



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCA DAS CHAGAS GASPAR ROCHA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

TERESINA

2016

FRANCISCA DAS CHAGAS GASPAR ROCHA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM)
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Aparecida
Pinheiro Landim Almeida

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos humanos
na atenção à saúde da família

TERESINA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

R672f Rocha, Francisca das Chagas Gaspar.

Formação dos profissionais da estratégia saúde da família na
implementação da rede cegonha / Francisca das Chagas Gaspar Rocha.
– Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida:
UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

118. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional
em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina,
2016.

1. Profissional da Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Cuidado Pré-
natal. I. Título. II. Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim.

CDD 610.132

FRANCISCA DAS CHAGAS GASPAR ROCHA

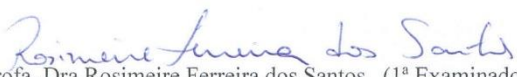
**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM)
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

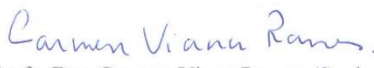
Data da Aprovação: 29/06/2016

BANCA EXAMINADORA


Profa.Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos. (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI


Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profa. Dra. Carmen Viana Ramos (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir chegar até aqui com saúde e sabedoria, por não desistir em nenhum momento difícil que passei nessa jornada, pois nenhum desses momentos se igualam à força maior que o Pai nos proporciona diante de qualquer obstáculo.

À minha família, em especial, aos meus pais e irmãos, que sempre estiveram enviando pensamentos positivos e me incentivando com palavras e demonstrações de carinho, respeito e admiração.

À minha orientadora, Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, por me aceitar como orientanda e por demonstrar quão sábia foi a sua orientação, interagindo com paciência, presença e acima de tudo sensibilidade para todas as questões que envolveram esse trabalho.

À minha banca de qualificação, nas pessoas da Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos, Profa. Dra. Maria do Carmo de carvalho e Martins e a Profa. Dra. Carmen Viana Ramos, que gentilmente aceitaram e cederam um tempo do seu precioso cotidiano de trabalho, para prestigiar minha apresentação e me proporcionar mais conhecimentos com suas valorosas avaliações.

Às minhas não menos importantes, amigas de curso: Janice, Máira e Moacira, sem as quais não conseguiria estar aqui hoje, finalizando essa fase tão importante do trabalho. Estiveram juntas comigo durante toda essa jornada e permanecerão sempre no meu coração.

À equipe da Coordenação de Pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, muito obrigada!

“Educação é comunicação, é diálogo,
na medida em que não é transferência de saber,
mas um encontro de sujeitos interlocutores
que buscam a significação dos significados”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A atenção básica apresenta atribuições específicas no acompanhamento do binômio mãe-filho, no período gravídico puerperal, que se iniciam mesmo antes da gravidez. Porém, para atender a esta realidade, torna-se necessário profissionais de saúde sensibilizados, com vistas a compreender a mulher em suas crenças, valores e modo de vida. Dessa forma, o estudo tem como objeto a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha e objetivos: descrever a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha; identificar as atribuições e competências da formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção às ações da Rede Cegonha; conhecer os aspectos que interferem na formação dos profissionais da saúde nas ações relacionadas à Rede Cegonha, destacando a importância da prática educativa; e, elaborar um protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha. Foi realizada uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa, com 57 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, em um distrito sanitário de São Luís, Maranhão, no período de setembro a outubro de 2015. Realizaram-se entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, que foram analisados pelo método do Discurso do sujeito Coletivo, emergindo ideias centrais, sequenciadas pelos trechos selecionados do material verbal dos depoimentos individuais que melhor descreveram seu conteúdo e a discussão. Os resultados foram apresentados em três ideias centrais para cada uma das três questões semiestruturadas, da seguinte forma: da primeira questão, emergiram as ideias centrais: atribuições técnicas, a importância das funções/atribuições, a identificação de uma nova política; da segunda questão, foram elencadas as ideias centrais: lacuna na capacitação técnica, a importância da capacitação técnica e interferência do perfil profissional; e, na terceira questão, identificaram-se as ideias centrais: identificação de lacunas no serviço, diálogo do serviço com a gestão e a comunidade e identificação das singularidades dos atores envolvidos. Evidenciou-se a importância em conhecer a atuação dos profissionais nas ações de educação em saúde no acompanhamento pré-natal, pois tais ações promovem o diálogo do serviço com a gestão e a comunidade, proporciona identificar as singularidades dos atores envolvidos e possibilita encontrar os nós críticos da assistência ao pré-natal. Outra vertente importante são as práticas educativas vivenciadas pelos atores do serviço e a promoção de espaços na agenda dos serviços para a promoção da educação permanente, a fim de minimizar lacunas na capacitação técnica e educação continuada, favorecendo as ações da Rede Cegonha e contribuindo para diminuição da morbimortalidade materna e neonatal. Como contribuição, foi elaborado um protocolo com grande importância na divulgação das atribuições para os profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha, possibilitando que este diminua suas dúvidas e aumente a segurança com que prestam a assistência a essa clientela, realizando o acolhimento precoce e contribuindo para redução da morbimortalidade materna e fetal. Conclui-se sobre a necessidade de capacitar o profissional de saúde e conhecer suas competências e habilidades. Para isso, se faz necessário rever as práticas acadêmicas vivenciadas, propondo pedagogias problematizadoras nos cenários da atenção básica. Além disso, o oferecimento da educação permanente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha ainda está aquém do desejado.

Palavras-chave: Profissional da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Primary care has specific responsibilities in monitoring the mother and child, in the puerperal gravid period, beginning even before pregnancy. However, to meet this reality, it is necessary to health professionals sensitized, in order to understand women in their beliefs, values and way of life. Thus, the paper studied the training of professionals of the Family Health Strategy in the implementation of Stork Network and objectives: to describe the training of health professionals working in the Family Health Strategy on the implementation of the Stork Network; identify the duties and responsibilities of the training of professionals of the Family Health Strategy in attention to the actions of the Stork Network; know the aspects that interfere with the training of health professionals in the actions related to the Stork Network, highlighting the importance of educational practice; and draw up a protocol of practical guidelines for health professionals from the Family Health Strategy, the implementation of Stork Network. a descriptive exploratory survey was conducted with a qualitative approach, with 57 health professionals from the Family Health Strategy, in a health district of São Luís, Maranhão, from September to October 2015. There were interviews through a semi-structured, which were analyzed by the subject Collective Discourse method, emerging central ideas, sequenced by excerpts of verbal material of individual statements that best described their content and discussion. The results were presented in three main ideas for each of the three semi-structured questions, as follows: First question, emerged the central ideas: technical tasks, the importance of the functions / tasks, the identification of a new policy; the second question, were listed the central ideas: gap in technical training, the importance of technical training and participation of the professional profile; and the third question, identified the core ideas: identifying gaps in service, the service dialogue with management and the community and identifying the singularities of the actors involved. It highlighted the importance to know the work of professionals in the health education actions in prenatal care, because such actions promote the service dialogue with management and the community provides to identify the singularities of the actors involved and allows find us critical assistance to prenatal care. Another important aspect is the educational practices experienced by the actors of the service and the promotion of spaces on the agenda of services for the promotion of lifelong education, in order to minimize gaps in technical training and continuing education, favoring the Stork Network shares and contributing to decrease maternal and neonatal morbidity and mortality. As a contribution, a protocol of great importance in the dissemination of assignments for professionals in the Family Health Strategy in the implementation of Stork Network was developed, enabling it to decrease your questions and increase security by providing assistance to this population, making the host early and contributing to the reduction of maternal and fetal morbidity and mortality. The conclusion about the need to train the health professional and know their skills and abilities. For this, it is necessary to review the experienced academic practices, proposing pedagogies problematizing the scenarios of primary care. Moreover, the offer of continuing education for professionals in the Family Health Strategy in the implementation of Stork Network is still lagging behind.

Keywords: Health Professional Health Strategy. Prenatal care.

RESUMEN

La atención primaria tiene responsabilidades específicas en el seguimiento de la madre y el niño, en el período grávido puerperal, que comienza incluso antes del embarazo. Sin embargo, para cumplir con esta realidad, es necesario que los profesionales de la salud sensibilizados, con el fin de entender a las mujeres en sus creencias, valores y forma de vida. Por lo tanto, el trabajo se investigó la formación de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en la aplicación de la cigüeña Red y objetivos: describir la formación de los profesionales de la salud que trabajan en la Estrategia Salud de la Familia en la implementación de la Red de la cigüeña; identificar las funciones y responsabilidades de la formación de los profesionales de la Salud de la Familia en atención a las acciones de la Red de la cigüeña; conocer los aspectos que interfieren con la formación de los profesionales de la salud en las acciones relacionadas con la Red Cigüeña, poniendo de relieve la importancia de la práctica educativa; y elaborar un protocolo de directrices prácticas para profesionales de la salud de la Estrategia Salud de la Familia, la aplicación de la Red Cigüeña. un estudio exploratorio descriptivo se llevó a cabo con un enfoque cualitativo, con 57 profesionales de la salud de la Estrategia Salud de la Familia, en un área sanitaria de São Luís, Maranhão, entre septiembre y octubre de 2015. Hubo entrevistas a través de una semiestructurada, que fueron analizados por el método del Discurso del sujeto Colectivo, las ideas centrales, secuenciados por fragmentos de material verbal de los estados individuales que mejor describen su contenido y discusión emergente. Los resultados fueron presentados en tres ideas principales de cada una de las tres preguntas semiestructuradas, de la siguiente manera: Primera pregunta, surgieron las ideas centrales: tareas técnicas, la importancia de las funciones / tareas, la identificación de una nueva política; la segunda pregunta, se enumeran las ideas centrales: brecha en la formación técnica, la importancia de la formación técnica y la participación del perfil profesional; y la tercera pregunta, identifica las ideas principales: identificar las deficiencias en el servicio, el diálogo con el servicio de gestión y de la comunidad y la identificación de las singularidades de los actores involucrados. Se puso de relieve la importancia de conocer el trabajo de los profesionales en las acciones de educación sanitaria en la atención prenatal, debido a que tales acciones promueven el diálogo con el servicio de gestión y la comunidad ofrece para identificar las singularidades de los actores involucrados y nos permite encontrar asistencia crítica a la atención prenatal. Otro aspecto importante son las prácticas educativas experimentadas por los actores del servicio y la promoción de espacios en la agenda de los servicios para la promoción de la educación permanente, con el fin de reducir al mínimo las lagunas en la formación técnica y la formación continua, lo que favorece las acciones de la cigüeña de red y contribuir a disminuir y morbilidad materna y la mortalidad neonatal. Como una contribución, un protocolo de gran importancia en la difusión de las asignaciones para los profesionales de la Salud de la Familia en la puesta en práctica de la cigüeña Red fue desarrollado, lo que le permite disminuir sus preguntas y aumentar la seguridad al proporcionar asistencia a esta población, por lo que el anfitrión principios y contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y fetal. La conclusión acerca de la necesidad de formar a los profesionales de la salud y conocer sus habilidades y capacidades. Para esto, es necesario revisar las prácticas académicas con experiencia, proponiendo pedagogías problematizan los escenarios de la atención primaria. Por otra parte, la oferta de educación continua para los profesionales de la Salud de la Familia en la implementación de la Red Cigüeña sigue a la zaga.

Palabras clave: Estrategia de Salud de Profesionales de la Salud . Cuidado prenatal.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	09
1.1 Contextualização do problema.....	09
1.2 Objeto do estudo.....	11
1.3 Questão norteadora.....	11
1.4 Objetivos.....	12
1.5 Justificativa e relevância.....	12
 2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	 14
2. História das políticas públicas de saúde da mulher.....	14
2.2 A Política da Rede Cegonha.....	15
2.3 A Estratégia Saúde da Família no acompanhamento pré-natal.....	16
2.4 A Formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento pré-natal.....	18
 3 MATERIAIS E MÉTODO.....	 20
3.1 Natureza do estudo.....	20
3.2 Cenário do estudo.....	20
3.3 Participantes do estudo.....	21
3.4 Procedimento e instrumento de coleta dos dados.....	22
3.5 Processamento e análise dos dados.....	22
3.6 Aspectos éticos e legais.....	23
3.6.1 Riscos e benefícios.....	23
 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	 25
4.1 Manuscrito - Formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha.....	25
4.2 Produto - Protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha.....	53
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 99
 REFERÊNCIAS.....	 101
 APÊNDICES.....	 105
 ANEXOS.....	 111

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

O acompanhamento da mulher durante o período da gestação tem sido foco de atenção em saúde no Brasil e no mundo. As altas taxas de mortalidade fetal e materna relacionadas ao parto e as intercorrências durante o período gestacional, tornaram-se uma preocupação cada vez mais presente na formulação das políticas em saúde materno-infantil, com o intuito de garantir desfecho positivo desde a gestação, parto e puerpério (CASSIANO et al, 2014).

No Brasil, as políticas de saúde voltadas para a mulher, durante muito tempo, consideravam mãe x filho um binômio indissociável. No ano de 1983, junto com as reformas políticas, deu-se início ao primeiro programa de saúde pública direcionado exclusivamente ao público feminino, elaborado pelo Ministério da Saúde, o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), que deu base para a atenção à saúde integral do ideário feminista, inclusive responsabilizando o estado brasileiro pelos os aspectos da saúde feminina, o que pôs fim ao modelo materno-infantil (NUNES,2013).

As diretrizes do programa previam a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção (contextos social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva). Outra meta importante do projeto era a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres (ANDREUCCI, 2011).

No ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Um dos principais objetivos desta iniciativa foi assegurar acesso, melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal oferecido. Em 2011, foi lançada uma nova política de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, a “Rede Cegonha”, que visa otimizar as ações de humanização e diminuir a morbimortalidade materno-infantil (CÉSAR, 2012).

Há aproximadamente três décadas da implantação das políticas de saúde da mulher, diferentes estudos mostram que a abrangência de cobertura do pré-natal, ainda está muito aquém do desejado. Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país aos programas de humanização do pré-natal e da Rede Cegonha; quanto ao cumprimento das metas, porém, há ainda muito a ser alcançado. De uma maneira geral, em todo o Brasil ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com grandes variações por região (ANDREUCCI, 2011).

Frente a esse problema de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), para a reorganização da saúde no Brasil, redefiniu a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, e trabalha em uma perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada (COSTA, 2009). Dessa forma, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o MS visa, por meio da educação e mobilização social, melhorar as ações de acompanhamento do pré-natal e nascimento, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Costa (2010), em seu trabalho de avaliação da cobertura pré-natal no Estado do Maranhão, com abordagem de um conglomerado de trinta municípios, as unidades de Saúde da Família foram responsáveis por 45,9% dos atendimentos de gestantes, quando 46,8% realizaram seis ou mais consultas durante a última gravidez e 64,6% iniciaram as consultas no primeiro trimestre. A cobertura do pré-natal foi de 85,6%; no entanto a cobertura só atingiu apenas de 43,4%. Os resultados sugerem a validade do Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN). Ainda segundo o mesmo estudo, no Maranhão, juntamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), trouxe como consequência positiva o aumento na marcação de consulta pré-natal, entretanto o início precoce continua um desafio no modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

Dados sobre a mortalidade materna no Estado indicam que de cada 100 mil nascidos, apenas 69 não sobrevivem, taxa considerada aquém do aceitável pela OMS que é de 20 por 100 mil; justificando-se assim a urgência na qualificação da assistência, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério (MARANHÃO, 2013).

