público como

¹ Movimento criado com o intuito de propor um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira.

percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) destinado a saúde permaneceu inferior à proporção do gasto privado como explicita Melo (2017).

Segundo registra Paim (2018) a falta de recursos do SUS ocasiona problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, e também restringindo o aporte financeiro para investimentos visando ampliar a infraestrutura pública. Devido a este fato, a decisão de compra de serviços no setor privado se fortalece e a ideologia da privatização se reforça, prevalecendo desta forma, um boicote passivo concretizado por meio do subfinanciamento público e o reforço de um boicote ativo porque o Estado bonifica, distingue e beneficia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação. O poder executivo garante um padrão de financiamento para o setor privado apoiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e pela Caixa Econômica Federal (CEF) bem diferente em relação às instituições públicas do SUS. Este ato do Estado promovido pelos boicotes efetivados no executivo, legislativo e judiciário comprometem a validade da concepção de seguridade social, e concomitantemente facilita a privatização da saúde. A aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que ao congelar o piso da saúde por 20 anos, diminui gradativamente o percentual que deve incidir sobre as receitas correntes líquidas pelo fato de a mesma não mais corresponder à arrecadação anual das receitas, constitucionalizou o subfinanciamento crônico do SUS, solidificou as dificuldades acumuladas desde 1988 (MELO, 2017).

Estes obstáculos apontados acima fazem parte das discussões acerca do SUS, descortinando uma articulação público-privada predatória que se consolidou atendendo interesses privados predominantemente nos últimos anos. Contudo, a ameaça do poderio do capital não tem tanta visibilidade quanto as filas, a falta de profissionais ou o acesso aos medicamentos, sua problematização e investigação é minorada.

Campos (2007) descreve que o SUS pode ser um dos maiores exemplos de política pública no Brasil, porque se trata de resultado de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do país, especialmente do movimento da reforma sanitária e foi predisposto na Constituição Federal de 1988. Para o autor, o SUS tem se desenvolvido ao longo dos anos de maneira incongruente porque tem inserido um conjunto de políticas de saúde includentes,

mesmo apresentando problemas crônicos como o financiamento insuficiente e desigual.

Este fato demonstra que por um lado o SUS conta com a base de um ideário e um conjunto de atores e instituições na sua construção que o tornaram patrimônio público que deve ser cuidado, mas que também necessita de proteção para evitar retrocessos e também porque ainda existe muita coisa a ser feita para a consolidação desse sistema e, para afiançar que que todo brasileiro seja cuidado no que tange a suas demandas e necessidades de saúde (BRASIL, 2011e).

Nesse sentido, existem desafios a serem enfrentados em relação ao financiamento das ações, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção, que demandam na organização dos sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas que possam garantir que os indivíduos e coletivos sejam efetivamente cuidados no cotidiano. Para isso, é imprescindível que existam não apenas serviços de saúde em quantidades adequadas, mas igualmente que esses serviços sejam articulados de forma complementar e não concorrente, na perspectiva de redes de atenção, e na atenção básica de saúde, foco precípua deste estudo, capazes de responder às necessidades de todos os indivíduos de maneira integral, equânime e compartilhada.

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório e observacional, com análise concomitante em bancos de dados oficiais do Brasil do estado do Paraná e do município de Almirante Tamandaré, e pesquisa de campo orientada por um roteiro observacional elaborado pelo autor. Os dados foram sistematizados de modo a permitir a descrição da estrutura, processo e resultados.

No início deste trabalho foi desenvolvida uma revisão de literatura baseada em pesquisa bibliográfica desenvolvida em mecanismos de busca como Scielo, Bireme, Pubmed, Medline, Lilacs, bancos de teses e Google Scholar, utilizando os seguintes descritores: Saúde Materna; cuidado pré-natal; Atenção Básica de Saúde e Centros de Saúde Materno-Infantil utilizados em português, espanhol e inglês.

As características da pesquisa bibliográfica, conforme expõe Gonsalves (2003, p. 34), se referem à “[...] identificação e análise dos dados escritos em livros, artigos de revistas, dentre outros. Sua finalidade é colocar o investigador em contato com o que já se produziu a respeito do seu tema de pesquisa”.

O caráter exploratório do estudo encontra respaldo no que descreve Gonsalves (2003, p. 65):

[...] a pesquisa exploratória é aquela que se caracteriza pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, com objetivo de oferecer uma visão panorâmica, uma primeira aproximação a um determinado fenômeno que é pouco explorado.

Esta pesquisa no que tange aos objetivos se classifica como exploratória porque, de acordo com o pressuposto por Gil (2008, p. 41) trata-se de uma pesquisa que apresenta “[...] como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

Turato (2005), no contexto de saúde especialmente, enfatiza que existe a necessidade de conhecer o significado de fenômeno incorporado ao processo saúde-doença e para tal é imprescindível que sejam realizadas algumas ações: aprimoramento da qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promoção de uma maior aderência de pacientes e da população em geral em relação aos tratamentos ministrados de maneira individual e adoção de medidas implementadas coletivamente; o entendimento mais profundo de determinados

sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, bem como de seus familiares e no que se refere à equipe profissional de saúde.

Adentrando o conceito de pesquisa descritiva, para Gil (2008) as pesquisas de cunho descritivo apresentam como foco principal descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, de outra maneira, estabelecer as possíveis relações entre variáveis em análise. Existe uma grande diversidade de estudos que podem ser classificados a partir deste conceito que traz como uma de suas características mais expressivas o emprego de técnicas padronizadas para coletar de dados/informações, a exemplo dos questionários e das observações sistemáticas, ambos sendo aplicados neste estudo.

No âmbito das pesquisas descritivas, pode-se destacar aquelas que assumem como objetivo o estudo das características de determinado grupo, analisando: sua distribuição por idade, sexo, procedência, grau de escolaridade, estado de saúde física e mental, entre outros, adequando-a ao propósito desta pesquisa. Já a questão da pesquisa documental é relatada pelo autor acima que é bastante semelhante à pesquisa bibliográfica, se constituindo a distinção entre ambas a natureza das fontes. Enquanto a última emprega basicamente as contribuições oriundas dos inúmeros autores acerca de determinado assunto, a primeira utiliza-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem passar por uma reelaboração em conformidade com os objetos da pesquisa em processo.

O desenvolvimento da pesquisa documental partilha as mesmas etapas empregadas pela pesquisa bibliográfica, cabendo somente a consideração de que, para o delineamento da pesquisa bibliográfica as fontes usadas se constituem, principalmente, por material impresso localizado nas bibliotecas físicas e/ou online, e na pesquisa documental conta-se com fontes de maior diversidade e dispersão (GIL, 2008).

Conceituando e caracterizando a pesquisa de campo, ainda, Gil (2008) descreve que se conformam na busca pelo aprofundamento das questões propostas para avaliar a distribuição das características da população analisada, por isso, quando se planeja o desenvolvimento do estudo de campo deve-se buscar maior flexibilidade, podendo haver até a reformulação dos objetivos propostos no decorrer da realização da pesquisa. O foco deste tipo de pesquisa é sempre uma comunidade, não necessariamente geográfica, um local específico que pode se

tratar de uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou destinada para outra atividade humana. O desenvolvimento básico de uma pesquisa de campo se foca na observação direta das atividades do grupo/local analisado e nas entrevistas com informantes deste meio para capturar as explicações e interpretações dos acontecimentos que sobrevêm no âmbito do grupo/local. Destaca, contudo, que esses procedimentos são, de maneira geral, associados a inúmeros outros, como por exemplo a análise de documentos, de filmagens, fotografias, etc.

Após este processo descritivo das ações desenvolvidas no processo metodológico deste estudo, buscou-se compreender cada situação em seu movimento dialético de gênese e desenvolvimento, como expressão singular ou particular da totalidade social à qual pertencem.

Adentrando uma análise que buscasse qualificar os dados encontrados na pesquisa, pretendeu-se uma preocupação com o entendimento e interpretação de uma determinada conjuntura ou acontecimento buscando compreender os aspectos conceituais relacionados com a atenção materno infantil e sua efetivação nas Unidades Básicas de Saúde.

Sobre a estrutura foram analisadas as seguintes variáveis a partir dos prontuários: existências de protocolo de atendimentos, infra estrutura física do consultório/unidade de saúde, recursos materiais, composição da equipe por habitante: sobre o processo será analisado: % de gestantes com mais 7 consultas, idade gestacional na primeira consulta, % gestantes de alto risco, % gestantes com realização exames laboratoriais no 1º, 2º e 3º trimestre (hemoglobina/hematócrito, VDRL, parcial de urina, Hbsag, HIV) e sobre os resultados foram analisadas as variáveis: mortalidade infantil, mortalidade materna, baixo peso ao nascer, % parto cesárea, % parto vaginal e % RN doenças infectocontagiosas.

A pesquisa de campo realizada foi orientada por um roteiro observacional sobre aspectos inerentes a atenção materno-infantil em relação a estrutura e processo e resultados. Foi realizada no local de trabalho do autor com o objetivo de o deixar imerso em seu próprio ambiente na unidade básica de saúde no Brasil. O roteiro observacional foi elaborado visando permitir uma compreensão do assunto.

Os resultados esperados eram explicitar o cuidado materno-infantil no que diz respeito à estrutura, processo e resultado.

A pesquisa foi realizada no período compreendido entre a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPR no dia 03 de setembro de 2020 sob o

nº34934320.3.0000.0102e finalizada em 22 de novembro de 2020. As entrevistas foram realizadas no município de Almirante Tamandaré na Unidade Básica de Saúde São João Batista, sendo os participantes da pesquisa os profissionais que trabalham na Atenção Primária de Saúde, os pacientes não participaram da pesquisa. O instrumento de pesquisa foi a aplicação de entrevista semi-estruturada (Apêndice 1).

Para a caracterização da população que é atendida pela UBS, o município e a unidade foi utilizado o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 da prefeitura municipal de Almirante Tamandaré porque este documento é o recente disponibilizado com as informações necessárias a este estudo.

O critério de inclusão no estudo foi:

- Médico que trabalha na unidade de saúde com atenção materno-infantil e profissionais que atuam na APS.

O critério de exclusão do estudo foi:

- Médicos Ginecologista-Obstetra da unidade de saúde /consultório médico da família.

4 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Ao longo da década de 1960 foi realizado um amplo debate em diversas partes do mundo onde se enfatizava a determinação econômica e social da saúde que deu espaço para que se buscasse uma abordagem positiva neste contexto com o objetivo de suplantando a orientação que predominava focada no controle da enfermidade. No rol dos desígnios apontados com esta orientação, a abertura da China Nacionalista para o mundo exterior através da efetivação das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais viabilizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) lideradas por Halfdan Mahler em 1973 e 1974, o movimento canadense implementado a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses em 1974 e o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos de 1986 (FERREIRA; BUSS; BRASIL, 2002).

Estes eventos determinaram os fundamentos para relevantes movimentos de convergência no desenvolvimento de um novo paradigma que recebeu formalização na Conferência de Alma-Ata de 1978 a partir da proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e da estratégia de Atenção Primária de Saúde, que se destacou na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986, onde foi promulgada a Carta de Ottawa, que serviu de base para uma série de declarações internacionais posteriores que tem sido formuladas nas conferências que se realizaram acerca deste tema (FERREIRA; BUSS; BRASIL, 2002).

No relato das missões enviadas à China já mencionadas acima, estavam presentes uma das primeiras observações relacionadas com o cuidado da saúde que supera a visão tradicional da atenção médica. Trata-se de um conjunto de atividades que tem como objetivo a melhoria da saúde, especialmente nos ambientes rurais desenvolvidas pelos chineses desde 1965 que incluíam (FERREIRA; BUSS; BRASIL, 2002):

- organização da comunidade local;
- atenção aos idosos além da assistência do Estado;
- incentivo do desenvolvimento de indústrias caseiras;
- auxílio para as escolas e nos serviços generalizados;
- organização da população referente aos cuidados com a saúde ambiental;

- concretização de eventos de cuidados preventivos e tratamentos, com a inclusão da utilização de ervas medicinais;
- suporte para a manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios;
- realização de campanhas de saúde em todos os níveis objetivando a substituição de velhos hábitos e mobilização da comunidade visando:
 - movimentos de toda a comunidade contra as quatro pestes,
 - promoção de limpeza das casas, quintais e ruas,
 - indicação e orientação de hábitos de higiene,
 - manutenção e utilização de água potável,
 - construção de unidades rurais de saúde,
 - elaboração própria de insumos simples como utensílios, pílulas, poções medicinais, entre outros, e
 - vigilância e controle da limpeza de locais públicos.

As referidas atividades eram desempenhadas pelos Comitês Comuns juntamente com diversos segmentos da população, como por exemplo, aposentados, soldados, alunos de escolas, indivíduos da coletividade, associações de mulheres, ativistas de saúde, entre outros, que atuavam em clima de autoconfiança sob a orientação dos responsáveis pela saúde, que costumavam ser denominados como médicos descalços.

Na década de 1980 na América Latina essa tendência estava sendo amplamente difundida, especialmente no meio acadêmico por meio de estudos realizados por Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca, entre outros, que estavam inseridos no desenvolvimento do ensino da medicina preventiva e social e introduziram grande expansão da pesquisa na área das ciências sociais aplicadas à saúde. Os resultados nos países latinos centrais não atingiram maior repercussão no que tange ao desenvolvimento das práticas discutidas; nos países do sul houve destaque para as causas sociais e, nos países do norte a discussão focava as abordagens individuais. Não houve qualquer interação entre os principais atores da época (FERREIRA; BUSS; BRASIL, 2002).

Partindo deste preambulo introdutório segue-se na conceituação da atenção básica buscando o disposto pelo Ministério da Saúde que a caracteriza como,

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b, p. 19).

A atenção básica preceituada acima se desenvolvida a partir do exercício de práticas de cuidado e gestão, de cunho democrático e participativo, assumindo a forma de trabalho em equipe, direcionadas às populações de territórios prédefinidos, pelas quais cada equipe assume a responsabilidade sanitária, levando em conta a necessidade do território abrangido e suas populações. Para desenvolver este exercício são utilizadas tecnologias de cuidado de complexidade e de variadas ações para ajudar no manejo das demandas e necessidades de saúde que se apresentam mais frequentemente e com maior relevância neste território, sendo observados critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e a determinação ética que pressupõe que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento precisam ser acolhidos (BRASIL, 2012b).

Com a ampliação do número de equipes de Saúde da Família, a Atenção Básica de Saúde ou Atenção Primária à Saúde (APS) esta interligada ao conjunto de ações em saúde cumpridas pela Saúde da Família, sendo um processo complexo e que necessita de intervenções amplas em diversos aspectos da realidade social, para a obtenção de um efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população. Esta relação se comprova a partir de diversas evidências em vários países do mundo. Por isso, é recomendado o emprego de conhecimento de diversas origens para que a atenção primária de saúde possa apresentar maior eficácia e resolutividade, que adentrem os conhecimentos específicos da saúde, mas também de outras áreas de conhecimento, tais como, cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer, entre outras, que revela seu caráter permanente e eminentemente interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro contato do usuário com a rede assistencial no âmbito do sistema de saúde, que se caracteriza, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, paralelamente com a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção focada na família, da orientação e participação comunitária e da alçada cultural.

Referindo-se a estes atributos, sua avaliação pode ser efetivada no contexto da prática clínica. Deste modo, o serviço de atenção de saúde destinado à população geral pode ser analisado como provedor de Atenção Primária quando apresenta em sua organização e efetividade os quatro atributos essenciais, que possibilitam o aumento doseu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade quando também apresenta os atributos derivados (BRASIL, 2009).

Explicitando a Atenção Básica em termos de seus fundamentos e diretrizes, pode-se descrever os mesmos (BRASIL, 2012b):

- 1) apresentar território restrito sobre o mesmo para possibilitar o planejamento, programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais que impactem diretamente na situação local, nos condicionadores e nos determinantes da saúde da coletividade que conforma o território, considerando sempre o princípio da equidade;
- 2) Possibilitar acesso global e continuado a serviços de saúde de qualidade e com elevadas taxas de resolutividade, como a porta de entrada aberta e preferencial para a rede de atenção que faz o acolhimento dos usuários e promove a conexão e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

Ainda sobre este fundamento, a atenção básica deve estabelecer mecanismos que afiancem a acessibilidade e o acolhimento de maneira lógica, organizando e mantendo o funcionamento do serviço de saúde partindo do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas aquelas que procuram seus serviços, de maneira global e sem distinções que excluam qualquer pessoa ou atenção.

Diante disso, observa-se que o serviço de saúde deve se organizar para preencher sua função básica de acolhimento, escutar e disponibilização de resposta positiva, e apresentar capacidade resolutiva para a grande maioria dos problemas de saúde da população ou pelo menos atenuar os danos e sofrimentos deles provenientes, se responsabilizando pela resposta, mesmo que esta seja disponibilizada em outros pontos de atenção da rede. Esta concomitância entre a proximidade, capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade se constituem em fatores básicos para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

- 3) Adscriver os usuários e desenvolver vinculação e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, assegurando a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A adscrição dos usuários pode ser descrita como o processo de vinculação de indivíduos e/ou famílias e grupos profissionais/equipes, com o intuito de se constituir em referência para o seu cuidado. O vínculo se constitui no desenvolvimento e construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, possibilitando que se aprofunde o processo de corresponsabilização pela saúde, que seja construído ao longo do tempo e alcance um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado está relacionada com a continuidade da relação clínica, reforçada pela constituição de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e permanentemente, que se desenvolve a partir do acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, promovendo o ajustamento de condutas que forem necessárias, evitando que se percam as referências e diminuam os riscos de iatrogenia sobrevindas da falta de conhecimento das histórias de vida do paciente e da coordenação do cuidado.

- 4) Coordenação da integralidade em seus diversos aspectos, relacionando: integração de ações protocolares e de demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manipulação das várias tecnologias de cuidado e de gestão imprescindíveis para estas finalidades e ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; desenvolvimento de trabalho de maneira multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realização da gestão do cuidado integral do usuário e coordenando o mesmo no âmbito de outras redes de atenção necessárias.

Se constitui em elemento preponderante a presença e articulação de distintas formações profissionais para que haja ações compartilhadas e se constitua um processo interdisciplinar que enriqueça de maneira progressiva os núcleos de competência profissionais específicos no âmbito comum de competências, aumentando desta maneira, a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe. Para que se alcance esta diretriz é necessário que a organização deste atendimento pressuponha o deslocamento do processo de trabalho com foco nos procedimentos e nos profissionais para um processo focado no usuário, que entenda

o cuidado do usuário como um imperativo ético-político que deve nortear e organizar a intervenção técnico-científica.

- 5) Estimular a participação dos usuários como uma maneira de ampliação da sua autonomia e capacidade para construir o cuidado de sua própria saúde e das pessoas e coletividades do território, enfrentando os determinantes e condicionantes de saúde para organizar e orientar os serviços de saúde partindo de uma perspectiva lógica mais focada no usuário e no exercício do controle social.

Diante disso, observa-se que a Política Nacional de Atenção Básica sopesa os termos atenção básica e Atenção Primária à Saúde, partindo das concepções aqui discutidas como termos análogos. Por isso estas diretrizes e fundamentos definidos se aplicam a ambos. A Política Nacional de Atenção Básica apresenta a Saúde da Família como estratégia prioritária visando expandir e consolidar a atenção básica. Desta feita, a qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de outras estratégias de organização da atenção básica devem se nortear pelas diretrizes da atenção básica e do SUS, conformando um processo gradativo, contínuo e singular que leva em conta e abrange as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2012).

Corroboram Starfield (2004); WHO (2008); Paim et al. (2011) e Castanheira et al. (2014) acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) representar uma prioridade no contexto das políticas públicas de saúde brasileiras, por isso, inúmeros estudos têm focado na demonstração de que os sistemas nacionais de saúde norteados por ações primárias conseguem atingir melhores indicadores de saúde, custos menores e maior satisfação dos usuários.