No Estado do Maranhão, dos 217 municípios, 2014 já aderiram ao componente pré-natal da Rede Cegonha, e quatros Regiões de Saúde (São Luís, Imperatriz, Codó e Caxias) estão com Planos de Ação com portarias publicadas. Em São Luís, o primeiro encontro para consolidação do Fórum Rede Cegonha, aconteceu em 2012 e atualmente, o município, organiza a atenção à mulher e criança, no âmbito da RC, com: garantia do acompanhamento da referida população adscrita, nas Unidades de Saúde da Família (USFs), encaminhamento às unidades das gestantes de alto risco para o serviço especializado, ações educativas, vinculação da gestante às unidades de referência para o parto, visitação das gestantes à maternidade de referência para o parto, capacitações dos profissionais de saúde, divulgação do protocolo de atenção à saúde da mulher, encontrando-se em fase de elaboração o protocolo de pré-natal de alto risco e ações de saúde da criança (MARANHÃO, 2013; UNASUS-UFMA, 2015).

De acordo com a PNAB (Política Nacional da Atenção Básica), a consolidação e aprimoramento da atenção básica, requerem um saber e fazer em educação permanente, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, gestão da mudança e estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Nesse sentido a educação permanente, além de sua função pedagógica, exerce um grande potencial provador de mudanças no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2012)

Faz parte do componente pré-natal da Rede Cegonha, a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2011). Portanto, a educação continuada do profissional de saúde favorece a identificação de nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Entretanto, foi identificada uma lacuna na literatura acerca do conhecimento científico produzido sobre a formação dos profissionais de saúde, sobretudo da estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha. Nessa perspectiva, este estudo se faz necessário, pois permitirá, a partir dos resultados obtidos, um conhecimento mais sistematizado sobre as ações desenvolvidas na ESF de São Luís/MA na atenção à Rede Cegonha. Esta pesquisa poderá possibilitar também o conhecimento dos possíveis entraves e formas de organização das equipes da ESF, possibilitando a elaboração de um protocolo de ações do pré-natal e nascimento para a atenção básica do município.

1.2 Objeto do estudo

Formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha

1.3 Questão norteadora

Qual a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha?

1.4 Objetivos

- Descrever a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha;
- Identificar as atribuições e competências da formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção às ações da Rede Cegonha;
- Conhecer os aspectos que interferem na formação dos profissionais da saúde nas ações relacionadas à Rede Cegonha, destacando a importância da prática educativa;
- Elaborar um protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha.

1.5 Justificativa e relevância

O profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) atua em uma equipe multidisciplinar e para tanto se faz oportuna, uma formação baseada na problematização e imbuída dos princípios e diretrizes do SUS e da ESF. Entretanto, mesmo com essa formação, que é preconizada por algumas academias e estimulada pelas atuais diretrizes curriculares, observa-se um despreparo de alguns profissionais para lidar com tais conceitos ou identificar os fatores que interferem na sua prática profissional.

Embora os relatórios do Ministério da Saúde tenham demonstrado ao longo dos anos, um aumento na cobertura pré-natal e captação precoce das gestantes, há de se questionar a qualidade desse atendimento, haja vista sobressaírem índices expressivos de sífilis congênita e hipertensão arterial gestacional, o que contribui para complicações do pré-natal de risco habitual.

Um dos questionamentos a se fazer em relação à qualidade na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal encontra-se na formação e no perfil do profissional da saúde, pois acredita-se que o mesmo esteja imbuído no trabalho interdisciplinar, em uma práxis ética, questionadora e que prima pela qualidade na assistência.

As práticas profissionais esperadas, de acordo com as diretrizes curriculares da educação, estabelecem um perfil pautado em conhecimentos, habilidades e competências gerais e específicas, além de uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, para atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, primando por princípios éticos, bioéticos e culturais. Ainda nas diretrizes, encontram-se

orientações para a utilização de metodologias ativas, que contribuem para a integração de conteúdos de forma interdisciplinar.

Em relação ao termo competência, o mesmo refere-se ao ato de ser capaz, estar apto a desenvolver determinada prática. No campo do trabalho em saúde, aparecem como recursos demandados aos trabalhadores de saúde, materializados em conhecimentos, habilidades e atitudes imprescindíveis ao ato de cuidar.

Este estudo visa analisar a formação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha, no município de São Luís/MA e, com isso, estimular estudos na área favorecendo a atuação de políticas públicas de saúde, que atendam a população no período gravídico puerperal, proporcionando atenção integral à gestante e ao recém-nascido.

A atenção básica apresenta atribuições específicas no acompanhamento do binômio mãe x filho, no período gravídico puerperal; que se inicia mesmo antes da gravidez. Porém, a realidade dessa atenção necessita de profissionais com sensibilidade para compreender a mulher em suas crenças, valores e modo de vida. Outra vertente importante a se observar são as condições estruturais para esse acompanhamento. Portanto, a partir dos dados obtidos nesse estudo, pretende-se contribuir para que os profissionais possam identificar as lacunas e potencialidades na sua formação profissional, na atenção à mulher e seu recém-nascido e buscar meios de aperfeiçoar esse atendimento.

A principal motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu diante da necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família, por ser uma das portas de entrada para o sistema de saúde e intervir no processo de atenção à gestante, com o propósito de qualificar as redes de atenção materno infantil, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade da referida clientela.

O estudo vislumbra contribuir ainda no contexto da educação permanente dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a mulher no ciclo gravídico puerperal, possibilitando a construção de uma pauta de discussões e reflexões, além de novas produções teóricas que implicam na transformação de concepções e práticas, gerando novos conhecimentos e saberes. Para a comunidade científica, o estudo torna-se extremamente importante e poderá ser utilizado como subsídio para embasar futuras pesquisas da mesma temática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História das políticas públicas de saúde da mulher

O Ministério da Saúde (MS), em 1984, desenvolveu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. O Programa é norteado pelos princípios da Reforma Sanitária, pautado na busca pelos princípios da descentralização das ações, regionalização, equidade na atenção e participação comunitária para modificar e melhorar a assistência à saúde da mulher brasileira, buscando principalmente a maior atenção em todas as fases da vida da população feminina (BRASIL, 2006).

Para fortalecer sua proposta, o MS partiu da constatação que o cuidado à saúde da mulher pelo sistema de saúde limitava-se ao período gravídico-puerperal, esse, ainda com limitações. Como isso, o MS busca a ampliação dessa política pública visando à consolidação de estratégias básicas de assistência integral à saúde da mulher, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo a melhoria dos níveis de saúde das mulheres brasileiras (BRASIL, 2007).

Essa política preocupa-se ainda com os grupos de mulheres historicamente esquecidos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras, quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, em situação de prisão, as portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2008).

Em relação à mulher no período gravídico, é competência do Ministério da Saúde estabelecer políticas, normas para oferta do pré-natal com boa qualidade e ações humanizadas. Além dos equipamentos e instrumental para realização de consultas e exames, deve-se levar em conta a capacitação adequada de todos os profissionais que atendem a mulher no seu percurso pela unidade de saúde (ARAÚJO; OKASAKI, 2007).

Especificamente sobre a humanização no cuidado pré-natal, as políticas e programas que se destacam são o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, e a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. Além de ambos, no ano de 2006 houve a atualização do manual técnico, denominado, Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BARRETO, 2014).

Os elementos que garantem uma assistência pré-natal efetiva são: a captação precoce da gestante na comunidade, controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo, recursos humanos treinados, área física adequada; equipamento e instrumental mínimos, instrumentos de registro e estatística, medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo, sistema eficiente de referência e contra referência, e avaliação das ações da assistência pré-natal (NASCIMENTO; CIRILO; MOREIRA, 2011).

A equipe de saúde, ao realizar a assistência, precisa priorizar a humanização durante o atendimento aos distintos grupos populacionais e, em particular, à mulher gestante. É preciso entender a humanização como prática pautada em princípios como integralidade e equidade das ações, evidenciando os usuários como sujeitos de direitos e participantes ativos do seu processo saúde/doença (SIMÕES; et al, 2007).

2.2 A política da Rede Cegonha: conceitos e diretrizes

Para alicerçar os princípios da humanização e propor novas estratégias para qualificar a saúde materno-infantil, o MS instituiu em 24 de junho de 2011, através da portaria ministerial nº 1459, a “Rede Cegonha”; política que apresenta um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de saúde(UBS) e maternidades, (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação. Quanto às diretrizes, pode-se citar: acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Existem duas modalidades de adesão à Rede Cegonha: adesão regional e adesão facilitada. A primeira é voltada para o conjunto de municípios da(s) Região(ões) de Saúde

priorizada(s) pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE/ RC) a partir de critérios epidemiológicos e populacionais. Nesse tipo de adesão são pactuadas ações para os quatro componentes da Rede Cegonha. Para realizar esse tipo de adesão cada município deve procurar o GCE/RC de seu estado para participar da discussão das regiões prioritárias a serem eleitas por esse grupo; já na adesão facilitada é possível programar os componentes de Pré-natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Essa modalidade é voltada para os municípios que estão fora da região de saúde prioritária. Esse é um tipo de adesão inicial de cada município, até que venha a compor uma região de saúde prioritária (BRASIL, 2011).

O estudo de Martinelli et al (2013), realizado na Microrregião de São Mateus (MRSM-ES), ao norte do Estado do Espírito Santo, em que avalia a adequação dos parâmetros do (PHPN) e procedimentos previstos pela Rede Cegonha, demonstra que os índices de adequação do pré-natal encontram-se baixos; em relação à comparação dos serviços oferecidos pela ESF, PACS (programa de Agentes Comunitários de Saúde) e UBS tradicionais, pode-se perceber que as ações educativas voltadas para o aleitamento materno e manejo de risco e a realização dos exames de repetição, apresentaram melhores resultados na ESF, entretanto, deve-se considerar que a Rede Cegonha foi implantada recentemente, com poucos estudos sobre seu impacto na saúde da mulher e da criança.

2.3 A Estratégia Saúde da Família no acompanhamento pré-natal

A portaria MS/GM n ° 2488, de outubro de 2011, define a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (ELIZABETE, 2013).

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido a seu caráter de permanência na agenda de saúde do país, se configura como a principal estratégia para reorganização do modelo de atenção básica à saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

A ESF visa possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a partir da adscrição do território de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada. Compromete-se em resgatar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como a participação popular e o controle social (BRASIL, 2009).

A ESF possui uma equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários. Desde 2000 acrescentou-se a equipe de saúde bucal (equipe ampliada: um odontólogo, um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal) (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca contribuir para a consolidação da nova configuração da situação da saúde da mulher no Brasil, a partir da reorganização/mudança no modelo assistencial para a atenção à mulher, aproximando serviços e profissionais de saúde das famílias e comunidades, programando e articulando ações a partir das necessidades locais (XIMENES NETO et al., 2008).

É competência da ESF, no âmbito da Rede Cegonha componente: rastrear todas as gestantes da área de abrangência, facilitar o início precoce do pré-natal, realizar acolhimento com classificação de risco, prestar assistência multiprofissional, abrir espaço para agendamento em curto prazo, agendar as visitas das gestantes à maternidade de referência, propiciar a presença de acompanhante e garantir consultas mensais até a 32ª semana, quinzenais entre a 32ª e 36ª semanas, semanais no último mês e, em hipótese alguma, dar alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

A educação permanente em saúde (ECPS) é uma preocupação do Ministério da Saúde, que faz parte da reestruturação do modelo de qualificação do profissional atuante no SUS e, também, da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), instituída em 2004 pela portaria nº 198/04/GM/MS, como uma proposta estratégica para a transformação das práticas de saúde e organização dos serviços, articulando as esferas de gestão, instituições formadoras e o sistema de saúde (BARTH et al., 2014).

Os pólos de educação em saúde (PEPS) devem ser compostos por: gestores estaduais e municipais das áreas de saúde e de educação; serviços de saúde representados pelos

trabalhadores de saúde, hospitais e demais serviços; formadores, contemplando instituições com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva e demais centros formadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, previsto o controle social, incluindo os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e movimentos estudantis (NICOLETTO et al., 2013).

2.4 Formação e educação permanente do profissional de saúde na Estratégia Saúde da Família no acompanhamento pré-natal

Segundo Paulo Freire, a formação profissional deve incluir uma proposta dinamizadora da potência criativa humana, levando o futuro profissional, no momento de sua educação, à experiência de ação-reflexão e, por conseguinte, uma formação humanística. De tal forma se pode oportunizar uma aprendizagem crítica, libertadora e ética. A ação libertadora é aquela em que o educando e o educador se transforma para a realidade e desperta a consciência crítica. Não se pode esquecer também, que tal como o trabalho em educação, o trabalho em saúde é um trabalho vivo, extrapolando procedimentos e técnicas e que requer vínculo, reflexão crítica, comprometimento, escuta, disponibilidade para o diálogo e querer bem, como ressalta Paulo freire em sua pedagogia da autonomia (GOMES, 2014).

A ESF é composta por profissionais com diversos saberes e práticas, os quais apresentam as seguintes atribuições e competências específicas: a ACS, orienta a mulher e sua família sobre a importância do pré-natal, amamentação e imunização, realiza visita domiciliar para a gestante, família e puérpera, encaminha a gestante ao serviço de saúde, confere o cadastramento no SISPRENATAL-WEB e as informações pertinentes no cartão da gestante, acompanha gestantes que estejam realizando atendimento em outros serviços, porém cadastradas na área de abrangência, orienta as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realiza busca ativa, informa à equipe quaisquer alterações da gestante cadastrada, bem como situações de risco e vulnerabilidade, orienta também a mulher e seu companheiro durante a gestação e período puerperal sobre o planejamento familiar e realizar visita domiciliar da primeira vida do bebê (BRASIL, 2012).

Compete ao técnico (a) em Enfermagem: orientar a mulher e sua família sobre a importância do pré-natal, amamentação e imunização, verificando/realizando cadastramento da gestante no SISPRENATAL, conferindo informações fornecidas no cartão da gestante, verificando sinais vitais e medidas antropométricas e anotando-os no cartão da gestante,

fornecendo medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde, assim como os padronizados no programa de pré-natal de risco habitual, aplicando vacinas, realizando atividades educativas individuais e em grupo, informando à equipe quaisquer alterações relativas à gestante cadastrada, bem como situações de risco e vulnerabilidade, orientando a mulher e seu companheiro durante a gestação e período puerperal sobre o planejamento familiar, além de realizar visitas domiciliares da primeira vida do bebê (BRASIL, 2012).