Também concordam Paim et al. (2011) e Veras e Vianna (2009) que a partir da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária de saúde foi municipalizada com a ampliação do acesso e avanço no processo de universalização dos serviços, partindo de um cenário bastante heterogêneo e com distintos acúmulos organizacionais da rede pública entre as diversas regiões e municípios brasileiros. Nesse contexto, a qualidade dos serviços passa a se constituir em um dos principais desafios a ser enfrentado, da mesma forma como vem acontecendo em outros países desde os anos 1990.

Desta forma, a Atenção Básica à Saúde (ABS) assume como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ponto de início

para um modelo e centro organizador das Redes de Atenção à Saúde no Brasil (BRASIL, 2009, 2011a; SILVA et al., 2014).

O objetivo inicial da Atenção Básica à Saúde (ABS) era estender de maneira gradativa a cobertura assistencial para as áreas de maior vulnerabilidade social, que a partir da implantação da ESF determinou a criação de um processo de organização das práticas desenvolvidas na Atenção Básica, indicando uma atenção integral em saúde que tenha como foco e perspectiva a prevenção primária de doenças e promoção da saúde, pautados pelos princípios do SUS para seu desenvolvimento (BRASIL, 2011b, SILVA et al., 2014).

Em conformidade com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que se constitui no dispositivo legal que determina e estabelece o processo de trabalho na Atenção Básica, devem constar na composição mínima das Equipes de Saúde da Família (EqSF) um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, todos comprometidos com o cuidado da saúde de forma humanizada, visando fortalecer os processos de descentralização e promovendo o direito à saúde como um direito constitucional de cidadania (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a).

Diante da caracterização e explicitação presentes nos dispositivos legais da Atenção Básica à Saúde cabe agora passa-se a descrever e conceituar os determinantes das Unidades Básicas de Saúde que se constituem a localização física deste nível de atenção onde se inserem a Saúde de família.

4.1 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Para que possam ser realizadas as ações de atenção básica no âmbito municipal e do Distrito Federal, são necessárias as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que devem ser construídas em conformidade com as normas sanitárias e com referência no manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica (DAB), Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008a).

De acordo com o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família, as Unidades Básicas de Saúde devem seguir normativa básicas de estrutura e funcionamento, contudo, os espaços sugeridos devem adequar-se à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade, atendendo os seguintes parâmetros (BRASIL, 2008a):

- a) Devem ter o seu cadastramento no sistema de cadastro nacional em vigência em conformidade com as normas vigentes;
- b) É recomendado que disponibilizem de acordo com as orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:
- 1) Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;
 - 2) Área de recepção, local para arquivos e registros; ala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros.

A manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde deve se processar pela presença e manutenção regular de estoque dos insumos indispensáveis para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, abrangendo dispensação de medicamentos compactuado sem âmbito nacional quando tiver previsão para ser executada naquela UBS (BRASIL, 2008a).

Além disso deve contar com equipes multiprofissionais cuja composição de acordo com as modalidades das equipes, englobem médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliarem saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais necessários diante da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2008a, 2012b).

A manutenção de cadastro atualizado dos profissionais que constituem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente é de suma importância, e precisa estar conforme as normas em vigore com as cargas horárias de trabalho informadas e demandadas para cada modalidade (BRASIL, 2008a, 2012b).

Para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde deve haver a garantia pela gestão municipal do acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial imprescindível para desenvolver o cuidado resolutivo da população e dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde para os vários pontos de atenção de

distintas configurações tecnológicas, constituídos por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, garantindo a integralidade do cuidado.

Com o objetivo de promover os princípios do acesso, vinculação, continuidade do cuidado e responsabilidade sanitária, partindo do entendimento de que existem inúmeras realidades socioepidemiológicas existem distintas necessidades de saúde e formas de organizar as UBS. No caso específico das UBS com Saúde da Família alocadas em grandes centros urbanos, a recomendação que serve de parâmetro para uma UBS é de no máximo, 12mil habitantes, localizada dentro do território e tendo garantidos os princípios e diretrizes da atenção básica (BRASIL, 2012).

Trazendo o aporte teórico de Starfield (2004) resume-se a definição de quatro atributos básicos da atenção básica de saúde como, primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação concomitantemente com mais dois atributos derivados, a centralização familiar e orientação comunitária. Quando se percebe os distintos atores envolvidos com a atenção à saúde pode-se identificar a partir de instrumentos validados, a presença e a extensão dos atributos da atenção básica para o serviço promovido.

Campos e Guerrero (2010) descrevem que é relevante destacar que em diversas situações, a unidade básica de saúde (UBS) se configura como o único aparelho do Estado para a saúde coletiva em regiões de vinte a trinta mil habitantes e em muitas vezes até mais que isso. A realidade nacional mostra que em algumas regiões do país, podem não haver escolas, delegacias de polícia, bancos, espaços esportivos e até mesmo um comércio pouco variado, mas o “posto de saúde” ser tudo do Estado que a população tem.

Segundo Marques et al. (2014) ao longo dos anos se processou uma transformação almejada para a atenção à saúde no Brasil quando se efetiva o fortalecimento da atenção básica remetendo ao desenvolvimento de ações de saúde com foco na promoção e ampliação da assistência ambulatorial, de maneira descentralizada. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se promove enquanto linha principal da política de Atenção Primária à Saúde (APS) no país, apresenta o potencial de intervir de maneira favorável sobre os indicadores de saúde da população, incluindo a redução de internações por condições sensíveis ao cuidado primário.

4.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

Corroboram Teixeira (2006) e Paim (2003) acerca das origens da proposta de Saúde da Família ter seus primórdios juntamente com o surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar que foi desenvolvido no meio da década de 1960 nos Estados Unidos tendo como objetiva a introdução das reformas no processo de formação acadêmica em medicina. Este movimento se difundiu para diversos países da América Latina nas décadas subsequentes, migrando de maneira progressiva das instituições de ensino para os serviços de saúde, incluindo no Brasil, onde surgiu como proposta de formação em pós-graduação em Medicina Geral e Comunitária, posteriormente tendo sido incluído como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde.

A caminhada institucional dessa proposta demonstra de maneira clara o processo de refuncionalização de suas noções e práticas visando estabelecer uma concepção direcionada para reorganizar a prática médica e clínica por meio da ampliação do objeto de trabalho, que passou dos indivíduos para a família. Estas propostas se associaram gradativamente aos princípios da Medicina Comunitária incorporando os princípios e diretrizes que suplantam a clínica médica, de maneira especial, no que tange a contribuição trazida pelos pressupostos da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde.

Quando se analisa a concepção brasileira da Saúde da Família observa-se a junção de noções e conceitos oriundos de diferentes disciplinas que compõem o âmbito da Saúde Pública e Coletiva, transformadas em princípios e diretrizes operacionais que tem como premissa estabelecer um modelo de atenção organizado em função da organização sistêmica dos serviços, considerando a complementariedade e a hierarquização, pelo viés multiprofissional das equipes de trabalho, pelo emprego de informação epidemiológica para planejar e programar ações de saúde e pela busca de integralização das práticas envolvendo promover, proteger e recuperar a saúde mesmo no contexto da Atenção Primária, convencionalmente chamada no SUS, de Atenção Básica (BRASIL, 1998).

Solla (2006) descreve que a Saúde da Família se a principal estratégia que impulsiona a reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, e mesmo que tenha encontrado dificuldades, principalmente nos grandes centros urbanos, demonstra grande potencial de fortalecimento da implantação do

acolhimento na rede básica, que estabelece vínculo necessário entre equipe, serviço e usuário, concomitantemente com a humanização do atendimento.

Reforçando os pressupostos apresentados acerca da Saúde da Família, Paim (2004, p. 20) descreve que,

Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS. Entretanto, cabe ressaltar que muitas das propostas mencionadas são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis.

Também se posiciona Teixeira (2000, p. 263) ponderando que “[...] nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas”.

Na análise de Campos (1998) acerca das principais atribuições das equipes de saúde da família pode se identificar sua coerência e harmonia direta com a proposta de vigilância da saúde. Segundo o autor, este tipo de atuação coerente e harmônica deve ser expandida para o conjunto dos serviços que envolve a atenção básica até a atenção hospitalar, englobando nessa lógica assistencial outros equipamentos e aparelhos sociais. Assim não deve tratar-se de prerrogativa apenas da Saúde da Família.

Diante disso, entende Solla (2006) que a articulação entre saúde da família, vigilância da saúde, promoção da saúde e acolhimentos e constituiria em uma proposta plausível, ambicionável e imprescindível para que possa construir um modelo de atenção à saúde em concomitância com os princípios e diretrizes do SUS que conjugue elementos conceituais, metodológicos e operacionais que tem no acolhimento a humanização do atendimento, pressupondo desta feita, a garantia de acesso a todos os indivíduos. Não se pode deixar de lado, contudo, à escuta atenta dos problemas de saúde que o usuário refere de maneira qualificada, sempre buscando dar-lhe uma resposta positiva e se responsabilizando pela resolução do seu problema.

Avaliar e monitorar as ações e resultados é essencial para que se possa adequar as políticas e ações implementadas, por isso o governo realiza neste sentido algumas delas, tais como o Sistema de Informação da Atenção Básica e o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família descritos por Facchini et al. (2006), o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e editais de financiamento à pesquisa (BRASIL, 2003a). Contudo, observa-se a ausência de instrumentos e estudos de avaliação do impacto da atenção primária sobre a saúde da população como apontam Macinko; Almeida e Oliveira (2004).

O Sistema de Informação da Atenção Básica tem grande utilidade para o processo de organização das equipes de saúde da família, porém, é limitado quanto a pesquisa avaliativa e também não pode ser utilizado para o registro das informações acerca da atenção básica tradicional, que não inclui o Programa Saúde da Família, o que impede que haja comparação entre os modelos de atenção. A avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família fica restrito aos municípios com mais de 100 mil habitantes e ao Pacto dos Indicadores é carente de uma medida associada que possibilite uma avaliação mais integral da atenção básica (NEDEL et al., 2008).

Após este introito teórico metodológico acerca da consolidação do Programa Saúde de Família segue-se para sua conceituação, implantação, caracterização e aspectos afins.

De acordo com Faquim (2016) o Programa Saúde de Família (PSF) foi implantado no ano de 1994 com o propósito de se constituir em estratégia do governo com foco na reorientação do modelo de atenção e é reconhecido como a política pública com maior potencial para atingir a partir de custos viáveis, a universalização do acesso à atenção integral. Para a autora a estratégia do PSF dá prioridade para a implementação de ações preventivas, promocionais e de recuperação da saúde dos indivíduos de maneira integral e contínua, promovendo a incorporação desta feita, dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) que são a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

No ano de 1998 houve uma troca de nomenclatura, passando então a se denominar Estratégia Saúde da Família (ESF), que como já foi dito anteriormente, deve ser composta por uma equipe multiprofissional. Contudo, ressalva Faquim (2016) que estes profissionais que apresentam distintas formações, habilidades e

competências devem interagir, unir-se e colocar seu conhecimento à disposição do atendimento e para oferecer uma assistência humanizada e fundamentada nos princípios do SUS, suplantando o modelo antecedente.

Corroboram Silva e Fracoli (2014) com as diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)² (BRASIL, 2009) acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) caracterizar-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde que tem respaldo constitucional baseado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, que se encontra hierarquizado e regionalizado nos moldes do SUS. A ESF tem promovido de fato e de direito, uma importante movimentação no sentido de reorientar o modelo de atenção à saúde brasileiro. Trata-se de um arranjo estrutural adotado pelo governo brasileiro, que conforme preleciona Gil (2006) foi implementado a partir de meados dos anos 1990 para prover a reorientação do modelo de atenção à saúde através de práticas de saúde multiprofissionais. Diante disso, foi possibilitado a organização e expansão da rede de serviços e de ações básicas de saúde no nível municipal.

Cabe aqui tecer comentários acerca dos princípios do SUS se firmarem como pressupostos para a ESF que apresenta no alcance da cobertura universal, na equidade, na melhoria da qualidade e na humanização do cuidado, seus maiores desafios a serem superados (SILVA et al., 2014; BRASIL, 2005). E ainda neste contexto, levando em conta a necessidade de apoiar e ampliar a

finalidade das ações de Atenção Básica e da ESF, explicitar que o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir da promulgação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), com o objetivo de trazer contribuição para a ESF através do trabalho interdisciplinar e matricial como meio de assegurar que sejam respeitadas às particularidades locais, integrando profissionais de áreas que até este momento não eram propriamente consideradas, como o nutricionista (BRASIL, 2008).

A constituição de um NASF deve incluir uma equipe onde os distintos profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem de maneira conjunta com os profissionais das equipes de Saúde da Família, partilhando e amparando as

²Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, atuando com equipes multiprofissionais de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

práticas em saúde as localidades que estejam sob a responsabilidade das equipes de SF. A composição destas equipes deve ser definida pelos gestores municipais e pelas equipes da Saúde de Família, escolhidos a partir de critérios pautados nas prioridades identificadas pelas necessidades locais e pela disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes áreas de atuação. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de suporte às equipes de Saúde de Família (BRASIL, 2009).

Segundo entendem Caldeira; Oliveira e Rodrigues (2010) a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) significou um incremento fundamental para a efetivação de um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, que atende desde o recém-nascido até o idoso de maneira integral e contínua. De acordo com o que propõe a estratégia, a atenção deve estar centrada na família, compreendida e observada em seu ambiente físico e social, possibilitando que as equipes de Saúde da Família possam experimentar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que suplantam a prática curativa.

Haq et al. (1995) descrevem que mesmo que a especialidade de medicina de família esteja se difundindo ao redor do mundo, a maioria dos profissionais que compõem as equipes não apresenta especialização na área ou trabalha há pouco tempo nas atividades da estratégia. Diante disso, surgem alguns questionamentos em relação à efetividade da assistência à saúde materno-infantil por profissionais que não tenham formação de pós-graduação capacitando-os para atender a maior parte das necessidades de saúde que podem ser apresentadas pelos pacientes de idades variadas na comunidade onde atuam.

Esta realidade coloca um parêntese acerca da função do médico descortinada por Guevara (2004) ao afirmar que no início da luta pela saúde dos indivíduos, o médico deve adotar como primeiro passo o cuidado de comparar suas possibilidades com o cenário complexo que o cerca, pois o quadro geral das doenças pertinentes pode sinalizar sobre os problemas fundamentais a serem resolvidos. Diante disso o médico pode atuar junto a comunidade para que esta participe ativamente da vida sanitária do seu município, porque assim poderá antecipar as epidemias e, especialmente, as endemias, adotar medidas de saúde pública, auxiliadas por uma compreensão exata do problema.

No campo específico da saúde pública, o autor destaca que sempre as crianças devem receber o melhor tratamento possível, procurando a todo momento que os benefícios sejam fruto da ação coletiva da comunidade e não somente da ação individual, incluindo a comunidade, o médico e a equipe multi e interprofissional. Em casos de deficiência de saúde coletiva ou que esta esteja destinada somente a uma pequena parte da comunidade um médico revolucionário, além das medidas necessárias em cada caso e de acordo com as leis estabelecidas e portarias ditadas pela autoridade, pode organizar um sistema de busca e isolamento de doenças nos campos em que se encontram (GUEVARA, 2004). Aqui caberia dizer, que a ação do médico no âmbito do atendimento do Programa de Saúde da Família se faz extremamente necessária, obedecendo às instâncias superiores de saúde, ao mesmo tempo em que exige delas o máximo de elementos possíveis e, trava uma luta quase pessoal e política através da sua ação médico- social.

Esta ideia encontra eco nos pressupostos defendidos por Berlinger (2004) acerca da previsão e prevenção que afirmava, ao contrário do passado, a possibilidade de antecipação e prevenção de doenças se faz muito presente e, agora é possível, com base na experiência adquirida e nas novas ciências complexas (epidemiologia, simulação, entre outras), avaliar a priori as consequências para a saúde de cada mudança e orientar as medidas a serem adotadas para a manutenção da saúde o que, com a evolução do conhecimento torna-se cada vez mais realidade.

Infelizmente, o valor da saúde está muitas vezes subordinado a outras condições, de interesse dominante, e por isso o ciclo se repete inexoravelmente: dano, reconhecimento e intervenção. É necessário insistir na possibilidade de prever as consequências para a saúde de cada mudança, o que é absolutamente realista e pode ser alcançado em grande parte por transformações sociais.

Assim complementam Giovanella et al. (2008) discorrendo que quando se analisa a política de saúde como uma política social, conseqüentemente, assume-se de imediato que a saúde se constitui em um dos direitos intrínsecos à condição de cidadania, porque é clara a ideia de que a participação completa dos indivíduos na sociedade política se concretiza a partir de sua inclusão como cidadãos. Este fato se deve às políticas sociais se estruturarem em distintos formatos ou modalidades de políticas e instituições que garantem o acesso a um conjunto de benefícios para os

indivíduos que são estimados como legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Pode-se observar que a modalidade de proteção social que é adotada pelo país está diretamente relacionada com a composição de diferentes condições políticas, sendo que em alguns casos, o acesso à saúde pode ser considerado uma medida de caridade, um benefício alcançado a partir de pagamento prévio ou afruição de um direito de cidadania.

Ainda Giovanella et al. (2008) descrevem os critérios de relevância exemplificando a partir de sete aspectos estimados como essenciais para a construção e a dinâmica de gestão da política de saúde, que são:

- 1) A definição de objetivos (finalidades) da política, a política de saúde é construída para alcançar objetivos planejados e firmados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais com vistas em promover o bem-estar pela diminuição e supressão de enfermidades, pela disseminação de benefícios voltados a assegurar a renda em níveis cabíveis, a regular as relações sociais, familiares e empresariais;
- 2) A construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas que tenham a capacidade de análise e monitoramento das condições sociais de vida da população para desenvolver e implementar estratégias, metas e planos detalhados de ação;
- 3) O desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes, porque a política de saúde determina reflexos em distintas relações sociais ao mesmo tempo, como por exemplo, na promoção da igualdade, no processo de legitimação política de grupos governamentais, na conservação da dinâmica econômica, entre outras;
- 4) A constituição oficial de espaços, canais e rotinas focadas na orientação dos processos decisórios que deliberam acerca das estratégias e dos planos de ação da política;
- 5) A apropriação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais oriundos de vários atores inseridos na cena política do país;
- 6) O desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que demonstram o efeito de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que estão contidos, dão sustentação política e conectam ativamente o sistema de proteção social;
- 7) A formação de referenciais éticos e valorativos da vida social, que partam da afirmação e disseminação de valores éticos, da justiça e igualdade, de elementos

representativos da natureza humana baseados em evidências cientificamente corroboradas, de ideais de organização política e social, de elementos culturais e comportamentais.

Estes elementos acima listados se conformam enquanto elementos centrais para a edificação da política de saúde e se encontram inseridos no dia a dia da ação dos sistemas de proteção social atuantes na realidade social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao ampliar o acesso da atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), promoveu sua expansão contínua desde então, sendo que no ano de 2007 a ESF alcançou mais de 90% dos municípios brasileiros dando cobertura para aproximadamente 87 milhões de habitantes com o suporte de 27mil equipes instaladas (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009). Esta expansão se consolidou como elemento fundamental para garantir o acesso da população a partir da atenção básica, destacada como detentora da função de porta de entrada do SUS, como já citado neste estudo.