Compete ao Enfermeiro (a): orientar a mulher e sua família sobre a importância do pré-natal, amamentação e imunização: realiza cadastramento da gestante no SISPRENATAL-WEB e fornece o cartão da gestante devidamente preenchido, realiza consulta intercalada com a consulta médica, solicita exames complementares de acordo com o protocolo local e/ou do Ministério da Saúde, realiza teste rápido e triagem sorológica, prescreve medicamentos afixados nos protocolos de pré-natal e abordagem sindrômica das ISTs, orienta e encaminha para imunização, identifica e classifica gestantes de risco e/ou vulnerabilidade e encaminha para consulta especializada, realiza exame clínico das mamas e colpocitologia oncótica, além de realizar atividades educativas individuais e em grupo (BRASIL, 2012).

O profissional (a) médico (a) da ESF: realiza cadastramento das gestantes, consulta intercalado com o Enfermeiro, solicita exames complementares e orienta sobre os resultados, prescreve medicamentos padronizados, orienta sobre a imunização, identifica sinais de alarme, trata intercorrências, encaminha casos de risco, realiza exame clínico das mamas e colpocitologia oncótica, realiza testes rápidos, desenvolve atividades educativas, orienta acerca da periodicidade das consultas, realiza busca ativa e efetua visitas domiciliares à gestante e puérpera (BRASIL, 2012).

São atribuições do cirurgião dentista: orientar sobre a importância do pré-natal, verificar o fornecimento do cartão da gestante e seu preenchimento, realizar consulta odontológica, solicitar exames e orientar triagem sorológica e imunização, identificar fatores de risco, realizar atividade educativa, realizar busca ativa, visita domiciliar para a gestante e puérpera, além de acompanhar o processo do aleitamento materno (BRASIL, 2012).

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Natureza do estudo

Para descrever a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha, faz-se necessário uma abordagem metodológica que permita apreender características pertinentes da vivência profissional humana vinculadas ao objeto deste estudo. Para tanto, será desenvolvida uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa.

Segundo Andrade (2010), na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados mas não manipulados pelo pesquisador. Uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente por meio da entrevista e da observação sistemática.

A pesquisa exploratória neste estudo teve como objetivo, de acordo com Gil (2006), proporcionar maior familiaridade com o problema, buscando torná-lo mais explícito ou construir hipóteses com a finalidade de aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores. O sentido ético das pesquisas antropológicas e qualitativas é dado pelo seu caráter humanístico, inter-relacional e empático. No campo da saúde, elas oferecem subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre os mais diferentes aspectos: a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e nas representações sobre saúde, adoecimento, morte, dentre outros (MINAYO, 2014).

3.2 Cenário do estudo

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado na cidade de São Luís, em outubro de 1994, com 10 equipes, correspondendo a uma cobertura de 4,3% da população estimada. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), funciona com 110 equipes, totalizando 36,5% de cobertura.

As ESFs de São Luís, estão inseridas em 7 distritos sanitários de saúde e cadastradas em 47 Unidades Básicas. A segunda maior cobertura do município, 50,3%, encontra-se no distrito Tirirical, com 37 ESFs, cadastradas em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Este estudo foi realizado nas 14 UBSs, do referido distrito, por apresentar essa característica, ser uma das zonas mais carentes de São Luís e por apresentar vínculo profissional com a pesquisadora.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes desse estudo foram 57 profissionais de saúde (15 agentes comunitário de saúde, 10 cirurgiões-dentistas, 13 enfermeiros, 8 médicos e 11 técnicos de enfermagem), que desenvolviam atividades na Estratégia Saúde da Família. Foi adotado o seguinte critério de inclusão: ser um profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família com desenvolvimento atividades há pelo menos um ano com gestantes, por se acreditar que a maior trajetória da vivência profissional possibilita informações relevantes a respeito do objeto do estudo. Como critérios de exclusão, foram utilizados: ser estagiário ou ser um profissional de saúde desenvolvendo atividades voluntárias, estar de licença para tratamento de saúde e/ou estar em afastamento ou férias durante o período da coleta dos dados.

A seleção dos participantes considerou a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participar da pesquisa. Foi realizado um primeiro contato pessoal pela própria pesquisadora a fim de oficializar o convite. Ao concordarem, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual por sua vez, obedeceu aos aspectos éticos e legais, conforme determinação da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente à pesquisa envolvendo seres humanos, ficando garantido o sigilo e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, 2012).

Convém enfatizar que o número dos participantes entrevistados nesse estudo atendeu à representatividade do grupo de sujeitos e à profundidade dos sentidos presentes nas falas dos mesmos, sendo interrompida a captação de novos participantes quando o conjunto das entrevistas individuais realizadas em questão foi julgado suficiente empiricamente para o desenvolvimento de novas reflexões sobre o tema, considerando o alcance da representatividade dos participantes, a reincidência e a saturação das informações (FONTANAELLA et al., 2011).

3.4 Procedimento e instrumento de coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2015. Antes do início desta coleta, realizou-se uma visita ao setor de educação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, Maranhão, para solicitação do endereço das Unidades Básicas de Saúde. Também foi realizada uma visita às Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o desenvolvimento deste estudo, onde foi exibido aos dirigentes das unidades o documento de autorização assinado pelo gestor, ocasião em que foi agendada a data e horário das entrevistas.

Para a obtenção dos dados, foi utilizado um roteiro para entrevista (APÊNDICE B) que alcançou os objetivos propostos, contendo perguntas subjetivas com a função de conduzir a uma conversa sobre a formação profissional na implementação das ações da Rede Cegonha na Estratégia Saúde da Família.

Para Minayo (2010), a entrevista constitui a representação do indivíduo por meio de ideias, sentimentos, condutas e projeções para o futuro, fornecidas apenas mediante a contribuição do entrevistado. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário do estudo, conforme disponibilidade dos participantes.

3.5 Processamento e análise dos dados

Nesse estudo, utilizou-se como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando-se em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitido por pessoas distintas. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, escolhido com base em critérios de representatividade social, contribui com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

A técnica do DSC consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as expressões-chave (E-CH), que são trechos mais significativos destas respostas. Às E-CH, correspondem ideias centrais (IC), que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas E-CH. Com o material das E-CH das IC constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSC, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como um discurso individual (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003).

Neste estudo, os resultados do DSC foram apresentados em três questões. Cada questão foi seguida com as respectivas ideias centrais (IC), sequenciadas pelos trechos

selecionados do material verbal dos depoimentos individuais que melhor descreveram seu conteúdo e a discussão. A análise dos dados resultou em informações sobre a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, que atuam na implementação da Rede Cegonha, no município de São Luís, Maranhão, que foram interpretadas com base no referencial teórico.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Os dados foram coletados após autorização do responsável pelo local da pesquisa (ANEXO A e B) respeitando-se a Resolução 466/12 do CNS/MS e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa UNINOVAFAPI, sobre o CAAE N° 48296715.1.0000.5210 (ANEXO C).

Essa Resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A participação ocorreu em total anonimato, onde as identidades dos participantes ficaram em sigilo, acessíveis somente à pesquisadora. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE (APENDICE B) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador, garantindo a segurança de ambos.

3.6.1 Riscos e Benefícios

Conforme preconiza a Resolução CNS 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Houveram riscos previsíveis e mínimos para os participantes desse estudo, tais como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores.

Para minimizar estes riscos, foi realizada apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Foi respeitado a disponibilidade de tempo dos participantes e os mesmos ficaram à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não foi revelada. As informações coletadas foram utilizadas exclusivamente com finalidade científica.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados deste estudo, para um planejamento de ações que contemplem intervenções de modo positivo na saúde e na qualidade da atenção ao pré-natal e nascimento.

Também permitirá a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática educativa, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, a saúde pública e a sociedade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Manuscrito

Formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na Implementação da Rede
Cegonha (a ser submetido na Revista Interface)

Training of family health strategy professionals in the implementation of Stork Network

Francisca das Chagas Gaspar Rocha

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: rochagaspar1@hotmail.com

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente Titular do
Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br

Rosimeire Ferreira dos Santos

Farmacêutica. Doutora. Docente do Departamento de Bioquímica e Farmacologia da
Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: rosimeiref@gmail.com

Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Nutricionista. Doutora. Docente da Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, Piauí,
Brasil. E-mail: mcmartins@uninovafapi.edu.br

Carmen Viana Ramos

Nutricionista. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Nutricionista da Maternidade Dona Evangelina Rosa da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br

Autor responsável: Francisca das Chagas Gaspar Rocha

Endereço: Rua do Aririzal, Edifício Valencia II, Apto 203, Bloco 07, Bairro: Choama CEP:65073670, São Luís, Maranhão, Brasil. Tel: (98) 98118-3044.

E-mail: rochagaspar1@hotmail.com

Francisca das Chagas Gaspar Rocha e Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida: trabalharam na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Rosimeire Ferreira dos Santos, Maria do Carmo de Carvalho e Martins e Carmen Viana Ramos: trabalharam na interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

RESUMO

Objetivo: Descrever a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha, em São Luís/MA. **Métodos:** estudo descritivo, exploratório qualitativo, realizado com 57 profissionais de saúde no período de setembro a outubro de 2015. Realizaram-se entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, que foram analisados pelo método do Discurso do sujeito Coletivo, emergindo ideias centrais do material verbal dos depoimentos individuais. **Resultados:** Apresentados em três ideias centrais para cada uma das três questões semiestruturadas: da primeira questão, identificaram-se: atribuições técnicas, a importância das funções/atribuições, a identificação de uma nova política; da

segunda questão. Foram elencadas: lacunas na capacitação técnica, a importância desta e interferência do perfil profissional e, na terceira questão emergiram as ideias centrais: identificação de lacunas no serviço, diálogo do serviço com a gestão e a comunidade e identificação das singularidades dos atores envolvidos. **Conclusões:** As ações de educação em saúde, no acompanhamento pré-natal, promovem o diálogo do serviço com a gestão e a comunidade, oferecendo possibilidades para o encontro dos nós críticos da assistência ao pré-natal, a fim de minimizar lacunas na capacitação técnica e educação continuada, favorecendo as ações da Rede Cegonha e contribuindo para diminuição da morbimortalidade materna e neonatal.

Palavras-chave: Profissional da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To describe the training of health professionals working in the Family Health Strategy, the implementation of Stork Network in São Luis / MA. Methods: A descriptive study, exploratory qualitative, conducted with 57 health professionals from September to October 2015. There were interviews using a semi-structured, which were analyzed by the subject Collective Discourse method, emerging central ideas, verbal material of the individual statements. Results: Presented in three main ideas for each of the three semi-structured questions: First question, were identified: technical tasks, the importance of the functions / tasks, the identification of a new policy; the second question, were listed: gap in technical training, the importance of technical training and participation of the professional profile; and the third question, emerged the central ideas: identifying gaps in service, the service dialogue with management and the community and identifying the singularities of the actors involved. Conclusions: Health education actions in prenatal care, promote the service dialogue with management and the community, and makes it possible to find the critical nodes of care to

prenatal care in order to minimize gaps in technical training and education continued, favoring network's actions Stork and contributing to reducing maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Health Professional Health Strategy.. Prenatal care.

Introdução

O acompanhamento da mulher durante o período da gestação tem sido foco de atenção em saúde no Brasil e no mundo. As altas taxas de mortalidade fetal e maternal relacionadas ao parto e as intercorrências durante o período gestacional tornaram-se uma preocupação cada vez mais presente na formulação das políticas em saúde materno-infantil, com o intuito de garantir desfechos positivos desde a gestação, parto e puerpério.

No Brasil, as políticas de saúde voltadas para a mulher, durante muito tempo, a consideravam um binômio indissociável, mãe-filho, e, portanto seguiam o modelo político da época e a forma de gestão em saúde vigente. Com a reforma sanitária, no final da década de 70, a promulgação de uma nova constituição, na década de 80, e a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a mulher passou a ser priorizada como um indivíduo com necessidades mais abrangentes e que perpassavam o período gestacional, não deixando esse de ser priorizado também.

O PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) foi uma estratégia criada em 1983 e implantada em 1984 pelo Ministério da Saúde para melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher. As diretrizes do programa previam a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, com enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção (contextos social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva). Outra meta importante do projeto era a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres¹.

No ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Um dos principais objetivos dessa iniciativa foi assegurar acesso, melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal oferecido. Em 2011, foi lançada uma nova política de atenção ao pré-natal, parto e nascimento: “a Rede Cegonha”, que visa otimizar as ações de humanização e diminuir a morbimortalidade materno-infantil².

Há aproximadamente três décadas da implantação das políticas de saúde da mulher, diferentes estudos mostram que a abrangência de cobertura do pré-natal, ainda está muito aquém do desejado. Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país aos programas de humanização do pré-natal e da Rede Cegonha; quanto ao cumprimento das metas, porém, há ainda muito a ser alcançado. De uma maneira geral, em todo o Brasil ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com grandes variações por região¹.

Frente a essa problemática de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), como estratégia de reorganização da saúde no Brasil, redefinindo a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, trabalha em uma perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada³.

Dessa forma, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o MS visa por meio da educação e mobilização social, melhorar as ações de acompanhamento do pré-natal e nascimento, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde⁴.

Segundo Costa⁵, em seu trabalho de avaliação da cobertura pré-natal no Estado do Maranhão, com abordagem de um conglomerado de trinta municípios, as unidades de Saúde da Família foram responsáveis por 45,9% dos atendimentos de gestantes. Cerca de 46,8% realizaram seis ou mais consultas durante a última gravidez e 64,6% iniciaram as consultas no primeiro trimestre. A cobertura do pré-natal foi de 85,6%; no entanto a cobertura adequada

atingiu apenas 43,4%. Os resultados sugerem que a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN), no ano de 2000, no Maranhão, juntamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), trouxe como consequência positiva o aumento prévio na sua marcação de consulta pré-natal, entretanto seu início precoce continua um desafio no modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

De acordo com a PNAB (Política Nacional da Atenção Básica)2012, a consolidação e aprimoramento da atenção básica, requerem um saber e fazer em educação permanente, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, gestão da mudança e estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Nesse sentido a educação permanente, além de sua função pedagógica, exerce um grande potencial provador de mudanças no cotidiano dos serviços⁶.

Faz parte do componente pré-natal da Rede Cegonha, a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e saúde reprodutiva⁷. Portanto a educação continuada do profissional de saúde favorece a identificação de nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde⁸.

Nessa perspectiva, foi identificada uma lacuna na literatura acerca do conhecimento científico produzido sobre a formação dos profissionais de saúde, sobretudo da Estratégia Saúde da Família, na implementação da Rede Cegonha. Dessa forma, esse estudo se faz necessário, pois permitirá, a partir dos resultados obtidos, um conhecimento mais sistematizado sobre as ações desenvolvidas na ESF de São Luís, Maranhão, na atenção à Rede Cegonha. Esta pesquisa poderá possibilitar também o conhecimento dos possíveis entraves e formas de organização das

equipes da ESF, possibilitando a elaboração de um protocolo de ações do pré-natal e nascimento para a atenção básica do município. Dessa forma, o estudo objetivou analisar a formação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa, selecionada em decorrência da natureza do objeto focalizado, qual seja: os processos simbólicos de formação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha. Cabe ainda assinalar as aproximações desse estudo no âmbito da avaliação qualitativa de ensino e práticas acadêmicas de saúde.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado na cidade de São Luís, em outubro de 1994, com 10 equipes, correspondendo a uma cobertura de 4,3% da população estimada. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), funciona com 110 equipes, totalizando 36,5% de cobertura.

As ESFs de São Luís, estão inseridas em 7 distritos sanitários de saúde e cadastradas em 47 Unidades Básicas. A segunda maior cobertura do município, 50,3%, encontra-se no distrito Tirirical, com 37 ESFs, cadastradas em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O cenário desta investigação se configurou nas 14 UBSs do referido distrito por apresentar duas características: ser uma das zonas mais carentes de São Luís e por existir vínculo profissional com a pesquisadora. Destaca-se que esta pesquisa está inserida na linha de atuação “Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família”, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil.

Para obtenção do material empírico, foram realizadas entrevistas orientadas por meio de um roteiro com questões subjetivas, nos meses de setembro a outubro de 2015. Ressalta-se que os participantes dessa pesquisa foram selecionados não por representatividade estatística, mas pelo acúmulo subjetivo, ou seja, pelas vivências acumuladas durante o exercício como profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Participaram 57 profissionais de saúde mediante o convite realizado durante visita às Unidades Básicas. Foi adotado o seguinte critério de inclusão: ser um profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família que desenvolvesse atividades há pelo menos um ano com gestantes, por se acreditar que a maior trajetória da vivência profissional possibilita informações relevantes a respeito do objeto do estudo. Como critérios de exclusão, foram utilizados: ser estagiário ou ser um profissional de saúde desenvolvendo atividades voluntárias, estar de licença para tratamento de saúde, afastamento ou férias durante o período da coleta dos dados.

A análise dos resultados foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A técnica do DSC consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as expressões-chave (E-CH), que são trechos mais significativos destas respostas. As E-CH, correspondem ideias centrais (IC), que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas E-CH. Com o material das E-CH das IC constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSC, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como um discurso individual⁹.

As entrevistas foram baseadas nas seguintes questões norteadoras: 1. Fale sobre as atribuições e competências da sua formação técnica na atenção às ações da Rede Cegonha; 2. Discorra sobre os aspectos da sua formação, que contribuem ou interferem na prática profissional, relacionada à Rede Cegonha; e, 3. Qual a sua opinião sobre a importância da atuação dos profissionais na prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família, junto às ações da Rede Cegonha?

A inclusão dos participantes nesse estudo foi realizada obedecendo ao que preceitua as recomendações ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e métodos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa recebeu parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAP, atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) nº 48296715.1.0000.5210 e Parecer nº 1.415.844/2015, em 30 de agosto de 2015.

Resultados e Discussão

Considerando o objetivo e os métodos propostos neste estudo, os resultados do DSC foram apresentados em três questões. Da análise empreendida, cada questão foi seguida com as respectivas ideias centrais, sequenciadas pelos trechos selecionados do material verbal dos depoimentos individuais que melhor descreveram seu conteúdo e a discussão.

1 - Fale sobre as atribuições e competências da sua formação técnica na atenção as ações da Rede Cegonha

Nesta primeira questão, surgiram as seguintes ideias centrais (IC): IC-A - Atribuições técnicas; IC-B: A Importância das Funções/Atribuições e IC-C: A Identificação de uma Nova Política.

IC-A - Atribuições técnicas

“As minhas atribuições como agente comunitário de saúde é fazer uma busca ativa das mulheres grávidas, identificar as gestantes de risco, fazer o agendamento de consultas.”
(ACS, 04)

“Orientações na alimentação da mãe, evitando o uso exagerado de açúcar e orientação, também, quanto à higiene da boca do bebê, para evitar possíveis fungos.”
(Cirurgião Dentista, 16)

“Sobre as minhas competências, posso dizer que elas iniciam antes da mulher engravidar, pois é oferecido o teste rápido de gravidez, para a classificação da mesma.” (Enf, 28)

Observa-se que a formação acadêmica dos profissionais da ESF foi decisiva para que os mesmos se identifiquem, enquanto profissionais da saúde, com suas especificidades e potencialidades. Dominguez¹⁰ destaca que a Rede Cegonha assegura à gestante, o recém-nascido e a criança até o 2º ano de vida, um acompanhamento com ações de qualidade e que todas as informações sobre essas ações devem ser repassadas, pelos profissionais de saúde ao usuário, durante todo o seu acompanhamento.

Dessa forma, Souza et. al¹¹, reafirma as atribuições e importância dos atores inseridos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no acompanhamento pré-natal, ressaltando que, como integrante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro, por sua competência técnica, também deve garantir a cobertura, a qualidade da assistência e compreender o ser humano como um todo. Estas atribuições são esperadas de todos os profissionais da ESF, pois a formação acadêmica está inserida de aprendizado técnico científico, não deixando de salientar a importância de olhar o cliente de forma empática e sensível.

Corroborando a essa ideia, Anversa et. al¹², em seu estudo com abordagem quantitativa desenvolvido no sul do Brasil avaliou o processo da atenção ao pré-natal ofertado nas UBS tradicionais e unidades da ESF, reafirmando a importância da ESF no acompanhamento pré-natal, sendo considerado pelas gestantes, um serviço que ofereceu mais orientações e com avaliação favorável. Portanto é de suma importância, que os profissionais inseridos neste acompanhamento, estejam familiarizados com todas as suas competências e habilidades.

Neste sentido, é preciso reconhecer a importância da subjetividade e da afetividade, que devem ser inseridas nas atribuições e competências técnicas, e que na prática, são negligenciadas pela formação tradicional. O profissional que se quer formar depende da valorização do seu poder criativo e da abertura de espaços para o diálogo, para o pleno exercício do poder criativo¹³. Entretanto, as falas da ideia central demonstram uma citação mecânica de atribuições e competências, portanto é preciso reafirmar esses valores no espaço de trabalho, como fica expresso na ideia central das falas seguintes.

IC-B - Importância das Funções/Atribuições

“A primeira consulta da gestante com o enfermeiro permite a criação do vínculo de confiança, profissional-paciente.” (Enf., 03)

“A minha formação técnica como médica da família requer ver o paciente como um todo, de forma integral e contínua, assim como as ações da rede Cegonha.” (Med., 20)

“É muito importante a nossa parte, com relação ao acompanhamento da gestante, por que é a gente que entra em contato primeiro com ela.” (Téc. de Enf., 51)

Conforme observado nos discursos acima, a importância das atribuições está relacionada ao vínculo estabelecido entre o profissional e a gestante, a integralidade das ações e por serem os primeiros a entrarem em contato com a mesma no serviço. O reconhecimento da importância do cuidar favorece a relação entre os elementos desse processo, os aproxima dos princípios e diretrizes da ESF e da Rede Cegonha, oportunizando a melhoria da atenção, a discussão, resolução de problemas enfrentados e satisfação da clientela e dos profissionais.

Dessa forma, o processo de formação deve buscar a integralidade como estratégia fundamental para o resgate da dimensão cuidadora em saúde, apontando na direção da valorização da criação de espaços “agradáveis” de ensino/aprendizagem, portanto, algumas

mudanças são necessárias, mudanças essas que favoreçam a articulação entre os diversos atores no cenário da saúde, que permita a abertura para diálogo entre as diferentes disciplinas e com os usuários do sistema, condição primordial para a integralidade do cuidado¹⁴.

Em relação ao vínculo estabelecido entre profissional e a gestante, observa-se que se trata de uma diretriz diferencial da ESF, como evidencia Martins et. al¹⁵, ressaltando que o vínculo gera confiança, o que é de grande relevância para o trabalho em saúde. A mesma aproxima o usuário aos demais profissionais da equipe, para que possam intervir nos fatores agravantes à saúde do indivíduo.

Outra diretriz importante a ser mencionada é o acolhimento, citado pelos entrevistados como o primeiro contato com a gestante e que lhe proporcionará a garantia desse vínculo. Acolher na saúde significa a postura do trabalhador de saúde de se colocar no lugar do usuário para perceber suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto mais adequado do sistema de saúde. Trata-se de processo dinâmico e inacabado, o que faz necessárias a avaliação e reorientação permanentes¹⁶. A postura de acolher, abre espaço para a identificação de uma nova política de saúde, mais humanizada e contextualizada com a realidade do usuário.

IC-C - Identificação de uma Nova Política

“... o que posso dizer é que a Rede Cegonha é uma coisa nova que veio ajudar no acompanhamento pré-natal.” (ACS, 11)

“A Rede Cegonha constitui-se em uma intensificação das ações de saúde, com relação à mulher no pré-natal e cuidados intraparto e no puerpério, de modo a diminuir a mortalidade materna e neonatal.” (Enf., 13)

“A importância da Rede Cegonha, se dá à medida que veio a organizar as ações em rede, dando mais estrutura para as equipes acompanharem a saúde da mulher e da criança.”
(Med. 40).

Aliada a essa ideia, a Rede Cegonha foi identificada pelos profissionais, como uma proposta inovadora, organizadora das ações e relevante na estruturação das equipes, como fica evidente nas falas dos entrevistados. Pode-se afirmar que a ação dessa estratégia convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletirem e transformarem o modelo de atenção praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da “cena”, como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente¹⁷.

Desta maneira a Rede Cegonha procura operacionalizar as políticas já criadas, mas agora com um diferencial em relação às anteriores, que é a concretização da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. A política tem, portanto, como bases organizacionais, a regionalização e a integralidade, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

A fim de facilitar a aproximação o mais cedo possível do futuro profissional de saúde com a realidade, as IES (Instituições de Ensino) devem promover espaços de aprendizado, fora do âmbito acadêmico, com experiências extraclasse, incentivo às ações de extensão e pesquisas de campo, sempre que possível, pois assim irá desmistificar a real situação do campo de trabalho.

Alguns exemplos podem ser citados, como a experiência do Programa de Educação para o Trabalho para saúde (PET- saúde), observado em um estudo realizado por Silva, et al¹⁹; o resultado desse trabalho demonstrou que o PET Rede Cegonha, enquanto instrumento de integração ensino-serviço-comunidade, contribuiu para qualificação dos estudantes, bem como

dos profissionais da saúde envolvidos, daí a importância de oferecer ao discente e ao profissional essa vivência rica de conhecimentos e influenciadora de perfis.

2 - Discorra sobre os aspectos da sua formação, que interferem na prática profissional, relacionada à Rede Cegonha.

Na segunda questão, surgiram as seguintes ideias centrais (IC): IC-A - Lacuna na Capacitação Técnica; IC-B: A Importância da Capacitação Técnica e Interferência do Perfil Profissional e IC-C:

IC-A - Lacuna na Capacitação Técnica

“Acredito que existia uma grande falha nos currículos para aproximação das diversas graduações em saúde, mas isso está mudando.” (Cirurgião Dentista, 22)

“Pois é, acho que muita coisa atrapalha, quando a gente passa muito tempo sem fazer curso ou participar de treinamento da Secretaria. Agora estamos fazendo um curso de técnicos em agentes de saúde e isso é muito importante para a nossa classe.” (ACS,46)

Os discursos acima demonstram que a falha nos currículos e a deficiência na educação permanente, interferem significativamente na prática profissional, tornando-se uma lacuna presente no cotidiano do serviço e que necessita ser vencida pelos atores envolvidos no processo da atenção à Rede Cegonha.

Buscando superar o desafio de formar profissionais capazes de trabalhar em equipe e voltados para a integralidade da atenção à saúde, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), n.º 9.394/96, promulgada em 1996, abriu espaços para a flexibilização dos currículos de graduação e trouxe novas responsabilidades para as IES, assegurando autonomia didático-científica, elaboração de cursos, fixação de seus currículos e programas, além de adotar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que melhor atendessem ao perfil epidemiológico e social da comunidade²⁰.

No artigo terceiro das novas DCNs dos cursos de graduação em saúde, referente ao egresso formando, há consenso sobre a necessidade da formação profissional, humanista, generalista e crítica, entretanto, o nó crítico observado nesse item, é uma formação fragmentada e sem construção de relação com outras áreas de conhecimento. O artigo quinto, das diretrizes estabelece que os currículos devam contemplar as necessidades da saúde com ênfase no SUS, entretanto observa-se o despreparo dos recém-formados para atuarem na complexidade do sistema de saúde, gerando outro nó crítico²¹.

Não se pretende deixar de mencionar, que a equipe multidisciplinar abrange, também, o profissional de ensino técnico e outros ainda em formação, como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e que, portanto devem ser contemplados pelo artigo 1º da LDBEN, que determina: *“... que os processos formativos se desenvolvem na vida familiar, nas instituições de ensino, pesquisa e nas manifestações culturais”*; e na resolução de 1998, onde define que a função maior da escola é preparar os estudantes para uma vida cidadã, expressando, também, as questões relacionadas com a Saúde²². Portanto, a priorização da capacitação técnica, principalmente na educação continuada, deve ser uma diretriz que não pode ser esquecida pela atenção básica.

IC-B - A Importância da Capacitação Técnica

“Quando iniciei meu trabalho na ESF, fiz um treinamento introdutório e à medida que os trabalhos avançaram, fomos sendo capacitados continuamente pela SEMUS, porém acredito que essas capacitações ainda precisam ser intensificadas. ” (Enf., 29)

“Minha formação médica foi baseada na inserção do aluno na comunidade, essa nova visão da academia me possibilitou uma aproximação com a realidade, que futuramente eu teria como campo de trabalho.” (Med. 39).

“Meu curso técnico fez muita diferença na hora de trabalhar na estratégia, e quando cheguei para trabalhar fizemos o introdutório, que nos preparou para atuar na área.” (Tec. de Enf.51)

A IC B relaciona-se à importância da capacitação técnica dos profissionais da ESF. Com esse objetivo, em 1997, foram criados pelo projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) os pólos de capacitação de recursos humanos em saúde da família e, posteriormente, cursos de especialização e residência em saúde da família. Essas iniciativas foram concebidas para dar suporte teórico-prático aos profissionais inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém-egressos, formação mais voltada para as necessidades da ESF²³.

Ainda em relação à importância da formação desses recursos humanos, a inserção do aluno na comunidade é uma experiência que pode influenciar positivamente no futuro campo de trabalho, como observado no estudo de Canônico e Brêtas²⁴, que teve o objetivo de conhecer o significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) para a formação do acadêmico da saúde. O referido estudo, concluiu que a vivência na comunidade, na forma de estágios, contribui para a formação política dos futuros profissionais e possibilita a inserção interdisciplinar e interprofissional na formação.