Contudo enfatizam Azevedo e Costa (2010) que esse cunho de porta de entrada que vige no sistema de saúde brasileiro, não apresenta consistência com um modelo que tem como objetivo a promoção da integralidade das ações individuais e coletivas em sua totalidade. Esta ideia também é defendida por Friedrich e Pierantoni (2006) que concordam acerca da maneira como se organiza o processo produtivo das equipes na ESF apresentar expressivas incoerências entre os objetivos dessa estratégia e a necessidade dos usuários. Para os autores citados a ESF apresenta desenvolvimento hegemonicamente parcelado, fragmentado e isolado, que compromete a principal definição de porta de entrada, que neste âmbito é considerado o acesso integral ao sistema de saúde.

Azevedo e Costa (2010) entendem que a experiência de acesso dos indivíduos ao contatar direta ou indiretamente os serviços de saúde está bastante relacionado com a capacidade do sistema em condizer com as suas expectativas e necessidades e em assegurar-lhes um direito humano e social que é o direito a saúde, que no contexto integral das políticas públicas precisa representar o respeito às inúmeras particularidades das quais é composta a complexa demanda da população usuária.

Diante disso, busca-se o aporte teórico da perspectiva defendidas por Bobbio (2004, p.65) ao analisar os direitos sociais que determinam que “[...] os indivíduos são iguais só genericamente, mas não especificamente”. Partilhando esta

posição, para se instrumentalizar o conceito de acesso aos serviços de saúde deve-se levar em conta a relação estabelecida entre os indivíduos e o sistema de saúde a partir de um cenário composto por demandas complexas e de possibilidades de respostas, na maior parte dos casos, restritas.

Diante dessa perspectiva, Donabedian (1984) processa a definição do acesso como o nível de ajuste necessário que se estabelece entre as características dos recursos de saúde e aquelas presentes na população; no processo de buscar e obter a assistência à saúde desejada e alcançada. Corroborando esta visão, Starfield (2004) afirma que o acesso se constitui no primeiro requisito para se alcançar a atenção primária de fato, contudo, para tornar-se porta de entrada para o sistema de saúde, se faz imprescindível a abolição de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais.

No entendimento de Teixeira (2006), a pertinência dessa estratégia como elemento de extensão de cobertura da atenção básica tem se evidenciado a partir da grande expansão do número de equipes do ESF implementados no país, mesmo que não se possa assegurar que no total, as ações e serviços oferecidos constituam realmente uma mudança de conteúdo das práticas e da maneira de se organizar o processo de trabalho que estão preconizadas nos documentos oficiais. Alguns estudos trazem evidências de que a prática das equipes do PSF concentra suas ações, essencialmente, na disponibilização organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária destinada a grupos de gestantes e mães, a portadores de doenças crônicas e a grupos de idosos, desenvolvidas e aplicadas nas unidades básicas de saúde ou na comunidade. Também é foco deste programa a promoção de ações de atenção básica materno-infantil incluindo, planejamento familiar; pré-natal; acompanhamento e desenvolvimento da criança; controle de desnutrição; tratamento e acompanhamento de infecções respiratórias e outros agravos que compõem o perfil da demanda nesse nível de atenção (BRASIL, 2003; TEIXEIRA, 2004).

Campos (2003) descreve que ainda que a Saúde da Família apresente como “imagem-objetivo” integrar as ações, que inclusive dialogam com as propostas da Vigilância da Saúde, o caminho a trilhar ainda é longo para que seja consolidada uma lógica de ajustamento constante das práticas às necessidades e problemas de saúde da coletividade, referenciada pela possibilidade de harmonizar ações

destinadas a controlar determinantes, riscos e danos, alcançando a premissa básica da promoção, prevenção e assistência.

Teixeira (2006) enfatiza complementarmente uma tendência à burocratização do processo de gerenciamento laboral das equipes de Saúde de Família, que pode ser visualizada a partir de relatos de enfermeiras supervisoras do programa que distinguem a existência de um número excessivo de formulários, planilhas e outros instrumentos empregados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações concretizadas.

Pelo exposto pode-se concluir que existem avanços, mas também se conformam lacunas que dificultam a efetivação da proposta de Saúde da Família, que podem significar empecilhos na prática concreta dos serviços, mas que podem ser suplantadas a partir de diálogo e incorporação crítica de outras propostas que podem auxiliar na redefinição do conteúdo das ações, pela ampliação dos objetos de intervenção locais, incorporação de ideias e propostas dos movimentos relacionados com a promoção da saúde, que extrapolem as ações de educação e mobilização popular e integrem ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes de saúde da família.

4.1.2 Programa Mais Médicos

Neste item pretende-se fazer uma sucinta descrição do Programa Mais Médicos que se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país porque é neste atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos (BRASIL, 2021).

Segundo descreve Campos e Pereira Júnior (2016) o Programa Mais Médicos (PMM) teve seu início a partir de 2013 no governo de Dilma Rousseff, com significado na continuidade do empenho para consolidar a Política Nacional de Atenção Básica, mas também representando elementos que se configuraram como objetos de interrupção com essa política.

Os autores acima citados enfatizam uma primeira mudança em termos de qualidade do PMM como sendo a maior ingerência do Ministério da Saúde no âmbito da Atenção Básica, que se encontra sob competência quase que exclusiva do âmbito municipal. O PMM realiza ações articuladas com os municípios, contudo, o protagonismo em nível federal tem se majorado em várias dimensões. O Ministério

da Saúde desenvolveu finalmente um planejamento nacional, assumindo a responsabilidade pela execução de grande parte das ações previstas neste plano.

A primeira destas dimensões de intervenção direta do Ministério da Saúde estava relacionada diretamente com o recrutamento, distribuição, remuneração e formação de médicos, mesmo que ainda com algum grau de negociação com os entes federados. O programa conseguiu em curto espaço de tempo incluir no SUS e na Atenção Básica mais de 18.000 profissionais no espaço de dois anos, onde grande parte destes médicos foi recrutada a partir da cooperação internacional tripartite estabelecida entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), governo de Cuba e o governo brasileiro, a partir de um período de inscrição para médicos formados no Brasil e em outros países. Os médicos provenientes de Cuba apresentavam formação e experiência específica na Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade, ao passo que a maioria dos médicos brasileiros trabalhavam na Atenção Básica.

A influência destes profissionais no cotidiano da Atenção Básica brasileira foi expressiva, especialmente porque adotam um padrão de responsabilidade sanitária que lhes permite estabelecer um vínculo e interação com usuários. Segundo Santos; Costa e Girardi (2015) que realizaram um estudo avaliativo em 32 municípios participantes do Programa verificou que 94,1% dos usuários entrevistados classificaram a consulta do médico do programa como “muito boa” e “boa”; e 98,1% afirmaram que o médico foi atencioso com todas as suas queixas e 87% descreveu ter compreendido as explicações e indicações que o médico dispôs acerca da doença e do tratamento.

O Programa Mais Médicos completou dois anos em 2015 e nesse período, garantiu 18.240 médicos em 4.058 municípios, cobrindo 73% dos municípios brasileiros e nos 34 distritos de saúde indígenas, combatendo a insuficiência ou mesmo ausência desses profissionais nas periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, comunidades quilombolas indígenas e assentadas, sertão nordestino, populações ribeirinhas, entre outras, que nunca tiveram à disposição ou não conseguiam fixar médicos. Neste período esses profissionais garantiram atendimento a 63 milhões de brasileiros que não contavam com atendimento médico e que agora encontram atendimento nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2021).

Contudo, a determinação de contratar médicos estrangeiros sem o exame de revalidação de títulos, com o agravo da maioria ser oriunda de Cuba, estabeleceu um conflito político e ideológico, por parte de entidades médicas que adotaram oposição radical ao governo da presidente Dilma Roussef (CRM-ES, 2020).

Outra questão que interferiu no aumento da qualidade do PMM se constituiu na determinação do governo federal na redefinição da relação do SUS com a categoria médica em relação a contratação de médicos cubanos e também devido as mudanças na reorientação da formação médica promovida pela Lei nº 12.871 de 2013 determinada para todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas (BRASIL, 2013). A referida lei também promoveu mudanças na lógica da expansão de vagas de graduação em Medicina, a partir das quais a demanda passou a ser regulamentada e planejada pelo Estado em relação com a necessidade social da oferta da formação médica. Esta nova lógica direcionou a interiorização dos cursos e uma distribuição mais justa entre as regiões brasileiras no intento de diminuir as diferenças regionais em relação ao número de médicos e vagas de graduação por habitantes. Todavia, a expansão se consolidou principalmente através da formação em escolas de medicina privada com custos inacessíveis para grande parte das famílias, o que podia sinalizar a existência de objetivos não explicitados de promover o controle do mercado de trabalho médico a partir do aumento da oferta de profissionais (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Um aspecto relevante do PMM se constituiu na possibilidade de planejamento da distribuição dos novos médicos para a Atenção Básica de acordo com os critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas, que mesmo após 33 anos da aprovação dos princípios e diretrizes do SUS na Constituição Federal de 1988, tem sido empecilhada por diversos obstáculos na sua efetivação, especialmente quando se analisa as injustiças sociais e as desigualdades regionais (CAMPOS, 2007; PAIM et al., 2011).

AS pesquisas têm demonstrado que populações que residem em áreas de extrema pobreza, longe dos grandes centros ou nas periferias de regiões metropolitanas, que estão localizadas em áreas de difícil acesso, as populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas, povos do campo e da floresta, de maneira geral, apresentam maior dificuldade de acesso a atenção à saúde, incluindo os serviços de Atenção Básica (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; CAVALCANTE, 2011).

5 ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

Conforme predispõem Cassiano et al. (2014) as políticas públicas de saúde que tem como foco atender as necessidades e garantir os direitos da mulher e da criança tem sua definição pautada principalmente nos princípios simplesmente reprodutivos destinados somente para a concepção e anticoncepção, e secundariamente visando atender os direitos mais amplos que tem como objetivo assegurar garantir condições de saúde e de vida com mais qualidade.

Diante desse escopo foi que os movimentos sociais desenvolvidos no âmbito da sociedade brasileira, com especial destaque para o movimento feminista, trouxeram contribuições para a construção de novas políticas públicas já no início dos anos 1980, que resultaram na concretização de leis e programas de saúde com intensificação por toda a década de 1990 e se estendendo até os anos 2000, com o objetivo de, através da elaboração de programas e estratégias de saúde pública, para atender a atenção materno infantil.

A partir desta perspectiva foi concebido o Programa Saúde da Família (PSF), sendo que descrevem Senna e Cohen (2002) que diante desta determinação assume-se a família como o núcleo central da atenção à saúde através da interação entre os seus membros em seu ambiente de moradia e trabalho, com seus hábitos alimentares específicos, níveis de educação e lazer, entre outras características intrínsecas, com uma equipe de profissionais de saúde visando diagnosticar as situações que podem afetar seu bem-estar, para juntos partilharem as responsabilidades no encaminhamento das soluções para cada caso específico identificado.

Corroboram Lira et al. (2003) com Lansky; França e Leal (2002) que no âmbito dos grupo salvo de atenção do PSF, pode-se destacar, o grupo materno- infantil, enfocando especialmente as demandas de cuidado e de promoção da saúde para a mãe e crianças, baseando-se na perspectiva de que o desenvolvimento de ações com foco no cuidado da saúde das mulheres pode determinar um impacto direto na diminuição de índices negativos de saúde da criança, tais como a prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outros.

Lima et al. (2007) concordam com o exposto, justificando o acompanhamento profissional para o grupo materno infantil e direcionando as demandas deste grupo pela necessidade de orientação e controle de questões

associadas com o aleitamento materno exclusivo, crescimento e desenvolvimento, necessidade de atenção e foco no esquema de imunização, assistência e controle de doenças típicas da infância, porque estas são ações que demandam metodologias assistenciais simples, econômica, sem causar perturbações ou choques e que são facilmente aceitas culturalmente. Estas são ações que possibilitam que sejam identificadas as crianças que apresentam déficit nutricional ou risco de adoecerem, beneficiando uma intervenção precoce e com eficácia.

Este cenário demonstra muito claramente a necessidade de uma assistência pré-natal para um efetivo acompanhamento da saúde das crianças até os cinco anos de idade, o que se denomina, acompanhamento de puericultura, porque estas ações são de suma importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, que se caracteriza por se constituir em uma fase prioritária devido a se tratar de uma etapa intensa e de grande vulnerabilidade para a criança exatamente pelo crescimento acelerado típico do período.

A mãe também se constitui em polo que requer muita atenção, por isso as ações de maior importância focam o controle da mortalidade materna e diretamente relacionadas com o acesso e a qualidade da atenção propiciada pelos serviços de saúde, principalmente nos períodos de atenção ao parto e ao puerpério. De acordo com Victora e Barros (2001) o acompanhamento ao pré-natal impacta na diminuição dos níveis de mortalidade materna e perinatal, se as mulheres puderem contar com os serviços de atenção de qualidade satisfatória para controlar os riscos identificados. Diante disso, apontam Costa; Guilhem e Walter (2005) que a atenção pré-natal precisa focar, principalmente, na garantia da evolução normal da gravidez; no preparo da gestante para o parto, no puerpério e lactação normais; na identificação precoce das situações de risco. Todas estas medidas atuam na prevenção das complicações mais recorrentes no período da gravidez e do puerpério.

Trevisan et al. (2002) promovem uma retrospectiva histórica da saúde materno-infantil discorrendo que na primeira metade do século XX pode-se observar a concretização do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, que significaram avanços que propiciaram uma diminuição expressiva nos níveis de mortalidade materna e infantil perinatal, especialmente nos países desenvolvidos. Contudo, quando se refere aos países subdesenvolvidos, ainda prosseguia a preocupação relacionada com a frequência da ocorrência de mortes de mulheres e

crianças devido a complicações originadas na gravidez e no parto, sendo que a maior parte destas poderiam ser evitadas através de uma assistência pré-natal adequada.

Defendendo a ideia de que na história da saúde pública a atenção materno-infantil tem sido considerada prioritária se posiciona Osis (1998), colocando que no Brasil houve em 1983 a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que promoveu a ampliação do rol de ações de saúde com o objetivo de atender as mulheres com especial foco na atenção pré-natal por causa do impacto e relevância no resultado anterior e posterior do parto.

Para Rattner (2014, p. 104) trata-se de uma política que associa aspectos da integralidade, de gênero, de raça e etnia e da promoção da saúde adotados como elementos condutores, complementando espaços antes não acrescentados quando incluiu “ações de atenção ao climatério, as queixas ginecológicas, a reprodução humana assistida, atenção ao abortamento inseguro e a segmentos da população feminina historicamente alijados das políticas públicas”, abordados nas mais diversas peculiaridades e demandas, inserindo mulheres aprisionadas, de etnia negra e indígena, lésbicas e bissexuais, trabalhadoras rurais, portadoras de deficiência, entre outras. A política ainda contemplava o apoio à participação do movimento de mulheres no processo de desenvolvimento, implementação e avaliação da política de atenção integral à saúde da mulher, respaldado pelo mérito propiciado pela sua contribuição técnica e política no âmbito dos direitos e da saúde da mulher.

De acordo com Tanaka (1995) a preocupação e os cuidados relacionados com os acontecimentos que se desenvolvem ao longo da gravidez é uma forma de mostrar respeito à cidadania da mulher que é reflexo do nível de desenvolvimento de uma sociedade. A autora aponta que a doença não mantém relação causal apenas com a situação econômica e social dos indivíduos da população, mantém ainda, relação com os cuidados médicos disponibilizados que retratam a estrutura desta sociedade, em especial a sua estratificação de classes, como se pode observar de maneira clara nos serviços de saúde no Brasil.

Corroborando a grande relevância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na diminuição das taxas de mortalidade materna o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi implementado pelo Ministério da Saúde em 2000 que propunha critérios sinalizadores do desempenho e da qualidade da

assistência pré-natal, ainda dispondo incentivos financeiros aos municípios que anuírem ao referido programa (BRASIL, 2000a).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi implementado pela Portaria GM nº 569 de 1 de junho de 2000, estabelecendo diretrizes e princípios direcionadores dos quais se pode destacar o conjunto dos direitos referentes a universalidade do atendimento ao pré-natal, ao parto e puerpério correto e de qualidade para as gestantes, visitação prévia ao local de realização do parto, direito a presença do acompanhante no parto e atenção humanizada e segura a este evento (BRASIL, 2000a).

Estes direitos são extensivos ao recém-nascido no que tange a assistência neonatal adequada, onde as orientações específicas para o pré-natal definidas pela referida portaria orientam que o atendimento deve ter seu início até o quarto mês da gravidez e o direito ao mínimo de seis consultas por período gestacional. Determina ainda a execução de um conjunto de exames laboratoriais e procedimentos para cumprir os objetivos da atenção qualificada e humanizada à gestante (BRASIL, 2000a).

Ainda a mesma portaria institui que as autoridades sanitárias nas esferas federal, estadual e municipal tem a responsabilidade de garantir que estes direitos sejam concretizados. A incumbência sobre a prestação de serviços passa a ser do município, determinando a atuação fundamental dos gestores municipais da saúde no processo. Esta descentralização da gestão da saúde tem assessorado a expansão da cobertura disponibilizado pelo SUS (ESCOBAR et al., 2002; BRASIL, 2000a, 2004).

A estratégia de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é um dos objetivos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que o Ministério da Saúde distribuiu em março de 2004, que tinha como desígnio a diminuição de 15% das taxas de mortes de mulheres e recém-nascidos até o final do ano de 2006 e de 75% até o ano de 2015 (BRASIL, 2004; MAIA, 2010). O Brasil não cumpriu esta meta Reduzindo a mortalidade materna em torno de 50% em 2015; contudo houve a redução da mortalidade infantil, cumprindo a Meta 4 dos Objetivos do Milênio (ODM) antes do prazo estipulado que era 2015, entretanto, os níveis atuais ainda são considerados elevados pois a taxa de mortalidade infantil que partiu de um patamar

pouco abaixo de 50 óbitos por mil nascidos vivos (1.000 NV) em 1990, atingiu pouco menos de 20 óbitos por 1.000 NV em 2015 (BRASIL, 2018).

Contudo, Cassiano et al. (2014) descrevem que o PHPN não alcançou o objetivo esperado devido a enfrentar dificuldades relacionadas com o acesso aos serviços de saúde, ausência de leitos disponíveis, carência de recursos humanos, financeiros e materiais, incerteza de obtenção de vagas nos hospitais e possibilidade de ambulância entre os serviços hospitalares.

A atenção básica na gravidez envolve atendimento no sentido de prevenir doenças e agravos, promover a saúde e o tratamento dos problemas que surgirem ao longo do período gestacional até o pós-parto, para a mulher é também para o bebê (BRASIL, 2000b).

Conforme entendem Santos e Tyrrel (2005) os aspectos biopsicossociais são avaliados de maneira não categorizada porque não se concebe uma assistência à mulher grávida limitada apenas a aspectos biomédicos, assim, é necessário considerar aspectos psicológicos, pois seus sentimentos em relação à experiência devem ser vistos analisados a partir de suas diversas dimensões porque se trata de um período único e singular na vida das mulheres.

Na visão implementada e defendida pelo Ministério da Saúde, a atenção às gestantes deve focar na redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil a partir da adoção de medidas que garantam a melhora no acesso, na cobertura e na qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2004c).

A intervenção da equipe de saúde principia na maior parte dos casos com a procura da mulher pelo serviço de saúde apresentando sentimentos diversos de receios, dúvidas, angústias, expectativas ou até mesmo curiosidade de confirmar seu estado de gravidez. A consulta de enfermagem se realiza pela escuta atenta acerca das queixas mencionadas para que se possa estabelecer o desenvolvimento de um ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança por parte da mulher. As questões relatadas pela gestante, em sua grande parte, mesmo parecendo básicas para quem ouve, pode apresentar um significado expressivo para a mesma, desta forma, possibilitar respostas diretas e seguras é muito importante para o bem-estar da gestante e de sua família como afirmam Rugolo et al. (2004).