Ainda, corroborando essa ideia, Fiúza²⁵ em seu trabalho que objetivou caracterizar as necessidades educacionais em saúde percebidas e representadas pelos profissionais de nível superior que atuam na ESF do município de Fortaleza/CE, afirma que, quanto ao desejo de realização de modalidades de pós-graduação relacionadas à área, são necessidades manifestadas por significativa parte dos profissionais. Por outro lado, os mesmos assinalaram a necessidade de cursos de educação permanente, em momentos pontuais.

A educação permanente vem a contribuir na melhoria do serviço, pois ela é embasada na realidade local, que facilitam a reflexão sobre as práticas de saúde apreendidas, levando em

consideração a mudança do perfil epidemiológico, a organização do serviço e a consciência sanitária e ecológica dos profissionais e cidadãos²⁵, contribuindo assim, para uma formação de um perfil profissional diferenciado.

IC-C - Interferência do Perfil Profissional

“Nosso trabalho é bem articulado e só tenho elogios à minha formação acadêmica, outra coisa que favoreceu, é que venho de uma turma que iniciou a ESF em São Luís.” (Enf.,35)

“Durante meu curso técnico, recebi uma formação que me embasou para o cuidado integral e humanizado e as intervenções precoces, para que haja um bom resultado, evitando agravos à saúde.” (Tec de Enf.27)

“É esperado um perfil diferente do profissional da atenção básica, partindo disso não seria diferente que o mesmo identifique falhas na sua formação, que podem ser minimizadas com a aproximação das atividades de trabalho ao longo dos anos.” (Cirurgião Dentista, 55)

Os profissionais se identificam com um olhar crítico em relação à sua prática, interessados, articulados, questionadores e com necessidade de buscar uma melhor formação técnica. Corroborando com este pensamento, Gonçalves²³, afirma que os recursos humanos na atenção primária são elementos essenciais para as RAS (Redes de Atenção à Saúde), atuando como protagonistas nos sistemas de governança em prol da comunidade, entretanto o fator desestimulante para o trabalho é a alta rotatividade dos mesmos, devido à falta de vínculo empregatício. Essa falha prejudica a longitudinalidade e a continuidade da atenção primária, além de exigir que mais recursos públicos sejam gastos na preparação e capacitação de profissionais.

Com intuito de corrigir essa lacuna na formação profissional, as primeiras discussões sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil, que ocorreram entre as décadas de 70 e 80, resultaram na confecção do material propositivo da Norma Operacional Básica de

Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), proposta em 1996, estabelecendo o comprometimento dos gestores e fixando o modelo de educação permanente em saúde, baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS ²⁶.

Outro ponto importante a mencionar, é a formação acadêmica baseada na problematização. Os entrevistados consideraram que o profissional da saúde seria uma pessoa com olhar diferenciado e crítico sobre sua prática; afirmativa que encontra embasamento em Kruschewsky²⁷, o qual considera a pedagogia problematizadora capaz de promover a valorização do saber do educando e que o instrumentaliza para transformação de sua realidade, possibilitando a efetivação do direito da clientela às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo.

Ainda segundo Kruschewsky²⁷, a política da Atenção Básica preconiza esta prática, encontrando embasamento nas teorias do educador Paulo Freire. O mesmo atuava conhecendo a realidade dos sujeitos e conjuntamente com eles visualizava as possibilidades de transformações, criando ou ampliando horizontes de trabalho. Segundo o autor, a concepção dialógica de Freire pode ampliar as fronteiras de atuação da Saúde da família, com maior resolutividade das ações e melhor impacto dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

No Brasil, as ações de políticas públicas voltadas para a mulher, começaram a se modificar na década de oitenta, junto com as mudanças políticas do país, e hoje se tem um novo olhar para esse grupo. Em virtude deste cenário, o Ministério da Saúde iniciou em 2011 a implantação da Rede Materno-Infantil – Rede Cegonha como estratégia dentro da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, que dentre várias diretrizes, estabelece na atenção básica as ações de educação em saúde, capazes de estimular e preparar a gestante para o parto normal e ampliar o conhecimento sobre o direito reprodutivo ²⁸.

3 - Qual a sua opinião sobre a importância da atuação dos profissionais na prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família, junto às ações da Rede Cegonha?

Já na terceira questão surgiram as seguintes ideias centrais (IC): IC-A - Identificação de Lacunas no Serviço, IC-B - Diálogo do Serviço com a Gestão e a Comunidade e IC-C - Identificação das Singularidades dos Atores Envolvidos.

IC-A - Identificação de Lacunas no Serviço

“... deveria também ter mais profissionais capacitados na Unidade de Saúde, que assim facilitaria o nosso desempenho, pois mandaríamos os pacientes com certeza que seriam atendidos.” (ACS.,01)

“Seria de grande importância se fossemos treinados, habilitados, para podermos ajudá-las..., outra coisa também, é a falta de estrutura física para os casos que precisam ser encaminhados.” (Tec. de Enf.,14)

“... é preciso investimento na parte educativa do profissional, seja ele nível médio ou graduado. É preciso exercer os princípios da educação profissional.” (Med.,58)

A identificação de profissionais com pouca preparação educativa, a falha na estrutura do serviço e o pouco investimento na capacitação técnica dos profissionais é vista com preocupação pelos entrevistados. Entretanto, muito se tem visto em relação às mudanças nas políticas de saúde, em investimento de educação permanente e continuada, como: VER-SUS (Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), MAIS MÉDICOS, a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e pós-graduações oferecidas pelo próprio Ministério da Saúde. Então, se questiona se esse grupo realmente está sendo contemplado com essas ações.

Lima²⁹, em seu artigo sobre a assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca, observou que apesar das melhorias após a implantação desse programa e

também com a Rede Cegonha, os desafios vivenciados pelos profissionais de saúde, relacionados ao processo de trabalho no hospital, dificultam o estabelecimento de uma assistência individualizada e o alcance das metas colocadas pelas políticas públicas de saúde. Portanto, apesar das melhorias propostas pelo arcabouço legal das políticas públicas em saúde voltadas para a mulher, ainda há necessidade de discussões para o cumprimento desses direitos.

Segundo Carneiro³⁰, historicamente as RAS, instituídas pelo decreto presidencial 7.508/2011, têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos. Ainda segundo o autor, nas RAS a concepção de hierarquia do sistema, é substituída por poliarquia e a mesma é coordenada pela atenção primária à saúde. Portanto, a atenção à saúde da mulher e da criança de zero a 24 meses, está contemplada em uma dessas redes de atenção, denominada Rede Cegonha, com o intuito de dirimir problemas estruturais, de assistência e capacitação técnica.

Torna-se necessário que os profissionais se apropriem das mudanças nas políticas públicas que englobam seu campo de atuação, deixando de lado os discursos vazios, sem contextualização com a real situação da sua comunidade; certo que a Rede Cegonha é uma política relativamente nova e que ainda precisa de ajustes a cada realidade, mas é preciso conhecer se houve ou não modificações na realidade epidemiológica e social da população assistida, a fim de se fazer comparações válidas.

IC-B - Diálogo do Serviço com a Gestão e a Comunidade

“... seria necessário maior envolvimento dos profissionais, não só enfermeiros e técnicos, mas médicos, secretários, prefeitos verdadeiramente comprometidos em preparar os profissionais e por tabela a população.” (Tec. de Enf.02)

“Trabalhar a parte educativa, é muito prazeroso, quando você está aberto para isso e vejo que as parcerias que encontramos, como: associações, grupos ou organizações da comunidade, são excelentes espaços, desde que bem trabalhados” (Enf.,34)

“A atuação dos profissionais da ESF, necessita de sensibilização e capacitação, na possibilidade de momentos abertos a discussões e reflexões, que venham reverter em nossos conhecimentos saberes, capazes de transformar todo um cenário, com práticas de saúde e organização dos serviços, articulando as esferas de governo.” (Cirurgiã Dentista,57)

As falas dos entrevistados referem-se à importância do comprometimento de todos, para o êxito do processo educativo; salienta-se ainda que a parceria com comunidade e todas as esferas de governo, contribuem significativamente para a atuação junto às ações educativas da ESF na Rede Cegonha. Esse reconhecimento dos profissionais revela que os mesmos estão inseridos no processo, de forma atuante e questionadora, fazendo com que melhorias sejam buscadas à medida que se fazem necessárias, portanto, demonstram uma postura atuante do perfil que se quer atingir nas ações de saúde.

O diálogo do serviço com a gestão e a comunidade, é uma etapa muito almejada, entretanto nem sempre fácil de ser alcançada; de acordo com Anversa ¹², a estratégia do trabalho educativo no pré-natal permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhida, escuta, vínculo, compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os profissionais e a usuária pode ajudar a diminuir o constrangimento e os temores que as gestantes possam apresentar, devendo-se esclarecer sobre todos os procedimentos que serão realizados e diminuir a resistência que a mesma possa ter durante seu acompanhamento no pré-natal.

No processo educativo desse acompanhamento as tecnologias devem ser levadas em conta, pois não é só a capacitação técnica que assegura a promoção da saúde; portanto é

necessário que os profissionais se sintam motivados a rever suas condutas e seus métodos de trabalho. O que também deve ser priorizada é a relação do processo educativo com os princípios da ESF, como: caráter substitutivo, atuação no território, planejamento e programação, integração com instituições e organizações sociais e construção da cidadania, objetivando contextualizar a conduta profissional e facilitar as relações de trabalho.

Para Souza¹¹, esses princípios vêm a reorganizar as práticas de saúde, tendo a família e a comunidade, como campo de ações de prevenção, promoção, cura, reabilitação e humanizando as práticas de saúde, por identificar e intervir nos fatores de risco que a comunidade está exposta. Destaca-se a importância da interação entre os profissionais, gestão e comunidade, para que compreendam seu papel psicossocial e espiritual, buscando interpretar a realidade vivida individual e coletivamente.

IC-C - Identificação das Singularidades dos Atores Envolvidos

“É muito importante para as mulheres, por que não é só consulta que elas fazem, a gente tem grupos de gestantes na igreja e na unidade e quando a enfermeira ou a dentista vai lá, tira muitas dúvidas.” (ACS,11)

“... é preciso identificar se essas práticas podem ser realizadas, com a cooperação de toda a equipe, inclusive a contribuição das gestões locais e regionais...” (Cirurgião Dentista.,16)

“A Estratégia Saúde da Família acolhe a gestante, tem todo o cuidado para que os pré-natais ocorram bem, que não ocorra morte materna e que seja um pré-natal bem assistido. E o enfermeiro, o médico, o dentista e ACS trabalham juntos para que essa saúde aconteça.” (Enf.,18)

É importante ressaltar a contribuição das partes envolvidas no processo educativo, com suas singularidades. Esta observação registrada, pelos entrevistados demonstra que o

trabalho multidisciplinar respeita os espaços e os saberes trabalhados na assistência à gestante. Se o que se pretende é a participação do usuário na tomada de decisão, esforços conjuntos de toda a equipe e gestores serão necessários, inseridos em clima de troca de informações e de compromisso entre os envolvidos¹⁶.

Corroborando a essa visão, Souza¹¹ afirma que, na Estratégia de Saúde da Família a assistência deve atender ao princípio da integralidade por também praticar ações que visam à promoção da saúde e desta forma a habilidade em educação deve ser inerente a todos os profissionais que nela atuam.

Esse alcance também deve levar em consideração as competências dos trabalhadores em saúde e o grau de interação dos mesmos, logo é necessário oportunizar experiências integradoras e interdisciplinares, resultando em um campo de conhecimentos e práticas, voltado ao atendimento das necessidades e demandas da saúde.

Não menos importante também, é o acolhimento direcionado à gestante, que consiste em receber de forma humanizada essa mulher e conduzir ações resolutivas. Para Lima¹⁶, a relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado nas indagações feitas, nas orientações oferecidas e na resolubilidade das condutas adotadas.

Torne-se cada vez mais importante formar profissionais com perfil voltado para a integralidade das ações, sensível à condição do outro e que entenda o acolhimento como inclusão do usuário e não como uma forma de triagem ou mais uma atribuição imposta pelo serviço. Só assim haverá a possibilidade de capacitar os profissionais e gestores para a construção de um novo modelo assistencial, promotor de sujeitos conscientes de seus deveres e direitos.

Considerações Finais

O estudo evidenciou que os profissionais de saúde se apropriam de suas atribuições e competências, não deixando de salientar a importância de olhar o cliente de forma empática e sensível. Essa visão crítica da sua prática possibilita ao mesmo buscar a melhoria na implementação das ações da Rede Cegonha. Esta política é entendida pelo grupo de estudo, como uma proposta inovadora, organizadora das ações e relevante na estruturação das equipes, o que denota o reconhecimento desse profissional por uma nova política pública, com seus princípios de diretrizes. Para tanto, é esperado um perfil profissional condizente com seu campo de atuação.

Entretanto, também é preciso instrumentalizar o profissional e conhecer suas competências e habilidades. Para isso, se faz necessário rever as práticas acadêmicas que o mesmo experimentou. Segundo os entrevistados ainda há muito que melhorar, pois apesar das recentes mudanças curriculares, a pedagogia problematizadora ainda não se faz presente em todos os cenários e o oferecimento da educação permanente ainda está aquém do desejado.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma reflexão sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde na implementação da Rede Cegonha, especialmente na Estratégia Saúde da Família, e colabore para o desempenho dos mesmos, de modo que a sociedade possa ser beneficiada com uma assistência de melhor qualidade.

Tendo em vista a abordagem qualitativa selecionada, esta investigação apresenta algumas limitações, como o desenvolvimento da coleta dos dados em uma única realidade específica. Recomenda-se que esse desenho de estudo seja reproduzido em outras regiões brasileiras e países com culturas diferentes, a fim de ampliar a compreensão da formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha. Além disso, menciona-se o fato das entrevistas terem sido realizadas no próprio ambiente profissional dos participantes ao final do expediente de trabalho, o que pode ter proporcionado desconforto para

que os profissionais pudessem expressar suas vivências e ideias após um dia contínuo e cansativo nas unidades básicas coletadas.

Também é válido salientar como um fator limitante desse trabalho o pouco tempo decorrido desde a implementação da Rede Cegonha no Brasil e no município de São Luís, quando comparada a outras políticas voltadas para a mulher pois ainda não existem estudos sobre seu impacto na saúde da mulher e da criança e talvez esta política ainda passe por aprimoramento, de acordo com as necessidades que se apresentarem diante de suas ações.