Conforme descrevem Duarte e Andrade (2006) para que se confirme a gravidez deve-se passar ao levantamento dos possíveis sintomas característicos,

tais como, queixa de atraso menstrual, presença de náuseas e vômitos, existência de sensibilidade mamária, micção anormalmente frequente³, prisão de ventre, irritabilidade, e outros, onde se inclui o aumento do volume abdominal em conformidade com o tempo da gestação. Nesta etapa solicita-se o teste confirmatório da gravidez.

Os autores complementam o seguimento do processo, descrevendo como o exame para diagnóstico laboratorial mais recorrentes e constituir na dosagem do hormônio gonadotrófico coriônico (beta HCG) presente na urina ou no sangue materno, que ao resultar positivo, procede-se à assistência ao pré-natal propriamente dita.

Para dar prosseguimento ao processo do pré-natal, é incumbência do enfermeiro a realização do cadastramento da gestante, que se constitui em ferramenta essencial para encaminhamento para todos os profissionais da equipe de saúde. O cartão da gestante é preenchido com as informações imprescindíveis que se consolidam como referencial para a detecção de riscos maternos e fetais, concomitantemente com outros parâmetros desejáveis para o pré-natal adequado.

As consultas de enfermagem especificamente, na fase pré-natal podem ser realizadas na unidade de saúde ou no domicílio quando da visita domiciliar. O Ministério da Saúde propõe que o calendário de atendimento pré-natal precisa ser planejado na primeira consulta considerando a idade gestacional para definição dos períodos mais apropriados para a coleta de dados indispensáveis para o bom seguimento da gestação. O intervalo entre as consultas deve ser definido de quatro em quatro semanas, e posteriormente à 36ª semana, o acompanhamento deve ser realizado quinzenalmente, com o objetivo de fazer a avaliação da pressão arterial, observação da presença de edemas, da altura uterina, movimentação fetal e batimentos cardíofetais, entre outras ocorrências (BRASIL, 2000b).

Na primeira consulta são solicitados os exames de rotina do pré-natal que são, hemograma completo; tipagem sanguínea e fator RH; glicose em jejum; sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex 1 e 2, sífilis, HIV 1 e 2, chagas, hepatite B, hepatite C, fenilcetonúria materna e HTLV 1 e 2; urina tipo 1, urocultura e parasitológico de fezes. A ultrassonografia normalmente é solicitada no decorrer dos meses. Nesta ocasião deve ser verificado também a data

³ Polaciúria.

do último exame citológico (Papanicolau), que no caso de não estar em dia ou apresentar histórico de alteração em exame anterior deve ser agendado destacando a relevância da sua realização (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Outra questão inerente à primeira consulta é a situação vacinal, promovendo a vacinação quando indicado, na mesma oportunidade. A vacinação objetiva a proteção da gestante e do recém-nascido contra o tétano, utilizando-se a vacina dupla, tipo adulto (dT) ou toxóide tetânico (TT) no caso de falta da primeira. O cronograma vacinal é desenvolvido em conformidade com o histórico de vacinação anterior, onde a gestante que não recebeu nenhuma dose de vacina com o toxóide tetânico ou que não completou o esquema proposto deve ser considerada como não vacinada. Assim, procede-se a atualização com o esquema básico de três doses com intervalos de 60 dias entre elas, passível de alteração conforme a idade gestacional e o risco potencial para a mãe e o bebê. No caso de a gestante estar imunizada com as três doses de vacinas com o toxóide tetânico, deve-se verificar se existe a necessidade de vacina de reforço que para a gestante é de cinco anos após a última dose (DUARTE; ANDRADE, 2006).

5.1 FATORES DE RISCO MATERNO INFANTIL

As desigualdades sociais e regionais no Brasil associadas com a cobertura de atenção ao pré-natal estão presentes ao longo do tempo conforme destacado por Victora e Barros (2001). Naquela época e atualmente entende-se a mortalidade materna como uma situação extrema que pode sobrevir na gravidez, no parto e no puerpério, e suas circunstâncias precisam ser examinadas cuidadosamente no que tange aos aspectos clínicos e também no que se refere aos fatores que não mantêm exatamente relacionamento com o sistema de saúde (KILSZTAJN et al., 2003).

Inúmeros estudos fazem a correlação do risco de mortalidade materna com fatores relacionados com a escolaridade da mulher gestante, demarcando a assertividade das influências socioeconômicas da população estarem relacionadas com os riscos neste período. Associam o baixo nível de escolaridade como fator desfavorável relacionado com a precocidade do início do pré-natal e com a adesão da gestante com a concentração ou número de consultas necessárias para uma atenção ao pré-natal (OSIS; HARDY; FAUNDES, 1993; HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2003). Ainda sobre a relação da baixa escolaridade discorrem

Escobar et al. (2002) que este fator também está atrelado ao baixo peso da criança ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, concomitantemente com o aumento do número de partos.

Escobar et al. (2002) também consideram a partir dos resultados de seu estudo como fatores de risco para as mulheres grávidas a paridade; hipertensão durante a gravidez; ganho de peso insuficiente; detecção da presença de anemia e faixa etária da mulher abaixo de 18 e acima de 35 anos. Muitas destas condições que se associam ao risco de morte da gestante podem receber alguma intervenção por parte dos serviços de saúde.

Cavalcanti et al. (2013) apontam que a partir da implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004d), inúmeras ações de saúde passaram a ser dirigidas para esses segmentos populacionais de maneira mais regular e ordenadamente pelo SUS como parte dos esforços intergovernamentais para a diminuição dos índices de mortalidade materno e infantil (BRASIL, 2011d).

Contudo, compreende-se que as morbimortalidades materna e infantil se constituem como acontecimentos de alta complexidade e desta feita, de caráter multifatorial, por isso essas questões ainda fazem parte dos desafios para o país em termos de atenção de saúde materno infantil, integrando as políticas de saúde deste setor. Assim passa-se a discorrer acerca de duas políticas públicas de interesse para este estudo, a Rede Cegonha e a Rede Mãe Paranaense, sendo esta última a utilizada na unidade de saúde pesquisada.

5.2 REDE CEGONHA

De acordo com Genovesi et al. (2020) as políticas públicas de saúde brasileiras que tem como foco principal a população materno infantil em passado por um longo processo de estruturamento e revisão com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade devido a causas

sopesadas como evitáveis através do acesso aos serviços qualificados. Analisando os índices observam que no ano de 2011 constatou-se uma diminuição na taxa de mortalidade infantil no país em comparação aos anos anteriores, contudo, mesmo assim, tratava-se de índices ainda altos em relação aos de outros países (BRASIL, 2011d).

Desde esta redução de índices, o governo desenvolveu uma nova estratégia para promover mudanças no modelo de atenção materno-infantil, dando origem a Rede Cegonha (BRASIL, 2011d) que objetiva precipuamente a promoção e implantação de um novo modelo na atenção ao parto e nascimento e a disposição da rede de atenção materno-infantil como maneira de assegurar o acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013a).

A Rede Cegonha tem como fundamento os princípios do SUS, visando desta forma, a garantia da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, sua organização se faz de forma a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade através de um modelo de atenção focado no pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, incluindo transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011c). Este processo vem sendo discutido e desenvolvido no Brasil desde a década de 1990, utilizando o conhecimento e a experiência de profissionais da saúde, antropólogos, sociólogos, gestores e colaboradores do Ministério da Saúde, entre outros (BRASIL, 2011d).

A rede privilegia a conformação de um acesso ao pré-natal com maior qualidade, mais garantia do acolhimento executando-se a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, garantia de vinculação da gestante à uma unidade de referência e à transporte seguro, promoção de maior segurança na atenção ao parto e nascimento, prestação de atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com mais qualidade e resolutividade, concomitantemente com o acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011d).

A demarcação do campo de atuação prioritário da Rede Cegonha se baseia no diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil ainda se conservam altas, com a prevalência de uma intensa medicalização do nascimento e uma utilização de tecnologias sem qualquer embasamento científicos, como por exemplo, as cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) (BRASIL, 2011b). Sobre este tema, buscou-se o aporte teórico de Tesser (2006, p. 348) ao conceituar a medicalização

como “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”.

Cavalcanti et al. (2013) descrevem o fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, em adição à acumulação de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, como a permanência em níveis elevadas das taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, concordando com o que define Diniz (2009) como paradoxo perinatal brasileiro. Este fato reporta uma realidade que demanda uma imprescindível reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, onde a incorporação tecnológica recebe limitada pelas reais necessidades das mulheres e crianças, suportadas por evidências científicas reais e concretas.

Pode-se observar que o consumo exacerbado de procedimentos não tem impacto direto e necessário nos níveis de saúde haja visto a realidade de que o acesso ao pré-natal sendo quase universal no país não apresenta níveis de qualidade satisfatórios (BRASIL, 2011b). Pelo contrário, o modelo de atenção ao pré-natal apresenta a incorporação de custos crescentes oriundos da inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos) sem que haja a contrapartida dos resultados de maneira suficiente.

Cavalcanti et al. (2013) descrevem que o marco conceitual, o discurso técnico-político e as maneiras utilizadas para operacionalizar a Rede Cegonha são oriundos de esforços relevantes e de iniciativas de contexto nacional no âmbito materno-infantil no SUS, tais como as diretrizes determinadas pelo Pacto pela Saúde, pelo Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil e pelo Programa de Qualificação das Maternidades em associação com as congruentes experiências municipais e estaduais nesta seara (BRASIL, 2011b).

Corroboram Assis et al. (2019) com Penha e Marques (2015) acerca dos indicadores de morbidade e mortalidade materno-infantis serem fundamentais no processo de organização e funcionamento da Rede Cegonha, em conformidade com os termos do artigo 5º da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é uma rede temática que foi alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011f) também objetivando a melhoria e redução dos indicadores que ainda se encontravam muito altos no país, mesmo em face das iniciativas impetradas anteriormente para

concretizar a rede de cuidados materno e infantil, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

De acordo com Assis et al. (2019) a organização da Rede Cegonha se fez a partir de quatro componentes, o pré-natal que assegura às mulheres o acesso ao pré-natal de qualidade, o acolhimento executado associado com a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência, a Unidade Básica de Saúde e a maternidade e o transporte; o componente parto e nascimento que está fundamentado na segurança na assistência; o componente puerpério e atenção integral à saúde da criança promovendo a assistência a crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade, e também acesso a ações que possibilitem o planejamento reprodutivo; e o sistema logístico, transporte sanitário e regulação que possibilita o acesso aos serviços acima citados.

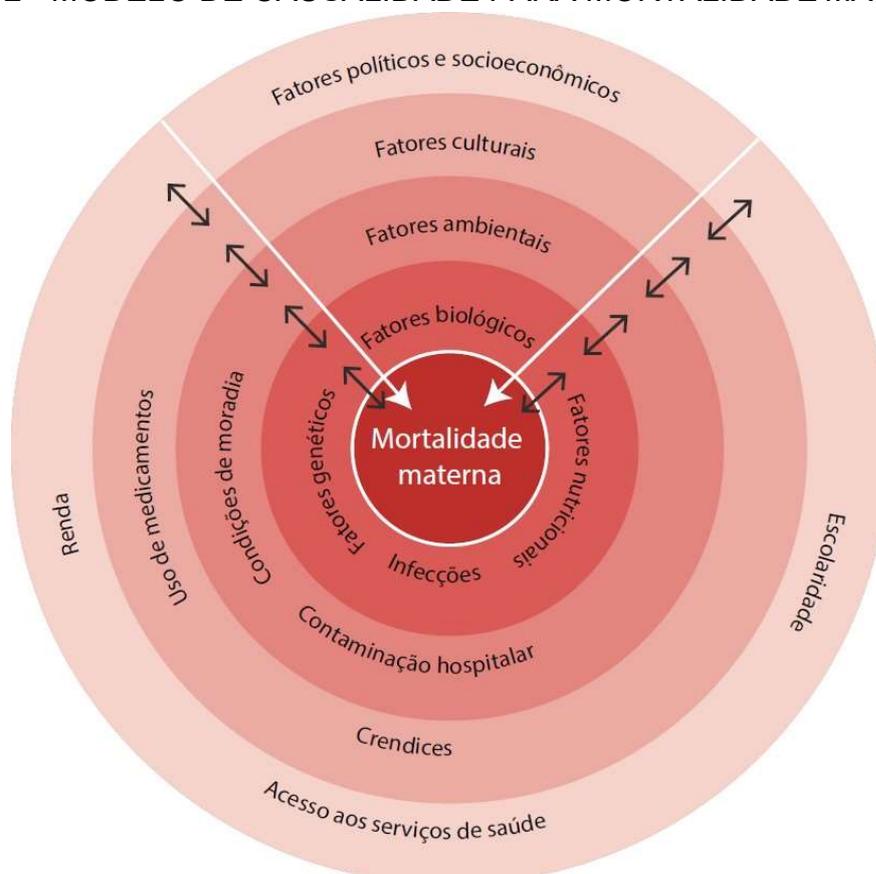
Segundo constatam Silva et al. (2013) a importância dos indicadores materno infantis se configurarem a partir da possibilidade que trazem de conhecer efetivamente a situação de saúde local, desempenhando a função de uma matriz diagnóstica que auxilia no aumento da efetividade das ações da Rede Cegonha regionalmente, em conformidade com os fatores de risco locais detectados.

Dessa forma, os autores dispõem que ao mensurar a mortalidade materna, que é classificada como um indicador do nível de desenvolvimento da saúde, pode espelhar o nível de qualidade da atenção à saúde das mulheres. A taxa de mortalidade neonatal demonstra as condições de assistência à gravidez, ao parto e ao período perinatal regionalmente. O número de consultas pré-natais efetivamente realizadas com captação precoce da gestante e a consulta de puerpério indicam as condições de acesso e a cobertura dos serviços de saúde em cada região de ação da Rede Cegonha.

Penha e Marques (2015) concordam com Silva et al. (2013) que ao se analisar esses indicadores pode-se instrumentalizar o aumento da efetividade da Rede Cegonha regionalmente diante da grande heterogeneidade regional do país configurada pelas significativas diferenças socioeconômicas e culturais, além de questões propiciadas pela arbitrariedade no acesso aos serviços de saúde, por isso, se torna de grande importância que sejam investigados os fatores de risco localmente.

Alguns estudos do tema destacam que a análise dessas informações precisam abranger o estudo dos indicadores relacionados com o ciclo determinante causal de mortalidade infantil devido a sua importância enquanto instrumento que permite a compreensão das condições de vida da população materno-infantil e para a delimitação das ações prioritárias de políticas públicas adequadas para cada realidade social e no desenvolvimento de estratégias que permitam o seu controle e a organização da rede assistencial (MOMBELLI et al., 2012; MAIA; SOUZA; MENDES, 2012). Referem Kassir et al. (2013) que a partir da identificação de fatores de risco referentes à mortalidade infantil ou materna, torna-se plausível planejar ações destinadas à reestruturação e melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos com o objetivo principal de reduzir os índices de mortalidade nessa população. Contudo, tal redução não está sujeita a novos conhecimentos como acontece com outros problemas de saúde, e sim na garantia da acessibilidade e do uso com maior efetividade do conhecimento científico e tecnológico já existente. Para entender este processo de causalidade da mortalidade materna, a Figura 2 que segue traz uma demonstração visual de um modelo de causalidade.

FIGURA 2 - MODELO DE CAUSALIDADE PARA MORTALIDADE MATERNA



FONTE: Penha e Marques (2015, p. 13).

Entende-se que esta política proposta pelo governo visa alcançar a perspectiva de qualificação da atenção quando pretende reconhecer como problemas prioritários com seu necessário enfrentamento a mortalidade materna e infantil até os cinco anos de idade porque a não ocorrência de uma morte evitável trata-se de uma questão ética e de Direitos Humanos, conformando-se como um grande desafio contemporâneo que demanda enfrentamento.

Segundo destaca Rattner (2014) a Rede Cegonha faz a alocação de uma parcela importante de recursos para priorizar a atenção ao período reprodutivo mantendo o foco na qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo, à gestação, a partos e nascimentos, ao pós-parto e aos primeiros dois anos de vida da criança quando privilegia a saúde das mulheres e o atendimento integral da criança desde o seu nascimento. A rede incorpora a passagem da compreensão biomédica que tem como objeto o corpo da mulher e da criança para a abordagem humanizada e interdisciplinar que tem como foco a família; e a adoção de concepções mais atuais acerca das práticas de atenção com base na Medicina Baseada em Evidências e em uma abordagem humanizada que entende as mulheres como indivíduos participantes da atenção.

Os avanços inseridos na proposta da Rede Cegonha estão relacionados com a gestão do cuidado pela incorporação de dispositivos da Política Nacional de Humanização como o acolhimento com classificação de risco; com o projeto terapêutico individual que visa traçar um plano de expectativas para o parto e sua implantação onde seja possível; com o trabalho em equipe multiprofissional de maneira transdisciplinar e complementar e com o aprimoramento do processo de trabalho adotando aspectos de uma atenção humanizada e práticas baseadas em evidências científicas, entre outros aspectos.

Destacam Guerra et al. (2016) que mesmo que a Rede Cegonha seja um programa federal, a competência de sua efetivação é do estado e do município acerca da sua execução, por isso se apresenta como uma possibilidade de avanço e melhoria da atenção integral à saúde da população localizada, designadamente no que tange às questões referentes aos aspectos éticos e legais, no que tange à prescrição de métodos anticoncepcionais e no desenvolvimento de ações educativas que estabeleçam e fortaleçam o vínculo da população local com as unidades de saúde e com seu direito ao parto humanizado.

Assim, conclui-se que o princípio básico da Rede Cegonha é melhorar a atenção proporcionada a mulheres e crianças, buscando instrumentalizar políticas já concebidas e articular os pontos de atenção na formação de uma rede de cuidados integrais. Trata-se de promover a efetivação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que assegure seu acesso, acolhimento e resolutividade, visando colaborar na redução da mortalidade materna e infantil enfatizando o componente neonatal.

5.3 REDE MÃE PARANAENSE

Na conceituação e descrição da Rede Mãe Paranaense buscou-se utilizar, principalmente, os documentos oficiais, como a Linha Guia – Rede Mãe Paranaense como forma de trazer maior fidedignidade à sua descrição e aos princípios elegidos com o suporte teórico de alguns estudiosos.

O Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) foi implantado no Paraná em 2012 pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa/PR), com base no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) aplicadas no estado como modelo de atenção referencial para possibilitar a melhoria do acesso e da qualidade nas ações de saúde oferecidas para a população, e também com o suporte dos RPM princípios gerais da Rede Cegonha (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; FRANK et al., 2016; GENOVESI et al., 2020).

A Rede Mãe Paranaense se consolidou a partir da implantação de cinco componentes (PARANÁ, 2012, p. 13):

- Atenção Primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida;
- Atenção Secundária, com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional (Centro Mãe Paranaense);
- Atenção Terciária, com a ampliação de leitos de UTI adulto e Neonatal, a vinculação das gestantes de risco nos hospitais para a atenção às intercorrências e ao parto;

- sistemas logísticos, cartão SUS, SISPRENATAL, prontuário (carteira da criança e da gestante), transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação;
- sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

O público-alvo deste programa se constitui por mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, que na época de sua implementação era de 3.428.706 mulheres de acordo com a população IBGE/2012, e 152.863 crianças segundo informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com o atendimento estimado de 167.885 gestantes. O foco da Rede Mãe Paranaense são as mulheres e crianças, contudo, é destacado em sua constituição que as ações implantadas devem propiciar a qualidade de vida de toda a família.