REFERÊNCIAS

1. ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática [Cad. Saúde Pública]. [periódico online]. Rio de Janeiro. 2011[acesso em:04 jun.2014]. 27(6):1053-1064. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>.>
2. CÉSAR, J.A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil [Cad. Saúde Pública] [periódico online] Rio Grande do Sul.2012[Acesso em: 02 dez.2015]. 28(11):2106-2114. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100010>
3. COSTA, E.M.A.; et al. Saúde da Família-Uma Abordagem Multidisciplinar.[Ed Rubio]. [periódico online] Rio de Janeiro. 2009[Acesso em: 01 jan. de 2016].2ed..p12.Disponível em < <http://pt.slideshare.net/institutoconscienciago/sade-da-familia-limites-e-possibilidades-para-uma-abordagem-integral-de-ateno-primria-sade-no-brasil>>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria 2048, de 03 de setembro de 2009:Regulamento do Sistema Único de Saúde[periódico online]. Brasília (DF), 2009.[Acesso em: 01 jan. de 2016].Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html>
5. COSTA, G.R.C.; et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão. [periódico online]. Brasil.[Rev Bras Enferm]. Brasília 2010 [acesso em: 25 ago. 2015]. nov-dez; 63(6): 1005-9.Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf>.>
- 6.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.[Cadernos de Atenção Básica]. nº 32. 318 p. Editora do Ministério da Saúde. [periódico online] 2012.[Acesso em 01 de mai. de 2016].Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011. [periódico online]. [Acesso em 01 de mai. de 2016]. Disponível em <
www.saude.gov.br/redecegonha>

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde. [periódico online] 2012.[Acesso em 01 de mai. de 2016]. Disponível em <
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

9. LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti; CRESTANA, Maria Fazanelli, CORNETTA, Vitória Kedy. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”. São Paulo . [periódico online]. 2002. Saúde e Sociedade. São Paulo.[Acesso em 01 de marc. de 2016].v. 12, n. 2, p. 68-75, jul-dez. 2003.Disponível em<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200007>

- 10.DOMINGUEZ, Bruno. Rede Cegonha: Desafio de um Novo Modelo de Atenção. [RADIS]. [periódico online]2012 [acesso em: 01marc 2016]. Disponível em<
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/rede-cegonha-desafio-de-um-novo-modelo-de-atencao>>

11. SOUZA, Marilucia A. S. de, et al. A importância do enfermeiro da estratégia saúde da família para a redução da morbimortalidade materna. LSP. [Revista Científica Interdisciplinar]. [periódico online]2014 [acesso em: 01 marc. 2016].nº 1, volume 1, artigo nº 4, Julho/Setembro. Disponível em< [file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/14-42-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/14-42-1-PB%20(1).pdf)>

- 12.ANVERSA, Elenir T. R.et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. [Cad. Saúde Pública]. [periódico online].2012[acesso em: 01 marc. 2016] 28(4):789-800, abr, Rio de Janeiro,. Disponível em<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018>

13. BATISTA, K. B. C. et al. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado.[Saúde Soc]. [periódico online].2011[acesso em:01 marc 2016]. v.20, n.4, p.884-899 São Paulo. Disponível em< <file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/29725-34533-1-PB.pdf> >

- 14.OLIVEIRA, C.O.; BALARD, C. R. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva.[Sau. & Transf. Soc].2013[Acesso em: 20 dez 2015]. v. 4, n. 1, p. 69-72 Florianópolis .Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753012.pdf>>

- 15.MARTINS, J.S. et al. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. [Revista Enfermagem Integrada]. [periódico online].2008[acesso em: 20 dez 2015]. V.1-N.1- Nov./Dez. Ipatinga: Unileste-MG- .Disponível em<
http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta_martins_junior_garcia_e_a_passos.pdf >. Acesso em 01 de marc. de 2016.

- 16.LIMA, C. de A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista.[Rev. Bioét]. [periódico online].2014.[acesso em: 20 dez 2015]. 22 (1): 152-60, Montes Claros/MG. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>> Acesso em 01 de marc. de 2016.
- 17.CAVALCANTI, P.C.S. et al Um modelo lógico da Rede Cegonha.[Revista de Saúde Coletiva]2013.[acesso em 27 dez 2015]. 23 [4]: 1297-1316. Rio de Janeiro. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014> Acesso em 01 de fev. de 2016.
- 18.FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. de G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha.[Ciência & Saúde Coletiva]. [periódico online]. 2014.[acesso em:20 dez 2015].19(11):4457-4466,.Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104457&script=sci_arttext>
- 19.SILVA, M. L., et al. Atuação do PET-Rede Cegonha na Unidade de Saúde da Família Timbó I / 2012-2013:Relato de Experiência.[Revista Brasileira de Ciências da Saúde]. [periódico online]. 2014[acesso em: 20 dez 2015] 18(142 Sup.2):141-146.Disponível em< <file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/21242-42545-1-PB.pdf> >
- 20.FERNANDES. J, D,; REBOUÇAS. L, C,. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios.[Rev Bras Enferm]. [periódico online]. 2013[acesso em 22 dez 2015] ;66(esp):95-101.Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700013&script=sci_arttext>
- 21.ROSSONI. E, ;LAMPERT. J, . Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares.[Boletim da Saúde]. [periódico online]. 2004[Acesso em: 21 dez 20015] . Volume 18. Número 1.Jan./Jun. Porto Alegre. Disponível em< file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/20140521092044v18n1_09formacaoprof.pdf >
22. VENTURI. T, Análise da Educação em Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais a partir de uma nova perspectiva. Educação em saúde e Educação em Ciências. [Anais do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – IX ENPEC]. [periódico online]. 2013[acesso em: 21 dez 2015]. 10 a 14 de Novembro. Águas de Lindóia, SP Disponível em< <http://www.nutes.ufjf.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R0051-1.pdf>>
- 23.GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. [Saúde Debate]. [periódico online]. 2014 [acesso em:22 dez 2015]. V. 38, n. 100, p. 26-34, jan-mar. Rio de Janeiro. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0026.pdf> >
24. CANÔNICO, R. P; BRÊTAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. [Acta Paul Enferm]. [periódico online].2008[acesso em:22 dez 2015]. 21(2): 256-61. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a04v21n2.pdf>>
25. FIÚZA, M. T. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). [Rev bras med fam comunidade]. [periódico online]. 2012[acesso em:20 dez 2015]. 7(24): 139-46.

Florianópolis, Jul.-Set Disponível em<

<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/186/500>>

26. FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. [Sau. & Transf. Soc]. [periódico online]. 2012. [Acesso em 26 dez 2015] v. 3, n. 2, p. 113-128, Florianópolis. Disponível em<
<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670016.pdf>>

27.KRUSCHEWSKY, J.E. et al. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora.[Rev.Saúde.Com]. [periódico online]. 2008[Acesso em: 26 dez 2015] 4(2): 160-160. Disponível em<
<http://www.uesb.br/revista/rsc/v4/v4n2a07.pdf> >

28. PIO D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal.[Saúde Soc. São Paulo] [periódico online]. 2014[acesso em:26 dez 2015] v.23, n.1, p.313-324,.Disponível em<
<file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/84869-118966-1-PB.pdf>.>

29. LIMA, A.E.F. et al. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem.[Rev Rene]. [periódico online]. 2015[acesso em:26 dez 2015] set-out; 16(5):631-8.Disponível em< <file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/1994-18099-1-PB.pdf>.>

30. CARNEIRO, M.G.D. et al. Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do Ceará.[S A N A R E]. [periódico online].2014.[Acesso em: 27 dez 2015]. V.13, n.2, p.42-49, jun./dez Sobral. Disponível em<
<file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/572-1238-1-SM.pdf>.>

4.2 Produto - Protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES PRÁTICAS PARA OS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE, NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

Equipe Executora:

Profa.Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos. (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Maria do Carmo de carvalho e Martins (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Francisca das Chagas Gaspar Rocha
Mestranda em Saúde da Família

FICHA CATALOGRÁFICA

R672p Rocha, Francisca das Chagas Gaspar.

Protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde, na implementação da rede cegonha / Francisca das Chagas Gaspar Rocha.
– Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida:
UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

46. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Profissional da Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Cuidado Pré-natal. I. Título. II. Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim.

CDD 610.132

APRESENTAÇÃO

A Rede Cegonha instituída pela portaria ministerial, nº 1459 de 24/06/2011, é uma política que visa assegurar o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011). Para tanto, essas ações devem ser iniciadas por uma das portas de acesso das redes de saúde, que é a atenção básica e que no município de São Luís/MA está estruturado em sete distritos sanitários de saúde.

A portaria MS/GM nº 2488, de outubro de 2011, define a Atenção Básica como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (ELIZABETE, 2013).

Considerando a necessidade de garantir o acesso às ações do pré-natal e objetivando uma atenção de qualidade e humanizada para a saúde materna e neonatal, foi elaborado pela equipe executora, acima citada, um protocolo de orientações práticas para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, nas ações da implementação da Rede Cegonha em São Luís/MA.

SUMÁRIO

1.	Assistência ao Pré-Natal de Risco Habitual	6
1.1	Consulta Pré-Concepcional	6
2.	Assistência Pré-Natal	6
2.1	Competências da Unidade Básica	7
2.2	Organização dos Serviços de Saúde e Planejamento das Ações	7
2.3	10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:	8
2.4	Acolhimento	8
2.5	Condições Básicas para Assistência Pré-Natal	9
2.6	Competências dos Profissionais da Atenção Básica no Pré-Natal	10
2.6.1	Agente Comunitário de Saúde	10
2.6.2	Técnico em Enfermagem	11
2.6.3	Enfermeiro	12
2.6.4	Médico	12
2.6.5	Cirurgião Dentista	13
3	Diagnóstico da Gravidez	14
4	Calendário de Consultas	15
4.1	Primeira Consulta	16
4.2	Consultas Subsequentes	19
4.3	Consulta Odontológica da Gestante	20
5	Condutas Diante dos Resultados dos Exames Complementares de Rotina	21
6	Queixas Clínicas Obstétricas mais Frequentes	25
7	Intercorrências Clínicas Obstétricas	27
7.1	Fatores de Risco para Diabetes Gestacional	27
7.2	Síndromes Hipertensivas na Gestação	28
7.2.1	Urgência Hipertensiva	30
7.3	Infecção do Trato Urinário na Gestação	30
7.4	Clamídia e Gonorreia na Gestação	30
7.5	Vaginose Bacteriana	30
7.6	Candidíase	31
7.7	Tricomoniase	31
8	Pré-Natal Especializado	31

8.1	Fatores Relacionados às Condições Prévias	31
8.1.2	Fatores Relacionados à História Reprodutiva Anterior	32
8.1.3	Fatores Relacionados à Gravidez Atual	32
9	Unidades de Referência para Gestação de Alto Risco em São Luís/MA (Orientação da SEMUS)	33
10	Fatores de Risco que Indicam Encaminhamento à Urgência/Emergência Obstétrica	33
11	Assistência ao Puerpério	35
11.1	Condutas na Consulta de Puerpério	36
11.2	Avaliação Clínica-Ginecológica	36
11.3	Anticoncepção no Puerpério	37
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXOS	40

1-ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

1.1-Consulta Pré-Concepcional

Avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

As atividades desenvolvidas na avaliação pré concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados. Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes (GROSSI, 2012).

Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de parto pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas.

No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos) (BRASIL,2012).

2 - Assistência Pré-Natal:

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2012).

A atenção ao pré-natal consiste em um acompanhamento durante a gravidez, considerando os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos da mulher que está incluída no processo gravídico.

O principal objetivo do pré-natal é acolher a mulher desde o princípio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Na assistência ao pré-natal é importante que o profissional tenha sensibilidade para compreender a mulher, suas crenças e valores e o seu modo de vida, que esteja disponível e atento às necessidades da mulher e da família e tenha habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialogada. O profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante, contribui para fortalecer os potenciais desta para que possa assumir o protagonismo do processo do parto e nascimento.

A Equipe da Estratégia Saúde da Família deve acompanhar a gestante nas consultas individuais, nos grupos de educação em saúde, e em visita domiciliar para garantir a realização do pré-natal. Além de realizar busca ativa em caso de gestantes faltosas ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde (GROSSI, 2012).

2.1-Competências da Unidade Básica

- Rastrear todas as gestantes da área para que nenhuma fique sem pré-natal;
- Facilitar o início precoce do pré-natal;
- Prestar assistência pré-natal, de preferência multiprofissional, a todas as gestantes da região;
- Abrir espaço para agendamento em curto prazo;
- Agendar as visitas das gestantes à Maternidade de referência;
- Propiciar a presença de acompanhante nas consultas de pré-natal;
- Garantir a consulta de puerpério entre 7 a 10 dias após o parto;
- As consultas devem ser mensais até a 32ª semana; quinzenais entre a 32ª e 36ª semanas; semanais no último mês e, em hipótese alguma, dar "alta" do pré-natal;
- Considerando como objetivo humanizar o atendimento prestado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e visando a redução da mortalidade e da morbidade materna e do recém-nascido, é necessário na prática a identificação dos fatores de risco nas gestantes e prestar os cuidados de pré-natal ou encaminhá-las à Referência quando e se for o caso. (BRASIL, 2012)

2.2-Organização dos Serviços de Saúde e Planejamento das Ações

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É

importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (BRASIL,2012) .

2.3- 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

2.4- Acolhimento

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados.

O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde.

Para tanto cabe a todos da ESF abrirem uma agenda diferenciada de acolhimento para a gestante, estabelecendo as atribuições e competências de cada profissional no acolhimento. O Agente Comunitário de Saúde é considerado o elo de comunicação entre o usuário e o serviço de saúde, portanto a captação precoce à gestante ou da mulher com suspeita de gestação para a busca de atendimento de saúde, por este profissional é de suma importância, encaminhando-a

para a UBS; nessa etapa cabe ao técnico de enfermagem realizar a primeira escuta dessa mulher, com a verificação de sinais vitais, medidas antropométricas e encaminhando a mulher para a consulta de enfermagem ou consulta médica para a determinação diagnóstica da gestação e classificação de risco.

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. Aproveita-se o ensejo também para realização do **Pré-natal do Homem** (BRASIL, 2010).

É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O (a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo (a) ou a doula, ficando obrigatório aos hospitais afixar em local visível, esse direito, conforme preconiza a lei do acompanhante (BRASIL, 2005; BRASIL, 2013).

2.5-Condições Básicas para Assistência Pré-Natal

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir:

- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre. Deve-se garantir a possibilidade de que as mulheres realizem o **teste rápido de gravidez**(BRASIL,2013)(**ANEXO I**) na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal , fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;
- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-

datismo. Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal;

- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea;
- Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados;
- Imunização;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Atenção à gestante adolescente conforme suas especificidades;
- Realização de práticas educativas, abordando principalmente:
 - (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida;
 - (b) a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto;
 - (c) os cuidados com o recém-nascido;
 - (d) a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar;
 - (e) os direitos da gestante e do pai;
 - (f) os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas;
 - (g) o uso de medicações na gestação. Tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera e intervenções comunitárias.
- Oferta de atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência seja esta de qualquer tipo (doméstica, física, sexual, psicológica etc.), seja àquela em risco de depressão pós-parto, referenciando-a para equipes especializadas e/ou encaminhamento para serviços especializados.
- Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto.