As estratégias adotadas pelo programa são (PARANÁ, 2012):

- 1) Dar suporte aos municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), com investimentos na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 2) Direcionamento de incentivo financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custear as equipes de saúde que trabalham na APS, enfatizando critérios específicos como vulnerabilidade epidemiológica e social;
- 3) Qualificação dos profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede através de programas de educação permanente;
- 4) Implantação da Segunda Opinião e Telessaúde para dar apoio aos profissionais das equipes de Atenção Primária;
- 5) Assegurar a oferta de pré-natal de qualidade (consultas e exames) para as mães do estado do Paraná, na Atenção Primária e na Atenção Secundária;
- 6) Afiançar referência hospitalar para o parto, em conformidade com o grau de risco de cada gestante;
- 7) Dar apoio aos municípios para a concretização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida;
- 8) Estabelecimento de ambulatório de referência para as gestantes e crianças de risco;
- 9) Padronização do uso da carteira da gestante e da criança a nível estadual;
- 10) Constituir incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais que supram os critérios determinados para uma adequada atenção à gestante e ao parto;

11) Ampliação das ações de incentivo ao aleitamento materno e assegurar acesso ao leite humano para crianças de risco, através do investimento na ampliação e melhoria dos bancos de leite humano e postos de coleta.

De acordo com o entendimento de Demiti e Gasquez (2017) a Rede Mãe Paranaense se constitui como um programa que tem como objetivo principal implantar ações e atenção materno-infantil baseados na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que se encontram em processo de diminuição lenta e desproporcional. Trata-se de programa alcunhado como prioritário, que abrangia inicialmente 339 municípios paranaenses, que indica a vinculação das gestantes a um serviço de parto solidário, que disponha a segurança e encaminhamentos imprescindíveis para as gestantes e as crianças em acordo com a classificação de risco de cada caso.

Segundo Frank et al. (2016) o foco primordial do acompanhamento pré-natal é garantir às gestantes o desenvolvimento saudável de sua gestação, e possibilitar a detecção precoce e o concomitante tratamento de afecções e de fatores de risco que possam ocasionar intercorrências e complicações para a saúde materno-infantil na ocasião do parto e também no período puerperal. Visando atender esta predisposição, o Programa Mãe Paranaense propõe a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério e 17 exames laboratoriais durante os três trimestres gestacionais, que incluem, por exemplo, o teste rápido de gravidez e a ultrassonografia obstétrica, além dos imprescindíveis testes rápidos para detectar o vírus HIV tipo 1 e 2 e sífilis que são de extrema importância no primeiro trimestre da gestação, sendo por isso que a precocidade da detecção as gestantes e sua vinculação e acompanhamento na APS se constitui em uma das principais metas do programa. Complementam Baggio et al. (2016) e Frank et al. (2016) que o PRMP tem como objetivo também a estratificação de risco das gestantes para seu direcionamento ao ambulatório especializado e garantindo a realização do parto em conformidade com o risco gestacional a partir de sua vinculação ao hospital contratado pela rede de acordo com a classificação de risco gestacional constatado, que pode ser habitual, intermediário e alto risco, onde o risco intermediário constitui uma ação inovada pelo programa.

Os três graus de risco da gestante e da criança são assim classificados pela Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012):

- Risco Habitual: gestantes e crianças que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.
- Risco Intermediário: Gestantes e crianças que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:
 - a) Raça e ou etnia da mãe – No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando em risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado a mães brancas.
 - b) Idade da mãe – No período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75 enquanto para o grupo entre 20 e 40 anos foi 10,52, representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.
 - c) Grau de escolaridade da mãe – No período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo, foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos representando em risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.
 - d) Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior - No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos 1 filho anterior morto, foi de 26,25 enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que tiveram filho morto.
 - e) Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores - No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de 3 filhos vivos foi de 29,61 enquanto que naquelas que tiveram menos de 3 filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos,

representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação as mulheres com menos de 3 filhos.

- Alto Risco: Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:
 - a) Condição clínica preexistente: hipertensão arterial; dependência de drogas lícitas e ilícitas; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; psicose e depressão grave.
 - b) Intercorrências clínicas:
 - Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
 - Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual;
 - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias);
 - Retardo do crescimento intrauterino;
 - Trabalho de parto prematuro;
 - Placenta prévia;
 - Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas);
 - Sangramento de origem uterina;
 - Isoimunização RhD (Rh negativo);
 - Máformação fetal confirmada;
 - Macrossomia do concepto com patologias.

Para que ocorresse a implantação do Programa Mãe Paranaense, em 2011 tiveram início as etapas preparatórias. Até este momento, as gestantes e crianças eram classificadas como de baixo e alto risco e direcionadas para atendimento em referências constantes das sedes das Regionais de Saúde. A partir da implantação do PRMP, foi adotada a estratificação de risco intermediário com o encaminhamento das gestantes e crianças aos hospitais que possuíssem Termo de Contrato com o referido programa (FRANK et al., 2016).

Conforme informam Baggio et al. (2016) a Razão de Mortalidade Materna (RMM) indica a qualidade de atenção à saúde da mulher promovida. Assim, taxas

aumentadas demonstram que a atenção no planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério não são satisfatórias. As causas de mortalidade materna diretas são resultantes de complicações na gravidez, parto e puerpério, originadas a partir de omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos concomitantes. As indiretas derivam de doenças preexistentes ou desenvolvidas no período gestacional. No estado do Paraná, as causas diretas que surgem com maior frequência são a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as hemorragias.

Os resultados da pesquisa realizada por Frank et al. (2016) em três regionais de saúde paranaenses no período entre julho e novembro de 2014 visando avaliar o processo de implementação da RMP, identificaram algumas falhas no processo, contudo os autores relatam que o programa tem apresentado impacto positivo nos indicadores de saúde materno-infantil. Concluem que existem aspectos a serem melhorados, especialmente com foco na qualificação dos profissionais para que se alcance a promoção da atenção a saúde materno-infantil de maneira resolutiva e com eficiência.

A seguir procede-se a descrição dos pontos de atendimento da Rede Mãe Paranaense, abordando suas competências.

5.3.1 Pontos de Atendimento da Rede Mãe Paranaense

5.3.1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária se constitui na porta de entrada da rede e coordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A Rede Mãe Paranaense conta com a adesão dos 399 municípios do estado, que desenvolvem as atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de um ano; oferta de pré-natal em quantidade, mas, visando principalmente a qualidade faz a vinculação das gestantes a serviços em que o parto aconteça de maneira segura e solidária, o mais natural possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco para outros níveis de atenção necessários (PARANÁ, 2012).

Em toda a unidade de Atenção Primária são organizadas as ações de pré-natal e acompanhamento visando que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (UAP) mais próxima da sua residência, que se

organize ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família. É estruturado deste modo, um processo de detecção precoce de gestação de risco que determina a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade, mas mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UAP indicada.

A Estratificação de Risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, porque assim é possível a comunicação das equipes da APS com os demais níveis constituídos por pontos de Atenção Secundários e Terciários. No momento em que é feita a inscrição no pré-natal o parto está assegurado no hospital de referência, de acordo com avaliação de risco gestacional, por meio de um sistema de vinculação hospitalar.

As melhorias da Atenção Primária são diretrizes para a organização da Rede Mãe Paranaense, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos essenciais para que se alcance uma atenção de qualidade, assim como a Estratificação de Risco da gestante e da criança, promove a vinculação destes aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo apropriado.

Os municípios que aderem à Rede Mãe Paranaense assinam um Termo de Compromisso, no qual consta que o município se compromete a dar cumprimento a os indicadores de acompanhamento.

A competência da Atenção Primária de Saúde é do município, sendo que a equipe da UAP é responsável pela assistência à gestante e às crianças residentes na sua área de abrangência e devem (PARANÁ, 2012):

- Fazer a inscrição da gestante no pré-natal;
- Promover a vinculação das gestantes no hospital/maternidade, de acordo com sua Estratificação de Risco;
- Solicitar os exames de rotina da Rede Mãe Paranaense e agendar consultas médicas em sete dias para avaliação dos resultados;
- Realizar as consultas de pré-natal de acordo com cronograma, fazendo a avaliação em cada consulta de possíveis alterações e mudança na Estratificação de Risco;

- Concretizar busca ativa, através de visita domiciliar, e ponderar acerca das dificuldades de acesso às consultas ou exames determinados e o controle da utilização efetiva da terapêutica estabelecida para cada caso;
- Imunizar as gestantes de acordo com protocolo aprovado;
- Encaminhar via Central de Regulação e fazer o monitoramento das gestantes de risco para o ambulatório de referência (Centro Mãe Paranaense) para gestação de risco;
- Assegurar a realização de mínimo 7 consultas de pré-natal;
- Fazer a imunização das crianças conforme calendário de vacinação;
- Encaminhar as crianças menores de um ano estratificadas de risco para o ambulatório de referência, conforme o protocolo.

É competência da equipe de saúde da UAP:

- Dominar as microáreas de risco a partir do conhecimento baseado nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade coletados no cadastramento;
- Fazer o acompanhamento das famílias da microárea de risco em suas casas (visita domiciliar), na UAP (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, com o objetivo de determinar parcerias e ajudando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Instituir a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, partindo dos problemas priorizados, dos objetivos a serem alcançados, das atividades a serem concretizadas, das metas a serem atingidas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Reconhecer a presença de fatores de risco para a gestante e o feto, analisando os antecedentes familiares e pessoais, com as famílias das microáreas definidas como risco social;
- Cadastrar a gestante o mais rápido possível e acrescentar a mesma no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) quando das consultas de pré-natal;
- Marcar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal;
- Conservar a carteira da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, fazendo anotações de riscos, quando se

apresentarem. Este instrumento deve ser dinâmico por isso a sua atualização deve ser feita a cada consulta para que possa fazer o elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, incluindo a atenção hospitalar. Diante disso, a gestante precisa ser orientada a estar sempre com sua carteira para os atendimentos necessários e previstos;

- Fazer visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendar consulta na UAP;
- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação, etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea;
- Auxiliar as gestantes, puérperas e crianças pelo atendimento programado e/ou diante de intercorrências e monitoramento dos casos de risco.

5.3.1.2 Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense

O Centro Mãe Paranaense é um ponto de atenção secundário ambulatorial da Rede Paranaense que disponibiliza atendimento realizado por equipe multidisciplinar para a gestante e criança classificada como de alto risco ou risco intermediário, de acordo com o determinado na linha Guia da Rede Mãe Paranaense. A equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense promove atendimentos e orientações, dando complemento às ações realizadas pelas equipes da Atenção Primária (PARANÁ, 2012).

O perfil demográfico e epidemiológico da população da área de abrangência do Centro Mãe Paranaense define se existe a necessidade de atenção para as gestantes e crianças da região, por isso, é indispensável no primeiro momento que os profissionais conheçam a população da sua região e suas características individuais, como por exemplo, doenças específicas da gestação e da criança que são prevalentes neste território de atuação. Outra questão relevante é conhecer as características das gestantes e crianças que são classificadas de risco intermediário que não apresentam especificamente uma doença, mas apresentem fatores raciais, étnicos, educacionais, reprodutivas e de faixa etária que por causa dos mesmos podem apresentar risco maior de adoecer e morrer. O risco intermediário na gestante e na criança demanda das equipes da Atenção Primária uma observação e cuidado individualizado e, na Atenção Secundária Ambulatorial, uma atenção

especializada sempre que se fizer necessário e for indicada pela Atenção Primária (PARANÁ, 2012).

A Secretaria Estadual de Saúde entende que é necessário a definição do modelo de atenção à saúde porque entende que a gestação e o desenvolvimento da criança são condições crônicas, e demanda estratégia de organização de uma atenção à saúde que se adeque a essas condições, por isso, a implantação da Rede Mãe Paranaense.

Na Atenção Primária à Saúde, a Rede Mãe Paranaense estratificou o risco em habitual, intermediário e alto risco, e dependendo dessa identificação dispõe o atendimento nos vários níveis de atenção para a gestante e para a criança até um ano de vida. Diante dessa estratificação, as gestantes e crianças avaliadas como de risco intermediário e alto risco são encaminhadas para os serviços secundários ambulatoriais em conformidade com a constituição da rede na região e, dependendo do caso, para uma referência estadual.

O modelo de atenção para o nível secundário ambulatorial é o da integralidade, que oferece à gestante e a criança todos os recursos de atendimento multiprofissional, de diagnóstico e terapêutico disponíveis. Nesse modelo podem ser encontrados profissionais como: Obstetras, Pediatras, Cirurgiões Pediatras, Endocrinologistas, Nefrologistas, Cardiologistas, Nutricionistas, Enfermeiros (preferencialmente Enfermeiros Obstétricos), Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes Social, entre outros (PARANÁ, 2012).

Baseado nos princípios da atenção secundária ambulatorial, o território incumbido à Atenção Secundária Ambulatorial para a Rede Mãe Paranaense são as 22 regionais de saúde, que necessitam antever e organizar pelo menos um serviço para atendimento à gestante de alto risco e de risco intermediário, localizado em um ambulatório do Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Para o recém-nascido e criança classificada na estratificação de risco como risco intermediário e alto risco, igualmente tem previsão de atenção multiprofissional em um ambulatório no Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Partindo deste tipo de organização considera-se primeiramente a garantia de acesso, a qualidade do serviço na perspectiva de atenção multiprofissional levando em conta os aspectos culturais de utilização dos serviços e sempre direcionados

para a atenção humanizada da gestante e da criança. O acesso deve acontecer a partir do agendamento pelo sistema de regulação (PARANÁ, 2012).

O Sistema de Informação oficial é o SISPRENATAL WEB e a gestante que é encaminhada pela Atenção Primária, tem o número do cartão SUS e número do SISPRENATAL WEB registrado na carteira da gestante. As carteiras da gestante e da criança devem ser preenchidas inicialmente na Unidade de Saúde e Hospital/Maternidade onde a criança nasceu e, a cada consulta na atenção Secundária Ambulatorial, devem ser atualizadas com dados de procedimentos e orientações feitos. OSISPRENATAL WEB deve ser atualizado e finalizado quando da realização da consulta puerperal.

Para o risco intermediário, é indispensável o planejamento para a gestante referenciada pela Atenção Primária de uma consulta individual no primeiro trimestre, para avaliação. Caso haja necessidade, a equipe multiprofissional deve agendar novos atendimentos de acordo com a necessidade.

A gestante de alto risco pode ser encaminhada para o hospital de referência para a Gestante de Alto Risco ou para o Consórcio Intermunicipal de Saúde, em conformidade com a configuração da Rede Mãe Paranaense na região. A previsão é de cinco consultas para gestação de alto risco, durante o período da gestação.

Para a criança de alto risco deve haver o planejamento de quatro atendimentos multiprofissionais para a criança até completar um ano e um atendimento trimestral em grupo e por equipe multiprofissional. Para a criança classificada como de risco intermediário que foi encaminhada pela Atenção Primária, a previsão são três consultas pela equipe multiprofissional.

A justificativa para a adoção do risco intermediário na Rede Mãe Paranaense, levou em conta o fato de que os critérios utilizados para a estratificação da gestante e da criança de risco intermediário foram determinados a partir do perfil de mortalidade materna e infantil no Paraná, que considera que fatores como raça, cor, idade da gestante/mãe, escolaridade e ocorrência de óbitos em gestação anterior tem impacto na mortalidade materna e infantil, por isso a Secretaria da Saúde propôs a estratificação de risco intermediário para as gestantes e crianças menores de um ano com esses fatores conjuntos. Por isso é de suma importância que a equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense quando recebe essas gestantes e crianças estabeleça o atendimento visando a avaliação se esses fatores colaboram na gestação ou no desenvolvimento da criança e de que maneira eles

podem ser diminuídos com orientações para a equipe da Atenção Primária através do plano de cuidados. A agenda de possíveis retornos depende da avaliação da equipe do Centro Mãe Paranaense em cada situação (PARANÁ, 2012).

Os protocolos clínicos entendido como padrão para a Rede Mãe Paranaense são aqueles emitidos pelo Ministério da Saúde. Diante disso, é essencial que o Centro Mãe Paranaense desenvolva um Plano de Cuidados para a Atenção Primária contendo toda a orientação de acompanhamento necessária que deve ser prescrita. O referido plano de cuidados permite uma formação continuada para os profissionais da Atenção Primária, ficando a Atenção Secundária responsável por essa formação continuada através da promoção de reuniões para estudo de casos e eventos de atualização com os municípios da área de abrangência. Neste quesito também deve-se manter sempre atualizado o preenchimento da carteira da gestante e da criança, com o registro dos procedimentos, exames e orientações concretizadas.

5.3.1.3 Atenção Terciária à Saúde

No momento em que chega a essencial que hora do parto, a gestante deve procurar o serviço de referência para o parto ao qual foi vinculada durante a realização do pré-natal, sendo desta feita, de competência dos serviços de Atenção Terciária o recebimento da gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico, a realização do parto, o atendimento do recém-nascido, a realização do teste do pezinho, o preenchimento do complemento à carteira da gestante e da criança e proceder à alta com orientações para o Atendimento Primário (PARANÁ, 2012).

Neste nível de atenção a Secretaria do Estado da Saúde determinou uma tipologia para os hospitais que atendem a gestante de risco habitual, a de risco intermediário e a de alto risco. Esta definição da tipologia dos hospitais possibilita a identificação no rol dos hospitais que prestam atendimentos obstétricos no estado, aqueles aptos para atender com qualidade as gestantes.

Em face do que é determinado, os requisitos necessários para que os hospitais façam parte da Rede Mãe Paranaense são (PARANÁ, 2012):

1) Hospitais/Maternidades:

a) Risco Habitual

- Contar com equipe médica e de enfermagem 24h;
- Adesão à vinculação do parto de risco habitual;

- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
- Oferecer condições para o parto natural;
- Contar com comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Comprometimento com a realização da vacina contra hepatite B;
- Comprometimento com a alimentação de sistemas de informação referentes ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC).

b) Risco Intermediário

- Dispor de equipe médica com obstetra, anestesista, pediatra e de enfermagem 24h;
- Adesão à vinculação do parto de risco intermediário;
- Permitir que o acompanhante participe durante todo o processo de internação da gestante;
- Dispor de condições necessárias para o parto natural;
- Contar com comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realização da vacina contra hepatite B;
- Comprometimento com a alimentação de sistemas de informação relacionados com o evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Contar com o número de vagas acordado nas centrais de leito e regulação estadual para os municípios da sua vinculação.

c) Alto Risco

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e de enfermagem 24h;
- Adesão à vinculação do parto de alto risco;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
- Oferecer as condições indispensáveis para o parto natural;
- Contar com comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realização da vacina contra hepatite B;
- Comprometimento com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Oferecer às centrais de leitos e regulação estadual o número combinado de vagas, para os municípios da sua vinculação.

Na Atenção Terciária, a organização da Rede Mãe Paranaense se faz em pontos de atenção hospitalar nas regionais de saúde e/ou macrorregionais. Esses

hospitais devem contar com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e assegurar o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculados.

5.3.2 Fluxo da Gestante na Atenção Primária

A Unidade de Atenção Primária (UAP) que está no território de abrangência da residência da mulher se constitui como porta de entrada para a realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é efetivada pela Atenção Primária à Saúde pelo Agente Comunitário de Saúde, pela Equipe de Saúde da Família ou pela UBS, sendo ideal que esta seja realizada antes do final do 3º mês de gestação.

Nos casos de mulheres que buscam a UAP apresentando atraso menstrual que não ultrapasse 16 semanas contadas desde a última menstruação, tem a confirmação do diagnóstico da gravidez feita pelo profissional médico ou enfermeiro da Unidade Básica de Saúde. Nesta ocasião deve ser realizado o Teste Imunológico para Gravidez (TIG), de urina e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana, Beta HCG ou também disponível o Teste Rápido para Gravidez (PARANÁ, 2012).

Confirmando-se a gravidez, inicia-se o cadastramento no SISPRENATAL WEB para acompanhamento da gestante. Procede-se a identificação do risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. Recomenda-se que o pai/parceiro acompanhe a gestante no pré-natal, como fator de importância (PARANÁ, 2012).

a) Passos para cadastramento (PARANÁ, 2012)

- Preenchimento ou atualização da Ficha de Cadastro Familiar (Ficha A - SIAB) com os dados da gestante;
- Cadastramento da gestante no SISPRENATAL WEB.