2.6-Competências dos Profissionais da Atenção Básica no Pré-Natal:

2.6.1-Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta e monitorar as consultas subsequentes;

- Conferir o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL-WEB, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal (na primeira semana após a alta), acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

2.6.2-Técnico em Enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacina;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

2.6.3-Enfermeiro (a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- Realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL-WEB e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B e outras);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica.
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

2.6.4-Médico (a):

- Realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL-WEB e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal, de gestação de risco habitual, intercalada com a consulta do (a) enfermeiro (a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;

- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

2.6.5-Cirurgião Dentista:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B e outras);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade (CEO), caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;

- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.
- O 1º trimestre é o primeiro menos adequado para o tratamento odontológico. O 2º trimestre é o período mais adequado para realizações de intervenções clínicas e de procedimentos odontológicos, no 3º trimestre é prudente evitar tratamento odontológico.
- O uso de anestésicos em gestantes é considerado seguro quando em situações de normalidade.
- O protocolo odontológico será constituído de anamnese, exame clínico, odontograma e orientações educativas (BRASIL, 2012).

3-Diagnóstico da Gravidez

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal (BRASIL, 2013).

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG) (ANEXO 1).

Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas.

As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).
- Sinais de probabilidade:
- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.
- Sinais de certeza:
- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);

- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais (BRASIL, 2012).

4-Calendário de Consultas:

O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha perinatal sejam preenchidos (BRASIL, 2012).

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 27ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada (BRASIL, 2012).

LEMBRETE

- **Atenção** para as alterações da **pressão arterial**;
- **Avaliar** o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do **ganho de peso gestacional**;
- **Atenção** para as alterações na **altura do fundo uterino**.

4.1- Primeira Consulta:

Anamnese: aspectos sócios epidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados:

- Data precisa da última menstruação e cálculo da data provável do parto;
- Regularidade dos ciclos;
- Uso de anticoncepcionais;
- Paridade;
- Intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas;
- Detalhes de gestações prévias;
- Hospitalizações anteriores;
- Uso de medicações;
- História prévia de doença sexualmente transmissível;
- Exposição ambiental ou ocupacional de risco;

- Reações alérgicas;
- História pessoal ou familiar de doenças hereditárias/mal formações;
- Gemelaridade anterior;
- Fatores socioeconômicos;
- Atividade sexual;
- Uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas;
- História infecciosa prévia;
- Vacinações prévias;
- História de violências.

Exame físico: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional (BRASIL, 2012).

Exames complementares:

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Tipagem sanguínea e fator Rh Glicemia em jejum Eletroforese de hemoglobina Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Teste rápido para HIV e/ou Sorologia Anti-HIV I e II Toxoplasmose IgM e IgG Urocultura com antibiograma Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urina tipo I (sumário de urina) Citopatológico do colo de útero Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo) solicitar na 24ª, 28ª, 32ª e 38ª semanas.
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente

	Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) Agendar na CEMARC
Ultrassonografia Obstétrica	Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

(BRASIL, 2012)

Solicitação de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco¹

1º trimestre

- Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A).
- Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal.
- Ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal.
- Datação da idade gestacional por ultrassonografia:
 - ✓ deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores;
 - ✓ quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez.
- Rastreamento de aneuploidias no primeiro trimestre:
 - ✓ entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nuchal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B);
 - ✓ deve-se também ponderar, sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética (BRASIL, 2012).

2º trimestre

- Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A).
- Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo (BRASIL, 2012).

3º trimestre

- Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A).
- Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.
- Os achados relacionados com a indicação ou não de cesárea, os quais costumam provocar indicações inadequadas de cesárea (BRASIL, 2012).

Referência para realização de exames laboratoriais em São Luís/MA, para as gestantes da Atenção Básica:

CENTROLAB (Praça do Anjo- Anjo da Guarda) : UBS do Distrito do Itaqui Bacanga.

CENTROLAB (Centro): UBS do Distrito do Centro, Coroadinho e Bequimão.

CEDRO (Cohab): UBS do Distrito do Tirirical, Vila Esperança e Cohab.

A mulher gestante deverá ser encaminhada com o cartão/caderneta da gestante, requisição dos exames preconizados pelo MS assinada pelo médico ou enfermeiro, carteira de identidade e cartão SUS, não precisa autorizar na CEMARC.

A ultrassonografia obstétrica na 1ª metade da gestação (antes da 20ª semana)-referenciar para:

- Hospital da Mulher
- Maternidade Maria do Amparo.

4.2-Consultas Subsequentes:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional;
- Exame físico direcionado;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Resultado dos exames complementares;
- Atualização do Cartão da Gestante e da Ficha perinatal e SISPRENATAL;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Peso e IMC
- Medida da pressão arterial;

- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas.
- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos fetais (BRASIL, 2012).

Condutas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, para as mulheres encaminhadas ao pré-natal especializado que deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto (cf. Lei Federal nº 11.340/2007, da vinculação para o parto).
- Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher
- Faça o agendamento das consultas subsequentes.
- Cuidados em saúde mental

As mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. Na suspeita de depressão ou outros transtornos de humor, realizar avaliação médica para diagnóstico e manejo de acordo com a severidade do quadro (BRASIL, 2012).

4.3-Consulta Odontológica da Gestante:

- Anamnese: intercorrências na gravidez, queixa principal, inquérito de saúde.
- Exame clínico bucal.
- Preenchimento da ficha clínica odontológica, com posterior planejamento do tratamento odontológico.
- Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- Encaminhamentos e retornos quando necessário.

- O (a) Cirurgião (a) - Dentista ou TSB/ASB treinados (as) deverão atuar nos grupos de gestantes dos CS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Temas para serem abordados nos grupos de gestantes pelo (a) cirurgião (a)-dentista

- Aleitamento materno; Uso de bicos e chupetas; Transmissibilidade de bactérias causadoras da doença cárie;
- Início da calcificação dos dentes decíduos por volta do quarto mês de vida intra uterina e da dentição permanente a partir do primeiro mês de vida do bebê; desta forma condições desfavoráveis durante a gestação, tais como: uso de medicamentos, carências nutricionais, infecções entre outros, podem trazer problemas na formação e mineralização dos dentes;
- Desenvolvimento do paladar do bebê na vida intra uterina (uma dieta rica em açúcares a partir do 4º mês de gestação pode desenvolver avidez pelo açúcar no bebê);
- Orientações sobre a prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor (a suplementação com flúor não é recomendada para gestantes);
- Doenças da gengiva; alterações hormonais (BACK, 2006; BRASIL, 2007).

5-Conduitas Diante dos Resultados dos Exames Complementares de Rotina

Exames	Resultados	Conduta
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco
VDRL	Positivo	Testar o parceiro sexual (VDRL) e só tratar sem testar se não for possível testar o parceiro. Se parceiro positivo, tratar conforme fase clínica da doença Sífilis primária: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo) Sífilis recente, secundária e latente: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI

		Se parceiro negativo, dose profilática de penicilina benzatina(2.400.000 UI) dose única Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, que é a exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga.
	Negativo	Se teste rápido positivo e VDRL negativo, repetir em 30 dias. Repetir o exame no 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto e em caso de abortamento.
Toxoplasmose igG e igM	igG(-) e igM (-)	Prevenção primária Repetir a sorologia de três em três meses e no momento do parto.
	IgG (+) e IgM (-)	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica. Não há necessidade de novas sorologias.
	IgG (+) e IgM (+)	Possibilidade de infecção durante a gestação. Encaminhar ao pré natal especializado.
	IgG (-) e IgM (+)	Infecção muito recente ou IgM falso positivo. Encaminhar ao pré-natal especializado.
	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo.	Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente.
	Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo.	Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso

Urina tipo I 1º e 3º trimestre		necessário, referir ao alto risco.
	Proteinúria: alterado > 10 mg/dl.	Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco. Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes: Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias; ☐ Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias. <i>Enfermeiro(a)/médico(a)</i>
Elektroforese de Hemoglobina 1º trimestre	HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme.	As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica.

	HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme.	As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de alto risco.
Urocultura	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL).	Orientar que o aumento do número de micções é comum na gestação, por conta da compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica.
	Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL.	Bacteriúria assintomática. O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma.
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições;C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: •Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; •Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Encaminhar para o pré-natal especializado.
Glicemia de jejum 1º e 3º trimestre	Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal.	Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
	Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo.	
	Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional (DMG).	
‘TTGO 75g(2hs) Na 24ª a 28ª semana	Jejum <110mg/dl 2hs < 140mg/dl	Teste negativo
	Jejum >110mg/dl 2hs > 140mg/dl	Diabetes gestacional
Teste rápido para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal especializado.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

(BRASIL, 2012)

6-Queixas Clínicas Obstétricas mais Frequentes:

Náuseas, vômitos e tonturas:

Oriente:

Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia;

Alimentar-se logo ao acordar;

Evitar jejum prolongado;

Variar refeições conforme a tolerância individual;
 Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
 Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas);
 Evitar alimentos gordurosos e condimentados;
 Evitar doces com grande concentração de açúcar;
 Evitar alimentos com odor forte;
 Manter boa ingestão de água e outros líquidos;
 Apoio psicoterápico, se necessário;
 Se ocorrer a manutenção do quadro de vômitos, avaliar a necessidade do uso de medicamentos:
 Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas;
 Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia) (BRASIL, 2012).

OBS: Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos), confirmado hiperêmese gravídica encaminhar ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012).

Pirose (azia): Recomendar maior fracionamento das refeições, ingestão de líquidos apenas entre as refeições, deitar somente duas horas após se alimentar, evitar consumo de refrigerantes, chocolates, frutas ou sucos de frutas ácidas, bicarbonato de sódio, fumo, café, chá preto, mates, doces e álcool (BRASIL, 2012).

Sialorreia (salivação excessiva): Explique que é um sintoma comum no início da gestação; oriente dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos; Oriente a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

Fraquezas e desmaios: Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições; Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio (BRASIL, 2012).

Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal: Certifique-se de que não sejam contrações uterinas; Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados. Orientar e tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma. Em casos de queixa intensa ou persistente, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hioscina 10 mg, de 8/8 horas (BRASIL, 2012).

Flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal: Orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais; Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar; Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;

Eventualmente, prescreva:

- Dimeticona (para os gases);

- Supositório de glicerina (para a obstipação);
- Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas). Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.

Hemorroidas:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina;
- Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;
- Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.
- Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

Corrimento vaginal:

- Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido, veja as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST-AIDS/MS.

7-Intercorrências Clínicas Obstétricas:

7.1-Fatores de Risco para Diabetes Gestacional

- Idade > 35 anos
- Obesidade
- Hipertensão arterial crônica
- Antecedente Familiar de D.M. em parentes de 1º grau (Pais, Filhos, Irmãos);
- Antecedente Obstétrico de natimorto ou óbito neonatal sem causa definida;
- Antecedente de feto com malformações, macrosomia, polihidrâmnio ou abortamento habitual;
- História de Diabetes em gestação anterior
- Gestação atual com macrosomia, polihidrâmnio ou malformação

Cuidados nutricionais para todas as gestantes:

Suplementação de ferro: 30 mg / dia a partir do 2º trimestre;

Com anemia ferropriva: Sulfato ferroso 40 mg drg ou comp

Suplementação de Ácido fólico: Ácido fólico 5 mg comp.

A dieta da gestante deve ser fracionada (5 a 6 refeições /dia), em horários regulares e deverá conter:

- 4 a 5 copos (200 ml) de leite ou laticínios;
- 2 porções de carnes;
- Vegetais folhosos (de folhas verde-escuras) e outras hortaliças;
- 3 unidades ou porções de frutas cítricas;
- 2 porções ou unidades de outras frutas;
- Porções adequadas de leguminosas e alimentos ricos em carboidratos.

7.2-Síndromes Hipertensivas na Gestação:

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012).

- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia;
- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas (BRASIL, 2012).

O diagnóstico diferencial pode tornar-se difícil quando a gestante é vista pela primeira vez após a 20ª semana com hipertensão arterial e não sabe informar com precisão seus níveis pressóricos anteriores. Se a gestante não for primigesta, se tiver o mesmo companheiro de sua primeira gestação e se tiver ácido úrico sérico menor do que 4,5mg/dl, o diagnóstico de hipertensão arterial crônica é mais provável, mesmo com a presença de proteinúria significativa(BRASIL, 2012).

Faz-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica quando ocorrer piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia ($> 6\text{mg/dL}$) e da proteinúria após a primeira metade da gestação (BRASIL, 2012).

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia
PAD $> 110\text{mmHg}$ ou PAS $> 160\text{mmHg}$. Proteinúria de 24h $> 3\text{g}$. Perda progressiva da função renal: • oligúria (menor do que $400\text{mL}/24\text{h}$); • aumento da creatinina sérica (especialmente $> 2\text{mg/dL}$). Disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP); dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática). Sinais de hemólise microangiopática: • hiperbilirrubinemia (direta); • aumento da desidrogenase láctica (DHL $> 600\text{U/l}$); • hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos). Plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$).
Eclâmpsia Sinais de eclâmpsia iminente: visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência. Sinais de descompensação cardíaca: cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca. Fundoscopia alterada: hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila. Restrição do crescimento fetal. Oligodrômio. PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

(BRASIL, 2012)

Anti-hipertensivos: A alfametildopa (750 mg/dia (dose máxima $2,0\text{ g/dia}$), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas) é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino, anlodipino e verapamil, podem ser considerados drogas alternativas. Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal (BRASIL, 2012).

Na pré-eclâmpsia, a prescrição de diuréticos é geralmente evitada; porém, os tiazídicos podem ser continuados em gestantes com HAS crônica, desde que não promovam depleção de

volume. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são contraindicados. Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos (BRASIL, 2012).

7.2.1-Urgência Hipertensiva:

PA diastólica > 110 mmHg (mantida após repouso), distúrbios visuais(turvação visual, escotomas), cefaleia, alterações do comportamento, dor abdominal(epigastralgia e/ou dor hipocôndrio direito), vertigem, vômitos, dispneia e pré-cordialgia.

Medicações utilizadas: Hidralazina:1 ampola = 20 mg diluir 1 ampola em 19 ml de SF ou AD, injetar 5 mg (ou 5 ml) EV a cada 20 minutos até a dose total de 20 mg (obviamente antes de fazer nova injeção aferir a PA) ou diluir 1 ampola em 9 ml de SF ou AD e injetar 2,5 ml EV a cada 20 minutos (BRASIL, 2012).

Nifedipina 10 mg VO a cada 30 minutos até um máximo de 30 mg. O uso sublingual é contra indicado. Atentar para não fazer Retard, pois é necessário efeito imediato.

Alfametildopa e betabloqueadores: não são indicados para emergência pois o tempo para início de ação é de 4 a 6 horas.

Inibidores de ECA (enzima conversora de angiotensina): Captopril, Enalapril: não devem ser usados, pois são associados com malformações e morte fetal.

Diuréticos não devem ser usados pois podem causar hipofluxo placentário e sofrimento fetal.

ATENÇÃO: manter PA diastólica entre 90 a 100 mmHg, não reduzir para níveis inferiores para não comprometer o fluxo placentário (BRASIL, 2012).

7.3-Infecção do Trato Urinário na Gestação:

Infecção comum em mulheres jovens, que representa a complicação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda (BRASIL, 2012).