Nesta ocasião a gestante e o acompanhante devem receber as orientações necessárias para o acompanhamento que será feito no pré-natal, como por exemplo:

- A carteira da gestante com identificação preenchida, número do cartão SUS, do SISPRENATAL, hospital de referência para a realização do parto e o calendário das consultas de pré-natal;
- O calendário de vacinas e suas orientações;

- A solicitação dos exames de rotina.

b) Vinculação da gestante ao serviço hospitalar (PARANÁ, 2012)

No momento do cadastramento a gestante deve ser vinculada ao serviço hospitalar, referência da Unidade/Município/ para o parto em conformidade a estratificação de risco gestacional, devendo ser observados os seguintes cuidados:

- Anotação na carteira da gestante do nome do hospital de referência para a realização do parto;
- Orientação da gestante que nos primeiros sinais de parto deve se dirigir para esse serviço, quando apresentar intercorrências clínicas e no caso da UAP estar fechada;
- Programação da visita guiada ao hospital, com acompanhante, até o 6º mês de gestação.

c) Consultas (PARANÁ, 2012)

A ocasião do cadastramento já conta como primeira consulta, e neste mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina. A primeira consulta deve ser realizada o mais rápido possível, ou até o final do 3º mês de gestação, assegurando o mínimo de sete consultas durante a gravidez e puerpério, sendo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, preferencialmente:

- 01 no primeiro trimestre;
- 02 no segundo trimestre;
- 03 no terceiro trimestre da gestação;
- 01 no puerpério.

d) Procedimentos que devem ser realizados (PARANÁ, 2012)

- Histórico clínico;
- Anamnese;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL;
- Exame Físico: geral e ginecológico/obstétrico;
- Solicitação de exames laboratoriais conforme determina a Linha Guia do Mãe Paranaense;
- Orientação, avaliação dietética e prescrição como previsto na Linha Guia do Mãe Paranaense, segundo a necessidade.

e) Exames a serem solicitados (PARANÁ, 2012):

- Teste rápido de gravidez no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Teste rápido para HIV e sífilis no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Teste rápido para dosagem de proteinúria quando se fizer necessário;
- Tipagem sanguínea e pesquisa de fator Rh no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- VDRL/sorologia para sífilis no primeiro trimestre ou primeira consulta e segundo e terceiro trimestres;
- Eletroferese de hemoglobina e hematócrito no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Cultura de bactérias a critério médico no primeiro trimestre ou primeira consulta; segundo e terceiro trimestres;
- Dosagem de hemoglobina no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Dosagem de glicose no primeiro trimestre ou primeira consulta e no terceiro trimestre a critério médico;
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HbsAg) no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa) no primeiro trimestre ou primeira consulta e no terceiro trimestre a critério médico;
- Ultrassonografia obstétrica no primeiro trimestre;
- Exame citopatológico cervico vaginal/microflora no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Toxoplasmose no primeiro trimestre ou primeira consulta;
- Teste indireto de antiglobulina humana (Tia) no primeiro trimestre ou primeira consulta.

f) Relação de exames complementares (PARANÁ, 2012)

- Exame odontológico, de preferência no primeiro trimestre;
- Ecografia obstétrica a ser realizada antes da 24^a semana, de preferência no primeiro trimestre visando determinar a idade gestacional e em caso de surgimento de intercorrências, repetir;
- Exame para detecção de tuberculose em casos de gestante HIV positivo.

g) Orientações complementares (PARANÁ, 2012)

A avaliação e estratificação de risco da gestação deve ser feito na primeira e nas demais consultas do pré-natal, possibilitando a orientação e os

encaminhamentos adequados para cada estágio a gravidez. Garantir o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada de gestação de risco de acordo com desenho da Rede de Atenção Mãe Paranaense.

A caracterização de uma situação de risco não determina necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de risco, porém, deve-se reforçar às gestantes o cuidado e a atenção da equipe de saúde, porque mesmo havendo o encaminhamento da gestante para outro nível de atenção a equipe de saúde da unidade básica continua responsável pelo cuidado da gestante (PARANÁ, 2012).

As circunstâncias que relacionem fatores clínicos de maior relevância (risco real), e/ou fatores preveníveis que necessitem intervenções mais complexas, precisam ser especificamente referenciadas. É de competência das equipes de Atenção Primária à Saúde o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto, sendo que nas Unidades de Atenção Primária, a gestante deve ser informada e orientada sobre o serviço hospitalar no qual ocorrerá o seu parto e essa informação deve estar constando da carteira da gestante.

A Unidade de Atenção Primária entra em contato com o serviço hospitalar para programar uma visita guiada da gestante e do acompanhante ao local até o 6º mês de gestação. Para estabelecer esta vinculação da gestante ao serviço hospitalar é necessário a definição de critérios de estratificação de risco da gestante e classificação dos hospitais por tipologia, como já referido neste estudo, definidos em três níveis de estratificação: risco habitual, risco intermediário e alto risco (PARANÁ, 2012).

A identificação do risco deve ser realizada pela equipe da Atenção Primária à Saúde, que é responsável pelo pré-natal, a partir de critérios referentes com a hora do parto, orientando a gestante a buscar o serviço de referência para a realização do parto, sendo que o deslocamento até o local pode ser efetivado utilizando ambulância do município; SAMU; veículo particular ou transporte público.

Nos casos em que a gestante resida em local de difícil acesso, que torne difícil o seu deslocamento para o serviço de referência, é recomendado o encaminhamento para uma Casa de Apoio à Gestante mais próxima ao serviço no qual está vinculada quando se aproximar a data esperada para o parto.

Já no caso da gestante de risco que resida em município distintos da sua vinculação para o parto igualmente será feito o encaminhamento para uma Casa de

Apoio próxima ao serviço a que ela está vinculada quando a data do parto estiver próxima.

Fechando o fluxo da gestante na APS, se encontra o período puerperal onde a equipe de Atenção Primária à Saúde deverá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento (até 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança. Também deve ser realizada uma consulta no puerpério na primeira semana pós-parto. A mulher deve ter acesso garantido às ações do planejamento familiar. Neste período também deve ser estimulado o aleitamento materno. O ciclo se fecha com a baixa no SISPRENATAL (PARANÁ, 2012).

Pacientes com abortamento e com interrupção prematura de gestação também devem ser acompanhadas na unidade de saúde de referência.

5.3.3 Fluxo da Criança na APS

O acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, por meio da avaliação do crescimento intrauterino. No dia da alta, o hospital/maternidade onde foi realizado o parto entrega a carteira da criança com os dados registrados para mãe e deverá comunicar a UAP de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UAP deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data a UAP já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a Estratificação de risco da criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

Entre os exames rotineiros para a criança tem-se o Exame de Triagem Neonatal, o teste do pezinho, a ser realizado até 48 horas após o nascimento; outros exames laboratoriais e de diagnósticos serem requisitados posteriormente à avaliação médica e havendo necessidade.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento consta de oito consultas no primeiro ano de vida da criança, sendo mensais até o 6º mês e trimestrais até o 12º mês; mais suas consultas no segundo ano de vida e uma consulta a partir do 3º ano (PARANÁ, 2012).

Pode-se observar que as estratégias e políticas que tem como objetivo melhorar as condições de saúde, como a Rede Mãe Paranaense aqui descrita, resultam de dados obtidos em pesquisas que considerem as necessidades e características das mulheres em nível local e regional. Para que esta prerrogativa se

conforme, é necessário desenvolver um delineamento do perfil da clientela de maneira contínua visando colaborar para a constituição e avaliação de novos programas de saúde da mulher e da criança para que os profissionais e gestores possam direcionar a assistência às necessidades específicas da população que será atendida em cada localização.

6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Buscando caracterizar a população atendida pela UBS, o município e a unidade onde se efetivou a pesquisa segue-se uma descrição realizada com dados obtidos no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 desenvolvido pela prefeitura municipal de Almirante Tamandaré e informações da observação do local no período de análise da estrutura física, de recursos humanos e procedimentos.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA UNIDADE DE SAÚDE ANALISADA

O município de Almirante Tamandaré conta com aproximadamente 115.364 Habitantes, sendo que 96% estão alocados na zona urbana e 4% na zona rural. A taxa média de crescimento da população é de 5,66%, a taxa de mortalidade infantil é de 13 p/mil e a expectativa de vida ao nascer é de 75,4 anos. O índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) de Almirante Tamandaré é 0,699, em 2010. O município está situado na faixa de IDHM entre 0,6 e 0,699.

No Quadro 1 pode-se observar a relação da população estimada do município com o número de nascidos vivos, taxa de natalidade e de mortalidade.

QUADRO 1 - POPULAÇÃO ESTIMADA DO MUNICÍPIO, NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS E TAXA BRUTA DE NATALIDADE 2010 – 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
População	103.204	104.350	105.458	110.256	111.586	112.870	114.129
Nº de Nascidos Vivos	1.846	1.871	1.886	1.923	1.914	2.027	1.811
Taxa Bruta de Natalidade	17,89	17,93	17,88	17,44	17,15	17,95	15,87
Nº de óbitos da população geral	672	662	653	652	691	666	697
Taxa bruta de mortalidade	6,51	6,34	6,19	5,91	6,19	5,90	6,10

FONTE: ALMIRANTE TAMANDARÉ (2021)

Pode-se verificar que a taxa bruta de natalidade vinha se mantendo em estabilidade no período compreendido entre 2010 e 2012, e demonstrando uma queda nos anos de 2013, 2014 e 2016, diminuindo no último ano analisado 2 pontos em relação a2010. No que se refere a taxa bruta de mortalidade tem apresentado pequenas variações, com pequena redução de 0,41 entre os índices de 2010 e 2016. Estes números demonstram um decréscimo na referida taxa.

O Quadro 2 caracteriza a faixa etária das mães adolescentes e traz informações em relação ao recém-nascido e ao tipo de parto realizado para esta população, entre outras informações.

QUADRO 2 - INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTOS DO MUNICÍPIO - 2013 A 2016

Indicador	2013	2014	2015	2016
População	110.256	111.586	112.870	114.129
Número de nascidos vivos	1.923	1.914	2.027	1.811
Taxa bruta de natalidade	17,44	17,15	17,95	15,87
Taxa de nascidos vivos com mães de 10 – 19 anos	241,29	231,45	220,03	183,32
% de mães de 10 - 14 anos	0,68	1,20	0,79	0,50
% de mães de 15 - 19 anos	23,45	21,94	21,21	17,84
% com baixo peso ao nascer	8,53	7,99	9,08	7,40
% de nascidos vivos por partos normais	4,73	4,18	4,39	3,42
% de nascidos vivos por partos cesáreas	3,74	3,81	4,64	3,98

FONTE: ALMIRANTE TAMANDARÉ (2021)

Ao observar a taxa de nascidos vivos com mães de 10 a 19 anos pode-se verificar que houve uma queda de 57,97 pontos entre 2013 e 2016 indicando que a tendência de gravidez na adolescência está diminuindo, contudo, o percentual de gestantes em 2014 é mais que o dobro do ano de 2016, não sendo possível afirmar que o município está efetivamente reduzindo o número de gestantes nesta faixa etária.

Outra informação relevante deste quadro é a porcentagem de partos normais e partos cesáreos que demonstra uma curva de queda dos partos normais neste período enquanto os partos cesáreos têm mostrado uma certa estabilidade com exceção do ano de 2015 quando mostrou um aumento do percentual em relação aos outros anos.

O Quadro 3 mostra o percentual de consultas pré-natais realizadas analisando-se o número total de nascidos vivos para todas as faixas etárias no período da análise para o plano municipal de saúde visando ajustar a saúde de Almirante Tamandaré até 2021.

QUADRO 3 - PERCENTUAL DE CONSULTAS PRÉ-NATAL EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO - 2013 A 2016

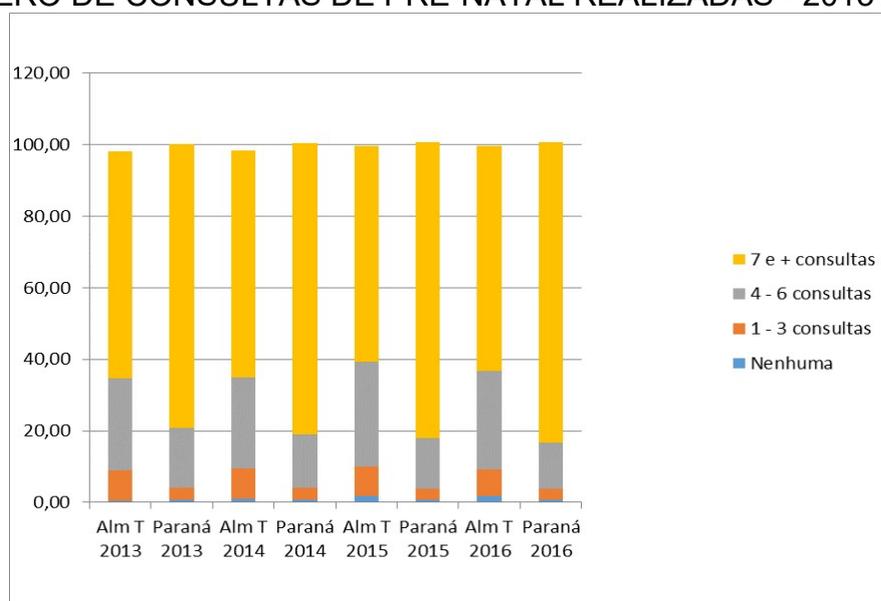
Consultas Pré-Natal	2013	2014	2015	2016
Nenhuma	0,42	0,99	1,73	1,71
1-3 consultas	8,53	8,41	8,24	7,40
4-6 consultas	25,74	25,60	29,26	27,50
7 ou mais consultas	63,29	63,48	60,43	63,06
Ignorado	2,03	1,52	0,35	0,33

FONTE: ALMIRANTE TAMANDARÉ (2021)

Estes indicadores mostram que a porcentagem de mães aderidas à atenção materno infantil neste período supera os 60% e se mantém com estabilidade no período, pois atende à demanda do Programa Mãe Paranaense, contudo entende-se pelos dados que ainda existe uma parcela expressiva da população de gestantes que não faz o pré-natal, conforme determinado pelo programa, haja visto existirem percentuais de nenhuma consulta realizada e número de consultas ignorado.

Visualmente pode-se observar esta variação no percentual de gestantes de acordo com o número de consultas de pré-natal realizadas no município de Almirante Tamandaré em comparação com o mesmo parâmetro no estado do Paraná.

GRÁFICO 1 - COMPARATIVO DO PERCENTUAL DE GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS - 2013 A 2016



FONTE: ALMIRANTE TAMANDARÉ (2021)

Pelo exposto no gráfico 1 pode-se visualizar que existe uma diferença entre o percentual de gestantes conforme o número de consultas do município de Almirante Tamandaré e do Paraná, apresentando percentagens estáveis tanto municipais quanto estaduais. No município de Almirante Tamandaré o percentual de gestantes que não realizou nenhuma consulta ou que realizou de 1 a 3 consultas e de 4 a 6 consultas é maior que o percentual do Estado. Já o percentual de 7 ou mais consultas é maior no Estado que no município.

Neste período da análise para a elaboração do plano de saúde, o município de Almirante Tamandaré contava com 12 Unidades de Saúde, onde 3 Unidades de Saúde contavam com equipe de Estratégia Saúde da Família e 2 delas com equipes de Saúde Bucal. Outras unidades são 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); 4 Centros de Atendimento Odontológico; Atenção à Saúde da Mulher; Assistência Social; Atenção à Saúde do Idoso; Atenção à Saúde do Homem; Atenção à Saúde da Criança; Atenção a Vigilância Nutricional e Alimentar (ALMIRANTE TAMANDARÉ, 2021).

Para o planejamento da saúde no município, integrou-se como parte efetiva do planejamento a implementação do modelo de assistência da Estratégia Saúde da Família partindo da trajetória do trabalho empreendido pelas Equipes de Saúde da Família – ESF do município no último quadrimestre de 2016. Onde foi feito um levantamento da situacional investigando a situação no momento, a compreensão dos processos e atividades buscando identificar os pontos de mudanças, as possíveis melhorias e as situações problema em todas as Unidades com Equipes de Saúde da Família. Finalizando este trabalho, foi elaborado um Relatório Situacional da Estratégia Saúde da Família que foi entregue à gestão da Secretaria Municipal de Saúde (ALMIRANTE TAMANDARÉ, 2021).

A partir desta análise deste relatório, as equipes iniciaram um processo de reestruturação dos serviços baseado nas orientações do Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (APSUS) havendo uma mobilização de toda a equipe da Atenção Básica e ESF visando adequar os serviços ao programa, de forma a concretizar os pontos referidos elencados como desafio para gestão no último relatório (ALMIRANTE TAMANDARÉ, 2021).

Posteriormente foram estabelecidas algumas propostas para reorganizar os serviços pautadas em uma perspectiva baseada no planejamento territorial e na integralidade do cuidado em conformidade com o levantamento epidemiológico que

foi concretizado in loco nas Unidades São Venâncio, Tanguá e Paraíso, onde as ações foram ajustadas a partir do levantamento epidemiológico conforme os dados dos cadastros existentes visando a remarcação das microáreas (ALMIRANTE TAMANDARÉ, 2021).

A prefeitura municipal de Almirante Tamandaré destaca que por causa da equipe mínima e do número extenso da população inserida em cada território sob a incumbência de cada UBS, a capacidade de cobertura da ESF nessas unidades não alcança o quantitativo de 3000habitantes/equipe, média que consta na Portaria nº 2488 de 2011 (BRASIL, 2011a). A cobertura se mostra abaixo da situação ideal no que tange ao atendimento à população em relação número de equipes/população do município pois a população adscrita e de 5240 usuários.

No caso específico do atendimento pré-natal, no ano de 2016 o município de Almirante Tamandaré registrou 1811 nascimentos de acordo com dados do SINASC (2017), sendo que 83% desses nascidos vivos nasceram em hospitais da rede credenciada do SUS. As gestantes do município vêm sendo acompanhadas em suas consultas pré-natais, realização de exames laboratoriais e esquema vacinas por meio do programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde desenvolvido para acompanhar adequadamente as gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde. Este programa determina um mínimo de procedimentos para que estabeleça uma assistência pré-natal adequada, visando a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal.

Também visando promover a adequação da assistência pré-natal, em maio de 2012 o município aderiu ao Programa Mãe Paranaense e ao Programa Rede Cegonha do Governo Federal, seguindo as ações programadas para o pré-natal da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, dos Cadernos de Atenção à Saúde Mãe Paranaense, a carteira de gestante, carteira de saúde da criança e o cartão de vacinação.

No Gráfico 2 elaborado com dados de 2017, pode-se observar as informações preliminares do quantitativo de gestantes cadastradas por unidade de saúde, onde se pode observar que existem unidades com predominância de demandas específicas do pré-natal.

GRÁFICO 2 - QUANTITATIVO DE GESTANTES CADASTRADAS PARA O ANO DE 2017 POR UNIDADE DE SAÚDE



FONTE: ALMIRANTE TAMANDARÉ (2021)

O intuito da Estratégia de Saúde de Família é possibilitar melhor acessibilidade a uma quantidade maior de cidadãos, sem dependência correlata a questões como idade, estatura, portar deficiência ou ter mobilidade diminuída, assegurando que a utilização do ambiente, edificações e mobiliário de suas unidades seja autônoma e segura (BRASIL, 2008a). Diante disso entende-se que existe a necessidade de que estas unidades tenham condições físicas, estruturais e de recursos humanos mínimos para atender a demanda pelos seus serviços.

As diretrizes norteadoras da implementação dessas unidades referem que Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuem as Unidades de Saúde de Família podem ser no antigo Centro de Saúde reestruturado ou a antiga Unidade Mista, como era o caso da unidade de saúde analisada neste estudo no período da pesquisa. Contudo, o trabalho desenvolvido deve ser executado no contexto de uma nova lógica de atendimento e com maior capacidade de ação para suprir às necessidades de saúde da população inserida na sua área de abrangência.

Nos casos de unidades de saúde de família compartilhadas, é importante que a concepção arquitetônica das UBS esteja integrada ao entorno, em conformidade com os valores da comunidade local, que apresente acesso facilitado e possua identificação das unidades de maneira clara e visível (BRASIL, 2008a). No caso da UBS onde foi desenvolvida a pesquisa relacionada com a atenção materno infantil no âmbito do Programa de Saúde de Família, estes direcionamentos não estavam totalmente atendidos como se pode verificar pela Figura 3.

FIGURA 3 – INSTALAÇÕES DA ANTIGA UBS SÃO JOAO BATISTA



FONTE: O autor (2020)

A UBS São Joao Batista no período da pesquisa estava localizada rua Brasílio Benato, nº 149 no bairro de São Joao Batista, município de Almirante Tamandaré, à 8 km do centro da cidade. A população aproximada do bairro é de 6 mil habitantes, sendo considerado um bairro dormitório para os trabalhadores que em sua maioria trabalham em Curitiba.

A UBS São João Batista foi renomeada como Unidade de Saúde da Família Avelino Barbosa de Almeida, contudo ainda sem cadastramento como unidade de saúde da família pelo Ministério da Saúde, passando a funcionar na rua Zilda Barbosa 141 (Figura 4).

FIGURA 4 – ATUAIS INSTALAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AVELINO BARBOSA DE ALMEIDA



FONTE: O autor (2020)

Ao longo do trabalho na unidade, nas conversas com a população atendida, foi possível entender que o bairro São Joao Batista surgiu após um loteamento de propriedades rurais existentes, sem planejamento urbanístico prévio junto a estruturas básicas sociais como saneamento básico, transporte, escolas, unidade de saúde, entre outros. Ainda existem ruas sem asfalto(maioria) e o bairro possui uma grande variação de altimetria sendo a principal barreira geográfica junto a distância do centro urbano (8km). Predominam casas de madeira com 2-3 cômodos, sem captação de esgoto nem calçadas. Na comunidade existem diversas igrejas e bares, quatro escolas (duas municipais e duas estaduais) e uma creche em construção.

Existe uma área de risco social, com casas frágeis de madeira, sem rede de esgoto e com usuários de baixa renda econômica extrema. Assim, observou-se que o bairro é muito vulnerável, com pouca assistência social, com um alto índice de assassinatos e com o tráfico de drogas presentes no cotidiano. Os principais problemas apontados são a falta de asfalto, de saneamento básico, de espaços de lazer.

6.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os serviços oferecidos pela UBS constam de Assistência Médica pela Estratégia de Saúde da Família e Programas de Saúde da Família, atendimentos de Enfermagem, é oferecido o serviço de acompanhamento do pré-natal e puericultura de risco habitual.

Segundo a PNAB (Brasil 2008a) as instalações físicas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) devem contar no mínimo:

QUADRO 4 – ANÁLISE DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS DA UBS SÃO JOÃO BATISTA EM RELAÇÃO AO DETERMINADO

Tipo Instalação	Descrição	BRASIL (2008a)		UBS São João Batista antiga	
		Salas	Leitos	Salas	Leitos
Ambulatorial	clínicas básicas	5	1	1	0
Ambulatorial	sala de curativo	1	0	1*	
Ambulatorial	sala de enfermagem (serviços)	1	0	1*	
Ambulatorial	sala de imunização	1	0	1*	
Ambulatorial	sala de nebulização	1	0	1*	

FONTE: O autor (2020)

* todos funcionando em uma única sala.

Os resultados obtidos sobre a estrutura física e a formalização do atendimento das usuárias em pré-natal da UBS São João Batista mostraram que existe um protocolo de atenção a gestante e ao recém-nascido, especificado neste estudo no item 5.3, a Rede Mãe Paranaense (rede de atenção materno-infantil) e que o espaço físico se encontra insuficiente devido a não existência de todas as salas de atendimentos.

A unidade atende 5240 usuários. Foram atendidas 158 gestantes no período compreendido entre 2017 e 2018, com o agendamento de 900 consultas e a realização de 837 consultas efetivamente.

Em termos de recursos humanos, a equipe de saúde é composta pelos seguintes profissionais de saúde: médico, enfermeiro e técnico em enfermagem. E o Centro de Referência para o atendimento as gestantes de alto risco cadastrada é o Hospital Rocío.

Ao se analisar a atenção materno infantil na UBS São João Batista pode-se observar que os profissionais em atuação utilizam os protocolos de atenção pré-natal determinados pela Programa Rede Mãe Paranaense, contudo, realização de consulta por parte do profissional de enfermagem não é efetivada. Na consulta de enfermagem são executadas ações importantes como a confirmação do diagnóstico da gravidez pela realização dos exames próprios e posteriormente, confirmando-se a gravidez o enfermeiro inicia o cadastramento no SISPRENATAL WEB, identifica o risco, faz o preenchimento da ficha de cadastro familiar, solicita exames de rotina, orienta o calendário vacinal e organiza o calendário das consultas de pré-natal, o que não ocorre na US estudada.

A atenção pré-natal na unidade é organizada pela demanda programada e pela busca ativa. E os óbitos infantis e maternos são tratados como eventos sentinelas na unidade pelo comitê de mortalidade materno-infantil.

Nesta análise buscou-se seguir o fluxo da gestante proposto pela Linha Guia – Rede Mãe Paranaense. Assim, acerca da captação das gestantes, o Quadro 5 demonstra os resultados obtidos na pesquisa.

QUADRO 5 – CAPTAÇÃO DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

	Número gestantes captadas	Porcentagem
1º trimestre	62	39,24 %
2º trimestre	80	50,63 %
3º trimestre	16	10,12%

FONTE: O autor (2020)

Observa-se que a maior porcentagem de captação de gestantes se deu no segundo trimestre com 50,63% seguido por 39,24% das gestantes captadas no primeiro trimestre, não se encontrando dentro do parâmetro ditado pela Rede Mãe Paranaense.

Estes índices são importantes pois, conforme destacam Trevisan et al. (2002) a captação precoce das grávidas no pré-natal pode ser entendida como um fator muito relevante para o resultado perinatal porque permite que seja identificada precocemente as gestações de risco, bem como as intervenções que possam ser necessárias (BRASIL, 2000a; COSTA et al., 2000; FRANK et al., 2016).

Contudo, Santos et al. (2000); Silveira; Santos e Costa (2001) descrevem que o conceito de qualidade que se associa ao âmbito da saúde é muito amplo, dificultando o estabelecimento de critérios de avaliação da atenção pré-natal, mas os estudos desenvolvidos sobre o tema reconhecem que o número de consultas sozinho não assegura a qualidade dos cuidados pré-natais.

Os dados recolhidos mostram que 19 gestantes, 12,02%, foram identificadas como de alto risco, sendo feito a sua vinculação à referência hospitalar para o parto, o Hospital do Rocio.

Ao avaliar o número de consultas acompanhadas no pré-natal, observou-se que 95 gestantes, 60,12% do total, realizaram 7 ou mais consultas, atendendo a premissa da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense que determina a garantia de no mínimo sete consultas ao longo da gravidez.

Em relação à realização dos exames laboratoriais demandados para o primeiro, segundo e terceiro trimestre, o Quadro 6 demonstra as porcentagens que foram obtidas pela análise dos prontuários.

QUADRO 6 – EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS POR TRIMESTRE PELAS GESTANTES ACOMPANHADAS

	Número gestantes	Porcentagem
1º trimestre	115	72,78%
2º trimestre	114	72,15%
3º trimestre	63	39,87%

FONTE: O autor (2020)

Observa-se pelos resultados que uma parcela das gestantes captadas não aderiu completamente a realização do pré-natal, de maneira especial da primeira consulta ocasião em que é realizada a maioria dos exames complementares.

Em relação aos exames complementares foram realizados apenas as ecografias obstétricas, conforme exposto no Quadro 7.

QUADRO 7 – REALIZAÇÃO DAS ECOGRAFIAS OBSTÉTRICAS

	Número gestantes	Porcentagem
1º trimestre	70	44,30%
2º trimestre	96	60,75%
3º trimestre	49	31,01%

FONTE: O autor (2020)

A adesão das gestantes do pré-natal também quanto à realização das ecografias obstétricas não foi total, apresentando índices ainda menores que a realização dos exames laboratoriais, comprometendo a qualidade do processo. E sugerindo a possibilidade de obstáculos ao acesso, o que requer futura investigação.

Os resultados que mostram um percentual de gestantes expressivo com no mínimo sete consultas de pré-natal realizadas, mas que, contudo, até o momento do parto não fizeram todos os exames complementares que são básicos na assistência pré-natal como encontrado neste estudo deve ser considerado. Pode-se explicar possivelmente estes resultados pelo início tardio do acompanhamento pré-natal e a maior concentração de consultas perto do final da gravidez.

Neste estudo constatou-se que 14, 8,86%, gestantes apresentaram doenças infectocontagiosas, sífilis e HIV.

Foram realizadas 119 consultas pós-parto representando 75,32% das gestantes atendidas, de onde se identificou a ocorrência de 83 partos vaginais, 69,74% das gestantes e 36 partos cesáreos configurando 30,26% da população analisada.

O índice de cesarianas observado de 30,26%, parece ser inferior ao percentual médio de cesarianas que ocorrem no Brasil, contudo, este índice ainda é alto de acordo com o padrão epidemiológico internacionalmente aceito que predispõe que aproximadamente 15% dos nascimentos deveriam ser efetivados por cesariana.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que o total de partos cesáreos efetivados em serviços de saúde varie entre 10% a 15%, que se trata de porcentagem de gestantes que apresentam indicação para parto cesáreo, que é quando está presente uma situação real na qual é indicado o parto realizado cirurgicamente visando preservar a saúde materno-infantil (OMS, 2015).

Segundo descrevem Holanda et al. (2011) quando o parto cesáreo apresenta indicações médicas específicas para sua realização se refere a procedimento indispensável para a saúde materno-infantil, contudo, sua utilização demanda de conhecimento intenso dos riscos e das implicações possíveis.

Dando continuidade aos resultados da pesquisa da atenção materno infantil, segue-se agora trazendo os dados relacionados com os recém-nascidos, iniciando por um comparativo da taxa de mortalidade infantil e mortalidade materna entre a Unidade Básica de Saúde e/ou consultório médico da família, o município de Almirante Tamandaré e no país.

QUADRO 8 – COMPARATIVO DAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA NA UNIDADE DE SAÚDE SÃO JOÃO BATISTA, O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O BRASIL

	Taxa mortalidade Infantil (%)	Taxa de mortalidade Materna (razão)*
Unidade Básica de Saúde/consultório consultório médico da família	0 (2017/2018)	0 (2017/2018)
Almirante Tamandaré	10,08 (2017/2018)	54,97 (2012)
Brasil	14,9 (IBGE, 2017)	59,1 (2018)

FONTE: o autor (2020)

* para cada mil nascidos vivos

A morte materna pode ser conceituada como o óbito de uma mulher ao longo do período gravídico-puerperal, a partir da gestação até 42 dias posteriores ao

nascimento do bebê ou da interrupção da gestação. Este óbito pode sobrevir devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez.

Também pode-se apontar a busca tardia por assistência médico-hospitalar como um determinante importante da mortalidade materna. Contudo, a mortalidade materna no Brasil parece apontar para uma questão da questão social, que precisa ser resolvida concomitantemente com outras políticas sociais, como a política de trabalho, renda, habitação, transporte, assistência social, previdência social entre outras.

Segue-se apresentando os resultados relacionados com a taxa de prematuridade dos recém-nascidos, a taxa de recém-nascidos de baixo peso ao nascer e recém-nascidos portadores de doenças infectocontagiosas.

QUADRO 9 – TAXA DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E DE BAIXO PESO AO NASCER NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO MÉDICO DA FAMÍLIA

	Unidade Básica de Saúde/consultório consultório médico da família
Taxa de prematuridade (%)	12,76
Taxa de baixo peso ao nascer (%)	8,51
Portadores de doenças infectocontagiosas (%)	2,83

FONTE: O autor (2020)

A taxa de recém-nascidos prematuros mostra que 18 bebês nasceram antes das 37 semanas de gestação, pela taxa de baixo peso ao nascer observa-se que 12 bebês apresentaram peso inferior a 2500 gramas e 4 recém-nascidos apresentaram quadro de doenças infectocontagiosas.

Outras informações obtidas mostram que foram 141 recém-nascidos no período de 2017-2018, que tinham 960 consultas de acompanhamento do desenvolvimento agendadas, contudo, foram efetivamente realizadas 792 consultas, onde 103 recém-nascidos, 73,04% dos nascidos no período passaram por mais de 6 consultas, e apenas 12 fizeram a primeira consulta até 10 dias de nascidos, configurando 8,51% do total. Trata-se de valores abaixo do preconizado pela Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Uma preocupação relevante é que 4 recém-nascidos apresentaram doenças infectocontagiosas de relevância para sua saúde.

Ao analisar os resultados, observou-se que pouco mais de metade das gestantes fez mais de 7 consultas como é preconizado pelo Ministério da Saúde, configurando apenas 60%, refletindo a não adesão ao pré-natal pelas

gestantes. Além disso, metade das mesmas iniciaram o pré-natal somente no segundo trimestre, cerca de 50%, sugerindo uma captação e início tardio do pré-natal.

Notou-se que a maioria das gestantes (aproximadamente 70%) realiza a primeira e segunda bateria de exames, somente 39% realizou a terceira deixando o pré-natal incompleto. Outra questão apontada é que a maioria delas só realiza a ECO obstétrica no 2º trimestre, quando existe a recomendação de realização no 1º trimestre.

Quanto ao acompanhamento do recém-nascido pode ser classificado como parcial porque somente 70% deles com mais de 6 consultas, quando a previsão para até um ano são 8 consultas. Outra questão é que apenas 10% dos recém-nascidos realizou consulta até o 10º dia de vida como preconizado pelo Ministério da Saúde. No período em que foram analisados os dados, não houve morte materna e infantil.

7 CONCLUSÕES

Conclui-se analisando a estrutura da UBS São João Batista que a estrutura é adequada em relação à existência de protocolos de atendimentos à gestante e ao recém-nascido, assim como quanto aos materiais e insumos médicos, porém, é insatisfatória em relação à composição da equipe, pois falta o agente comunitário de saúde e quanto ao espaço físico, já que não está dentro dos padrões preconizados pelo ministério da saúde e secretaria estadual de saúde.

Em relação ao processo, conclui-se que apresenta uma captação tardia das gestantes, e que pouco mais de metade delas fez mais de 7 consultas, como é

preconizado pelo Ministério da Saúde, configurando a insuficiente adesão ao pré-natal. Além disso, a maioria das gestantes realizou a primeira e segunda bateria de exames, contudo, quase 40% não realizou a terceira, deixando o pré-natal incompleto. Os dados mostram que a maioria das gestantes realizou a Ecografia obstétrica no 2º trimestre, quando existe a recomendação de realização no 1º trimestre. Como aspectos positivos, observou-se que as gestantes identificadas com alto risco foram diagnosticadas e vinculadas ao hospital de referência e mais de 75% realizaram a consulta de pós-parto.

No que se refere ao acompanhamento do recém-nascido, parte do binômio considerado pelo Ministério da Saúde para receber a atenção materno infantil, pode-se considerar, também, como insatisfatório, devido ao baixo número de consultas realizadas pelas crianças, abaixo do número mínimo de consultas previstas.

E em relação aos resultados, a porcentagem de partos cesárea está abaixo do nível nacional e a porcentagem de recém-nascidos de baixo peso e com doenças infectocontagiosas está dentro da média de acordo com o Ministério da Saúde, porém, as taxas de mortalidade materno-infantil do município de Almirante Tamandaré foram menores que as taxas brasileiras e as da Unidade de Saúde analisada foram zero. Deve-se ressaltar, no entanto, que, devido ao pequeno número da população adstrita à Unidade de Saúde estudada, este resultado não pode ser considerado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se entender a saúde como resultado da associação de muitos fatores entre os quais se destaca a necessidade de investimentos do governo no contexto social e educacional, e que a saúde não depende somente da disponibilidade de serviços de saúde, mas encontra-se intrinsecamente associada com a capacidade de autocuidado da população, que é determinada de maneira direta pelas condições de vida, advindas da inserção na produção e consumo que a mesma apresenta

(BREILH, 2006). Portanto, é necessário compreender a saúde como processo social, mesmo diante de sua característica biológica intrínseca (BREILH, 2006).

A partir da teoria crítica de influência marxista, pode-se construir o conceito de questão social como aquele que determina também as condições materiais de vida dos distintos segmentos da sociedade. Diante disso acredita-se que à medida que diminui o poder aquisitivo dos indivíduos que vivem do trabalho, aumenta o tempo do labor, fragilizando-se a rede de proteção social de uma grande parte da população (BREILH, 2006).

Esta pesquisa possibilitou encontrar características obstétricas relevantes das puérperas atendidas pela Rede Mãe Paranaense que residem no município de Almirante Tamandaré, Paraná, que podem fornecer subsídios importantes para nortear as ações dos profissionais da saúde que atuam na atenção pré-natal e puerperal em conformidade com o perfil da população usuária.

De maneira geral, os dados relacionados com estas gestantes e seus recém-nascidos mostram a necessidade de ações objetivas para alcançar o determinado pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense e que devem ser realizadas para a adequação das ações encontradas às metas previstas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de; PAIM, Jairnilson Silva. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75, p. 5-30, 1999.

ALMIRANTE TAMANDARÉ. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Disponível em: <https://www.tamandare.pr.gov.br/plano-municipal-de-saude-13>. Acesso em 15 fev. 2021.

ALVES, Ana Carla Pereira; FIGUEIREDO, Maria de Fátima Esmeraldo Ramos; SOUSA, Natalia Peixoto Luis de; OLIVEIRA, Célida Juliana de; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; SOUSA, Wilker Malta de. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. esp. 1, p. 648-653, 2013.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006.

ASSIS, Thaís Rocha; CHAGAS, Virginia Oliveira; GOES, Raissa de Melo; SCHAFUSER, Nathany Souza; CAITANO, Klara Gomes; MARQUEZ, Renatha Almeida. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Reciis – Rev. Eletron. ComunInflnov Saúde**, v. 13, n. 4, p. 843-853, out./dez. 2019.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.

BAGGIO, Maria Aparecida; PEREIRA, Fernanda de Castro; GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt; CALDEIRA, Sebastião; VIERA, Claudia Silveira. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 01-10, jul./set. 2016.

BERLINGER, Giovanni. **La Enfermedad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000a. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 18/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde A produção sobre Saúde da Família. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Brasília: ABRASCO, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev Bras SaudeMatern Infant**. Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ano da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf. Acesso em 18/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Plano de Ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2004.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 2004d. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em 10/out/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2 ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488**, de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 10/out/2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011c. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/MANUAL_PRATICO_MS_IMPLEMENTACAI_REDE_CEGONHA.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351**, de 5 de outubro de 2011f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em 18/12/2020.

BRASIL. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Panamericana da Saúde (OPAS); Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN); Universidade de Brasília (UnB), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde; 2012b.

BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília:Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. **Relatório de Recomendação**. Brasília: n. 179, p. 3-105, 2015. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-atencao-a-gestante-operacao-cesariana/>. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Base de dados em saúde**. Brasília: DATASUS, 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde - Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf. Acesso em 19/12/2020.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em 18/02/2021.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica**: Ciência Emancipadora e Interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Rafael Morroni de; RODRIGUES, Oreston Alves. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 2, p. 3139-3147, 2010.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**, reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Cien Saude Colet.**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas em Atenção Básica**:Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CARVALHO, Antonio Ivo. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

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, supl. 2, p. S220-S230, 2004.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes; CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza; GOMES, Cristiane Faccio; BENNEMANN, Rose Mari. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; NEMES, Maria Ines Battistella; ZARILI, Thais Fernanda Tortorelli; SANINE, Patrícia Rodrigues; CORRENTE, José Eduardo. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out./dez. 2014.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. **Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense**: um olhar antropológico. 141 f. Dissertação de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Belém: Universidade Federal do Pará, 2011.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VASCONCELOS Ana Lúcia Ribeiro de; GUERRERO, André Vinicius Pires. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CRM-ES. Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo (CRM-ES). **O Programa Mais Médicos e o CFM**. Disponível em: http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21106:o-programa-mais-medicos-e-o-cfm&catid=3:noticias&Itemid=462. Acesso em 19/12/2020.

COIMBRA, Liberata C.; SILVA, Antonio A. M.; MOCHEL, Elba G.; ALVES, Maria T. S. S. B.; RIBEIRO, Valdinar, R. S.; ARAGÃO, Vania M. F. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, p. 456-462, 2003.

COLLAR, Janaina Matheus; ALMEIDA NETO, João Becon de; FERLA, Alcindo Antônio. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 2, p. 43-56, 2015.

CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n. 5, p. 768-774, out. 2005.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; MADEIRA, Angela C. C.; LUZ, Rafael M.; BRITTO, Marcelo A. P. Medical audit: Prenatal care program in a health center in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 329-336, 2000.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 1999.

DEMITI, Joice Maria Gonçalves; GASQUEZ, Adriana de Sant'ana. Rede Mãe Paranaense: análise comparativa da mortalidade materno infantil entre estado e município. **Revista UNINGÁ Review**. Maringá, v. 30, n.1, p.06-10, abr./jun 2017.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DONABEDIAN, Avedis. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco, 1984.

DONNANGELO; Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Ed. Duas Cidades, 1976.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006.

ESCOBAR, José Andrés Cabrales; DARIAS, Luís Saenz; ESPINOSA, Marcos Aurelio Grau; CASTAÑEDA, Loreta De Rojas; HERRERA, Yipsis González; GARCÍA, Niurka Pina et al. Risk factors for low birthweight in a Cuban hospital, 1997- 2000. **Rev. PanamSalud Publica**, v. 12, n. 3, p. 180-184, set. 2002.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **CiencSaude Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAQUIM, Juliana Pereira da Silva. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 168 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

FERLA, Alcindo Antônio; MATOS, Izabella Barison. Participação na Saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, supl. I, p. 8-17, 2012.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil**. 303 f. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: s/n, 2005.

FRANK, Bruna Regina Bratti; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIERA, Cláudia Silveira; GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt; CALDEIRA, Sebastião. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163- 174, abr./jun. 2016.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.

GENOVESI, Flávia Françoso; CANARIO, Márcia Aparecida dos Santos Silva; GODOY, Christine Bacarat de; MACIEL, Sandra Mara; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, suppl 4, p. 1-8, 2020.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **RBCS**, v. 21, n. 61, p. 177-227, jun. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde**. (2009) Disponível em:
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf. Acesso em 12/10/2019.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GOMIDE, Denise Camargo. **O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais**. (2014) Disponível em
http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo_simposio_2_45_dcgomide@gmail.com.pdf. Acesso em 12/10/2019.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversando sobre iniciação a pesquisa científica**. 3 ed. Campinas: Alínea, 2003.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. 7 ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1987.

GUERRA, Heloísa Silva; HIRAYAMA, André Bubna; SILVA, Aline Karolyne Cândida da; OLIVEIRA, Bruno de Jesus Silva; OLIVEIRA, Jaqueline Francisca de Jesus. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**. Maringa, v. 18, n. 1, p. 73-80, jan./jun. 2016.

GUEVARA, Ernesto Che. **America Latina – despertar de um continente**. Havana: Editorial de Ciencias Sociales, 2004.

Haidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, jul./ago. 2001.

HAQ, Cynthia; VENTRES, William; HUNT, Vincent; MULL, Dennis; THOMPSON, Robert; RIVO, Marc et al. Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. **Acad. Med.**, v. 70, n. 5, p. 370-380, may 1995.

HOBBSAWM, Eric. **Sobrehistória**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HOCHMAN, Gilberto. Os cardeais da previdência social: gênese e consolidação de uma elite burocrática. **Dados**, v. 35, n. 3, p. 371-401, 1992.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999.

HOLANDA, Viviane Rolim de; ABREU, Danilo Wanderley Matos de; HOLANDA, Eliane Rolim de; CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima. Avaliação da assistência obstétrica no Estado da Paraíba à luz das normas sanitárias. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 624-33, out./dez. 2011.

HUÇULAK, Marcia Cecilia; PETERLINI, Olga Laura Giraldi. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. **Espaço. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 77-86, abr. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do século XX**. Disponível em: <https://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/saude>. Acesso em 12/10/2019.

KASSAR, Samir B.; MELO, Ana M.C.; COUTINHO, Sônia B.; LIMA, Marília C.; LIRA, Pedro I. C. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 269-277, 2013.

KILSZTAJN, Samuel; ROSSBACH, Anacláudia; CARMO, Manuela Santos Nunes do; SUGAHARA, Gustavo Toshiaki Lopes. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, jun. 2003.

LANSKY, Sonia; FRANÇA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **RevSaude Publica**. São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, Claudete Costa de; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAVALCANTE, Ana Augusta Monteiro; MARTINS, Poliana Cardoso. Avaliação da assistência materno-infantil prestada por uma equipe rural do programa saúde da família. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 452-458, set. 2007.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

LIRA, Pedro Israel Cabral de; LIMA, Marília de Carvalho; SILVA, Gisélia Alves Pontes da; RONAMI, Sylvania de Azevedo Mello; EICKMANN, Sophie Helena; ALESSIO, Maria Luiza Martinset al. Child health and nutrition in urban areas in the

South of Pernambuco: preliminary results of a cohort study. **Rev Bras Saude Mater Infant**. Recife, v. 3, n. 4, p. 463-472, out./dez. 2003.

MACINKO, James; ALMEIDA, Celia; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; SÁ, Paulo Klingelhofer de Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **Int J Health PlannManage**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.

MAIA, Livia Teixeira de Souza; SOUZA, Wayner Vieira de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, 2012.

MAIA, Monica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MARIGHELLA, CARLOS. **Manual do Guerrilheiro Urbano**. Rio de Janeiro: Editora Assírio e Alvim, 1975.

MARIGHELLA, CARLOS. **Escritos de Carlos Marighella**. São Paulo: Editora e Livraria Livramento, 1979.

MARQUES, Amaro Sérgio; FREITAS, Daniel Antunes; LEÃO, Cláudia Danyella Alves; OLIVEIRA, StéphanYketllin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; CALDEIRA, Antônio Prates. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014.

MARTINS, Lúgia Márcia. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. **29ª Reunião Anual da Anped**. Caxambú, out. 2006.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 2 ed. São Paulo: Ed. Boitempo, 2011. v. I, livro primeiro.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**: I – Feuerbach. São Paulo: Boitempo, 2007.

MELO, Maria Fernanda Godoy Cardoso de. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro**. 206 f. Tese de Doutorado em Desenvolvimento Econômico. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MENEZES, Daniela ContageSiccardi; LEITE, Iúri da Costa; SCHRAMM, Joyce Mendes Andrade; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MCWHINNEY, Ian R. **Medicina de família**. Barcelona: Mosby/DoymaLibros, 1995.

MOMBELLI, Mônica Augusta; SASS, Arethuzia; MOLENA, Carlos Alexandre F.; TÉSTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. Fatores de risco para mortalidade infantil em municípios do Estado do Paraná, de 1997 a 2008. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 30, n. 2, p.187-194, jun. 2012.

NEDEL, Fúlvio Borges; FACCHINI, Luiz Augusto; MARTÍN-MATEO, Miguel; VIEIRA, Lúcia Azambuja Saraiva; THUMÉ, Elaine. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

NOVAES, H. Maria Dutilh. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, suppl 2, p. 7-12, 1996.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 55-69, 1996.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. (2015) Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em 19/12/2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

OSIS, Maria José Duarte; HARDY, Ellen; FAUNDES, Aníbal; ALVES, Gracina. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 49-53, fev. 1993.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Públ**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil** - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

PENHA, Consuelo; MARQUES, Castro (Orgs.) **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2015.

PIRES, Marília Freitas de Campos. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface**. Botucatu, v. 1, n. 1, p. 83-94, ago. 1997.

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**. Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza; BOTTINO, Juliana; SCUDELER, Silvia Regina Marchioni; BENTLIN, Maria Regina; TRINDADE, Cleide EnoirPetean; PEROSA, GimolBezaquen et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Rev Bras Saude Mater Infant**. Recife, v. 4, n. 4, p. 423-433, out./dez. 2004.

SANTOS, Iná Silva dos; BARONI, Roberto Carlos; MINOTTO, Ivanete; KULMB, Ana Guerda. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 603- 609, 2000.

SANTOS, Fernanda Rego Pereira dos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 9, n. 1, p. 46-53, abr. 2005.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SANTOS, Luis Antonio Castro. Poder, ideologia e saúde no Brasil na Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (orgs.). **Cuidar, controlar, curar**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **CiencSaude Colet.** São Paulo, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SILVA, Carla Maria de Castro Dias e; GOMES, Keila R. O.; ROCHA, Oneide Angélica Monteiro Santos; ALMEIDA, Isabel Marlúcia Lopes Moreira de; MOITA NETO, José Machado. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte- Nordeste de Saúde Perinatal. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 547-556, mar. 2013.

SILVA, Maria Anielly Pedrosa da; MENEZES, Risia Cristina Egito de; OLIVEIRA, Maria Alice Araújo; LONGO-SILVA, Giovana; ASAKURA, Leiko. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 720-732, out./dez. 2014.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, out./dez. 2014.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde - promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2 ed. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2004.

TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, p. 261-281, 2000.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Análise das propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde com relação à organização do modelo de atenção à saúde no SUS.** Consultoria DAPE/MS, fev. 2004.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no sus. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde - promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Os princípios do sistema único de saúde. **Conferências Municipal e Estadual de Saúde.** Salvador, p. 1-10, jun. 2011.

TEMPORÃO, Jose Gomes. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências e Saúde**, v. 10, supl. 2, p. 601-617, 2003.

TERRIS, Milton. Public health policy for the 1990s. **Annual Review of Public Health**, n. 11, p. 39-51, 1990.

TESSER, Charles Dalcanale. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinic. **Interface**. Botucatu, v. 10, n. 20, p.347-362, 2006.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **CiencSaude Colet.**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TREVISAN, Maria do Rosário; DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Natacha Machado de; ÉSBER, Khaddour. 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, jun. 2002

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VERAS, Cláudia Luciana de Sousa Mascena; VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica – 2005. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 18, n. 2, p. 133-140, abr./jun. 2009.

VICTORA, Cesar Gomes; BARROS, Fernando Celso. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Med J**. São Paulo, v. 119, n. 1, p. 33-42, jan. 2001.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THEME FILHA, Mariza Miranda; COSTA, Janaina Viana da et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, suppl 1, p. S85-S100, 2014.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2008**: primary health care, now more than ever. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em 19/12/2020.

APÊNDICE 1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ESTRUTURA

- 1) Existe protocolo de atenção a gestante? Sim ou não?
- 2) Existe protocolo para o recém-nascido? Sim ou não?
- 3) Qual a dimensão física da unidade em metros quadrados?
- 4) Quantos consultórios/ salas de atendimentos existem?
- 5) Existem recursos materiais para atenção pré-natal? Sim ou não?
- 6) Quais? Liste todos os materiais utilizados na atenção pré-natal. Existe aparelho de aferir pressão arterial? Fita métrica? Balança? Doppler fetal? Pinar? estetoscópio? maca ginecológica? Biombo? Luva?
- 7) Quais os profissionais que compõem a equipe de saúde? médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde?
- 8) Qual o número de habitantes para cada equipe de saúde?
- 9) Existe centro de referência para o atendimento as gestantes de alto risco?

PROCESSO

- 1) Os profissionais utilizam os protocolos de atenção pré-natal? sim ou não?
- 2) Qual a porcentagem de gestantes com 7 ou mais consultas acompanhadas no pré-natal?

- 3) Qual a porcentagem de gestantes que iniciam a atenção pré-natal no primeiro trimestre?
- 4) Qual a porcentagem de gestantes de alto risco?
- 5) Qual a porcentagem de gestantes que realizam exames laboratoriais no primeiro, segundo e terceiro trimestre?
- 6) Existe a realização de consulta por parte do profissional de enfermagem? sim ou não?
- 7) Como é organizada a atenção pré-natal? Demanda livre ou programada?
Existe um dia específico para as consultas de pré-natal?
- 8) As gestantes de alto risco são vinculadas a algum centro especializado de referência? Sim ou não?
- 9) Óbitos infantis são tratados como eventos sentinelas?
- 10) Óbitos maternos são tratados como eventos sentinelas?

RESULTADOS

- 1) Qual a taxa de mortalidade infantil na população adstrita à unidade básica de saúde/ consultório médico da família? no município? no país?
Número de óbitos infantis/causa nos últimos 10 anos na população adstrita à unidade de saúde?
- 2) Qual a taxa de mortalidade materna na população adstrita à unidade básica de saúde/ consultório médico da família?
- 3) Número de óbitos maternos/causa nos últimos 10 anos na população adstrita à unidade de saúde?
- 4) Qual a taxa de recém-nascidos prematuros das mães que realizaram pré-natal na unidade básica de saúde/ consultório médico da família?

- 5) Qual a taxa de recém-nascidos baixo peso ao nascer das mães que realizaram pré-natal na unidade básica de saúde/ consultório médico da família?
- 6) Qual a porcentagem de parto vaginal das mães que realizaram pré-natal na unidade básica de saúde/ consultório médico da família?
- 7) Qual a porcentagem de parto cesárea das mães que realizaram pré-natal na unidade básica de saúde/ consultório médico da família?
- 8) Qual a porcentagem de recém-nascidos das mães que realizaram pré-natal na unidade básica de saúde / consultório médico de família que nasceram com doenças infectocontagiosas?

ANEXO 1 - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Atenção Materno-Infantil em uma Unidade de Saúde do Município de Almirante Tamandaré/PR.

Pesquisador: Guilherme Souza Cavalcanti de

Albuquerque **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 34934320.3.0000.0102

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.256.352

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa o projeto de pesquisa intitulado "Análise da Atenção Materno-Infantil em uma Unidade de Saúde do Município de Almirante Tamandaré/PR", sob a responsabilidade do Prof. Dr.

Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, na condição de orientador do mestrando Vinícius Paiva Schiavon, vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

O projeto em análise foi aprovado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Rede Nacional em Saúde da Família - PROFSAUDE -, em reunião realizada no dia 12/12 pp., e prevê a realização de pesquisa observacional, mediante roteiro pré-definido, com "análise da estrutura, processo e resultado da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR", sendo solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi apreciado por este Comitê, em reunião realizada no dia 27 de agosto pp., nos termos

do Parecer Consubstanciado nº 4.208.733, no qual foi solicitada a inclusão do termo de autorização de manipulação dados de prontuários dos pacientes e solicitação de acesso aos dados, objeto de análise neste Parecer.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Analisar estrutura, processo e resultado da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.

ESPECÍFICOS

Descrever a estrutura do serviço da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.

Descrever o processo da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.

Identificar os resultados da Atenção Materno-Infantil de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Almirante Tamandaré/PR.

Compreender os processos determinantes das semelhanças e diferenças entre estrutura, processo e resultado do espaço estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No item 8 do projeto detalhado, referente à análise crítica de riscos e benefícios, consta que "Não existe riscos para os recursos humanos envolvidos, pois se trata de revisão de história clínica de pacientes da UBS e a identificação de aspectos positivos existente no serviço estudado e compreensão de sua gênese, possibilitará o aperfeiçoamento e adoção de novas medidas para a melhoria do serviço."

Na análise de mérito, consta o destaque aos benefícios, considerando que pesquisas dessa natureza possibilitam alcançar resultados que "podem oferecer subsídios para formulação e adequação de políticas públicas na área em nosso País", uma vez que, "o SUS, oferece um sistema de saúde com uma estrutura suficiente para a atenção materno-infantil adequada, permitindo o alcance de resultados que se expressam em índices de saúde favoráveis que estão limitados por questões técnicas e também por questões estruturais da sociedade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na realização da pesquisa, além da observação e análise da estrutura e processos de atendimento na Unidade de Saúde em estudo, conforme consta na carta de

concordância da instituição coparticipante, assinada pelo Secretário de Saúde do município de Almirante Tamandaré, haverá a busca de dados em prontuários e fichas de notificação, cuja ciência está atestada na carta de concordância, datada do dia 10 de julho. Em síntese, conforme consta no projeto detalhado, a pesquisa será constituída por "estudo qualitativo, descritivo, observacional, com base em pesquisa documental em bancos de dados oficiais do Brasil do estado do Paraná e do município de Almirante Tamandaré, e pesquisa de campo orientada por um roteiro observacional elaborado pelo autor. Os dados serão sistematizados de modo a permitir a descrição da estrutura, processo e resultados. Após este processo descritivo, buscaremos compreender cada situação em seu movimento dialético de gênese e desenvolvimento, como expressão singular ou particular da totalidade social à qual pertencem. Para tal, utilizaremos como recurso técnico a Matriz de Processos Críticos e os fundamentos teórico-filosóficos do Materialismo Histórico-Dialético." Quanto à solicitação da dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando a abrangência da pesquisa que analisará a estrutura, processo e resultados da Atenção Materno-infantil na Unidade de Saúde da Família, é reconhecida que a busca de dados não será direcionada a dados pessoais. Estes serão direcionados ao processo de trabalho na Atenção Materno-infantil, sendo possível anuir pela impossibilidade de obter o TCLE de usuárias na sua totalidade, o que iria interferir diretamente nos resultados da pesquisa. Consta no protocolo a solicitação de "acesso aos prontuários das pacientes Gestantes e Recém-nascidos do período de 2016 à 2018 da Unidade Básica de Saúde São João Batista" e o pedido de "autorização para manipulação de dados dos prontuários das pacientes Gestantes e Recém-nascidos do período de 2017 à 2019 da Unidade Básica de Saúde São João Batista".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende aos indicativos de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo:

Página 03 de

NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio) **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1463965.pdf	31/08/2020 16:49:13		Aceito
Outros	CARTARESPOSTAASPENDENCIAS.do cx	31/08/2020 16:48:25	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito

Outros	autorizacaodemanipulacaodedados.pdf	31/08/2020 16:45:28	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	solicitacaoacessodadosdearquivosdeprontariosdepacienteseregistrosenviados.pdf	25/08/2020 15:43:42	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	cartadecoparticipacaodaprefeituraalmirantetamandare1.pdf	11/07/2020 15:10:26	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto20200708.doc	09/07/2020 16:01:27	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	ExtratoAta.pdf	09/07/2020 15:56:37	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	checklist1.pdf	09/07/2020 15:52:37	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	cartadeencaminhamentopesquisadorCEP.pdf	09/07/2020 15:51:28	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	termodeconfidenciabilidadedeusodedados.pdf	09/07/2020 15:50:37	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	solicitacaodispensaTCLE.pdf	09/07/2020 15:49:07	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Outros	analisedomeritocientifico.pdf	09/07/2020 15:47:24	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoatualoriginal1.pdf	09/07/2020 15:32:25	VINICIUS PAIVASCHIAVON	Aceito

			ON	
Outros	declaracaodecompromissosdaequipeda pesquisa.pdf	07/07/2020 15:41:47	VINICIU S PAIVA SCHIAV ON	Aceito

Página 04 de

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Setembro de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))