7.4-Clamídia e Gonorreia na Gestação:

Tem grande risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, restrição de crescimento intrauterino e febre puerperal. No recém-nascido, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo haver ainda septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite (BRASIL, 2012).

Clamídia	Gonorréia
Azitromicina, 1g, VO, em dose única, ou estearato de eritromicina, 500mg, VO, de 6h/6h, por 7 dias	Ceftriaxona, 250mg, IM, em dose única

(BRASIL, 2012)

7.5-Vaginose Bacteriana:

Apresentam-se como corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido. Não se trata de infecção de transmissão sexual, porém pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, devido ao contato com o pH elevado do sêmen(BRASIL, 2012).

Tratamento
Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.
Metronidazol, 2g, VO, dose única, ou metronidazol gel a 0,75%, uma aplicação vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias, ou clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias, ou clindamicina creme a 2%, uma aplicação à noite por 7 dias.
Metronidazol, 250mg, VO, 8h/8h, por 7 dias

(BRASIL, 2012)

7.6-Candidíase:

Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”).O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação tópica, como miconazol a 2%, creme vaginal (por 7 dias); clotrimazol a 1%, creme vaginal (durante 6 a 12 dias); ou clotrimazol, óvulos de 100mg (por 7 dias).

7.7-Tricomoniase:

Corrimento abundante, esbranquiçado, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso. O tratamento é realizado por via oral com metronidazol, 2g (em dose única), ou 400mg, 12h/12h, por 7 dias(BRASIL, 2012).

8-Pré-Natal Especializado:

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A) (BRASIL, 2012).

8.1-Fatores Relacionados às Condições Prévias:

- Cardiopatias;
- Anemia ferropriva grave (Hb < 8mg/dl);
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica, DPOC);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus (gestante com glicemia de jejum na 1ª consulta de pré- natal > ou igual a 110mg/dl), hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme, anemia megaloblástica, coagulopatias e talassemia);

- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças auto imunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado (BRASIL, 2012).

8.1.2-Fatores Relacionados à História Reprodutiva Anterior:

- Morte intrauterina no 3º trimestre, placenta prévia após a 26ª semana em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- Gestação pós gravidez molar;
- Gestação anterior com feto macrossômico peso >4000g;
- Parto prematuro espontâneo;
- Gravidez com presença de DIU;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual recorrente (com 3 ou mais perda gestacionais espontâneas e consecutivas antes da 20ª semana ou com 2 abortos espontâneos e consecutivos com mais de 35 anos;
- Gravidez após tratamento de infertilidade;

8.1.3-Fatores Relacionados à Gravidez Atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gravidez múltipla;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);

Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão.

Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola adquirida na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus prévio, Glicemia de jejum na 1ª consulta > ou igual a 110mg/dl, curva glicêmica alterada;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade IMC pré-gestacional > ou igual a 35kg/m² usuária submetida a cirurgia bariátrica, independente do IMC;
- Displasia de colo uterino de qualquer grau;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial ou menor de 15 anos;
- Mulheres > 38 anos (BRASIL, 2012).

9. Unidades de Referência para Gestação de Alto Risco em São Luís/MA (Orientação da SEMUS/MA):

- **Maternidade Marly Sarney:**

Referência para todas as unidades dos **Distritos de Vila Esperança, Cohab-Anil e Tirirical** que realizam pré-natal;

- **Hospital Universitário Materno Infantil:**

Referência para todas as unidades dos **Distritos do Bequimão, Coroadinho, Itaqui-Bacanga e Centro** que realizam pré-natal.

ATENÇÃO: A gestante deverá ser encaminhada com o encaminhamento do médico ou do enfermeiro da equipe informando o motivo do encaminhamento para o pré-natal especializado e o cartão da gestante.

10. Fatores de Risco que Indicam Encaminhamento à Urgência/Emergência Obstétrica:

Os profissionais de saúde deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal especializado.

São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;

- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico.

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax $> 37,8^{\circ}\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intra uterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica (BRASIL, 2012).

OBSERVAÇÃO:

As gestantes que completarem 42 semanas serão encaminhadas a Maternidade de Referência para avaliação, não sendo necessariamente caracterizadas como alto risco e tampouco devem receber alta do pré-natal.

Encaminhar para atendimento de Urgência / Emergência os casos de (após passar em consulta médica na Unidade Básica):

- Trabalho de Parto;
- Hemorragia genital;
- Amniorrexe prematura;

- Febre.

OBS: O encaminhamento para a urgência obstétrica na ausência do profissional médico pode ser de qualquer profissional que atender a mulher gestante.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal especializado, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra referência, assim como são importantes à busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS(BRASIL, 2012).

11-Assistência ao Puerpério

As consultas de puerpério são de competência do (a) médico (a) de família, enfermeiro (a). Elas são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal. Consta de uma visita domiciliar no período de 7 a 10 dias e uma consulta que deve ocorrer até o 42º dia pós-parto.

Têm como objetivos:

- Avaliar interação entre mãe e RN;
- Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN;
- Identificar e conduzir situações de risco e/ou intercorrências;
- Orientar e apoiar a família;
- Orientar os cuidados básicos com RN;
- Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva;
- Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação.

A Equipe de Saúde da Família deverá acolher a puérpera e acompanhante com respeito, escutando atentamente suas dúvidas, queixas e expectativas, procurando esclarecê-las com o cuidado de não repassar informações em demasia. Por ser um período de significativas alterações, a família deverá ser orientada quanto às modificações fisiológicas e psicológicas promovendo suporte ao binômio mãe/filho(BRASIL, 2012).

Um olhar criterioso tem que ser prestado neste período puerperal. A morbimortalidade materna e neonatal é preponderante nas primeiras semanas após o parto, assim, a prestação de um cuidado integral e o envolvimento de todos (as) os (as) profissionais colabora para a qualidade de saúde do binômio, prevenindo riscos presumíveis(BRASIL, 2012).

Visitas domiciliares são recomendadas na primeira semana após a alta, portanto, a ESF poderá acompanhar a puérpera desde o seu retorno da maternidade, orientando quanto aos primeiros cuidados com RN, higiene pessoal, cuidados em relação à amamentação e observando a inter-relação familiar no seu contexto.

Em situações especiais como no caso de óbito neonatal, doação do RN ou internação em Unidade de Neonatologia devemos oportunizar a esta puérpera um diálogo aberto sem censuras, promovendo apoio e, se necessário, encaminhá-la ao atendimento psicológico garantindo a integralidade neste processo(BRASIL, 2012).

11.1-Condutas na Consulta de Puerpério:

Verificar no cartão de Pré-Natal e da criança:

- Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- Atendimento ao parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Avaliar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.

Anamnese: identificar as queixas principais. Avaliar: aleitamento materno; alimentação, sono e atividades físicas; condições psicossociais e emocionais (atenção para depressão puerperal e situações de vulnerabilidade social); dor, fluxo vaginal, sangramentos, queixas urinárias, febre; planejamento da vida sexual e reprodutiva (BRASIL, 2012).

11.2-Avaliação Clínica-Ginecológica:

- Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
- Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
- Exame ginecológico: observar loqueação, lacerações, equimoses, edemas, incisão de episiotomia na vagina, vulva e períneo.
- Avaliar mucosas;
- Avaliar as mamas;
- Avaliar os MMII: varizes, edema, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e sinal de Homan (Santos 2002)
- Avaliar sinais vitais;
- Observar vínculo mãe – RN;
- Anotar os dados da consulta no prontuário.

Orientações no puerpério: Aleitamento Materno Exclusivo, os (as) profissionais da ESF e os (as) ACS deverão incentivar o aleitamento materno, articulando e orientando os familiares para que possam apoiar a puérpera neste processo. O envolvimento do (a) ACS no acompanhamento da puérpera poderá contribuir no sucesso da amamentação, pois a detecção precoce dos sinais de desmame precoce poderá evitar complicações na amamentação. Atentar para as mulheres cuja amamentação está contra indicada (BRASIL, 2013).

Orientar, também, em relação a alimentação saudável; atentar para ingestão hídrica, atividade física; atividade sexual; higiene; sono e repouso, contracepção pós-parto; cuidados com as mamas; cuidados com o recém nascido; direitos da mulher (sexuais, reprodutivos, sociais e trabalhistas) e prevenção de IST/AIDS.

Encaminhamentos: avaliar a situação vacinal (tétano, rubéola) e encaminhar se necessário. Prescrever suplementação de ferro (60 mg/dia) de ferro elementar até 3(três) meses após o parto, para as mulheres com anemia diagnosticada. Agendar a próxima consulta de puerpério (até 42 dias pós - parto) para o (a) médico (a) de família ou enfermeiro.

Consulta puerperal do 30° ao 42° dia: seguir roteiro da primeira consulta, atentar para a anticoncepção no puerpério e encerrar o **SISPRENATAL**(BRASIL, 2013).

11.3- Anticoncepção no Puerpério:

A orientação relativa ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva deve ser o mais precoce possível, em torno de 40 dias pós-parto. Dentre os métodos indicados está o método de Amenorreia da Lactação (LAM) que é um método temporário que só pode ser utilizado pelas puérperas sob as seguintes condições: em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), amenorreia e RN com menos de seis meses de vida. A ausência de qualquer uma das três condições reduz a eficácia do método. Os métodos disponíveis na rede são:

- Anticoncepcional hormonal oral de progestogênio (Noretisterona 0,35mg)) e
- Anticoncepcional hormonal injetável trimestral (Medroxiprogesterona 150mg):
- Utilizadas principalmente no pós-parto, pois não alteram a qualidade nem a quantidade do leite materno, e por mulheres que têm contra indicações ao estrogênio das pílulas combinadas.
- Anticoncepcional hormonal oral combinado: se não estiver amamentando ou se não for aleitamento materno exclusivo.
- DIU: logo após o parto na maternidade ou em torno de 40 dias pós-parto.
- Preservativo masculino ou feminino: indicar o uso de preservativo desde a primeira relação sexual pós-parto.

A busca do êxito nas ações desenvolvidas junto à mulher no seu ciclo grávido puerperal é resultado do envolvimento e compromisso multiprofissional com o binômio mãe/filho no seu contexto (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS

- BACK, J.C.V.; REIBNITZ, M.T. **Protocolo de atenção à saúde bucal**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis /Santa Catarina. 2006. Disponível em <
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf> Acesso em 11 de jan. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 22 de fev. de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.895**, de 18 dezembro de 2013. Obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. Disponível em <
<http://www.amperj.org.br/emails/informe-legislativo/L12895.pdf>> Acesso em 12 de març. de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Portarias nº 1.459** de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011. Disponível em < www.saude.gov.br/redecegonha >. Acesso em 02 de dezembro de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em <
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/54418/_p_guia_rede_cegonha_p_26613.pdf> Acesso em 12 de març. de 2016.
- _____. Ministério da saúde incentiva pais a fazerem o pré-natal masculino. Disponível em <
<http://www.brasil.gov.br/saude/2010/09/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-pre-natal-masculino>. Acesso em 16 març. de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em 22 de jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.16 p. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos ; caderno nº 8).Disponível em< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf> Acesso em 8 de marc. De 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).Disponível em< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf> Acesso em 11 de jan. de 2016.

CASSIANO, A.C.M.; et al. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Revista do Serviço Público Brasília 65 (2): 227-244 abr/jun 2014.Disponível em< <file:///C:/Users/user/Downloads/581-2018-1-PB.pdf>> Acesso em 22 de fev de 2016.

ELIZABETE, Cordoba. **Sistema único de saúde e Estratégia Saúde da Família**-São Paulo; Rideel, p54.2013 FONTENELLE, Leonardo. Estratégia de Saúde da Família (ESF).

GROSSI ,A.B.; et al. **Protocolo municipal de atenção ao pré-natal e puerpério: nascer colombo**. Secretaria Municipal de Saúde de Colombo/PR.2012.Disponível em< http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/5-PROTOCOLO-MUNICIPAL-DE-ASSIT_NCIA-AO-PRE-NATAL-2012.PDF> Acesso em 22 de fev de 2016.

Maranhão. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Mulher.**Plano Estadual de Políticas para as Mulheres** 2013 -2015. – São Luís, 2013,114.p.Disponível em<http://www.semu.ma.gov.br/files/2014/03/PEPM_Versao_final.pdf>Acesso em 22 de fev de 2016.

NUNES,J.M.;et al. **Grupo de mulheres na comunidade:(re)construindo saberes em saúde**. Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (3): 253-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a04.pdf>> Acesso em 05 de marc. D 2016.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha.Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015.Disponível em< <http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>> Acesso em 20 de marc. de 2016.

ANEXOS

ANEXO I

TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (hCG)

Orientações Gerais

O teste deve ser realizado após 15 dias de atraso menstrual, se o resultado for negativo repetir com 15 dias, se continuar negativo solicitar exames para investigação da causa da amenorreia.

Descrição do Produto

O teste hCG QUICKSTRIP é um tipo de teste qualitativo, para determinação da gonadotrofina coriônica humana (hCG) na urina.

Apresentação

Kit para realização de 50 testes, em frascos com 50 tiras.

Precauções

- 1- Somente para o diagnóstico ” in vitro”
- 2- O dispositivo do teste não deve ser reutilizado.
- 3- Não usar fora da validade

Amostras

Coletar a urina em recipiente de plástico ou de vidro limpo e seco. Qualquer amostra de urina recém-colhida pode ser usada para o teste, sendo recomendada a urina matinal por conter maiores concentrações de hCG. A amostra pode ser conservada entre 2 a 8 graus até 72 hs antes do teste.

Procedimento

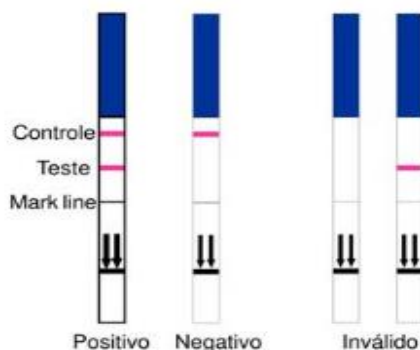
- 1- Remova a tira reagente da embalagem e use o mais rápido possível.
- 2- Encha um recipiente com a urina a ser testada.
- 3- Segure a tira reagente na posição vertical, posicione-a no tubo que contém a amostra de modo que as setas fiquem na posição vertical e para baixo.
- 4- Coloque a tira na urina antes da linha “**Mark line**” e espere 10 a 15 segundos, retire a tira e coloque-a em um local plano, pode ser na boca do recipiente.
- 5- Espere as listas aparecerem as, o que ocorrem por volta de 40 segundos. Entretanto, para confirmar resultados negativos, espere até 5 minutos.

Interpretação dos resultados

Negativo: Aparece somente uma linha colorida na região do controle. Nenhuma lista aparece na região do teste. Isso indica negativo para gravidez.

Positivo: Aparecem duas linhas, uma na faixa do controle e outra na região do teste. Isso significa positivo para gravidez. A intensidade da cor pode variar de acordo com o estágio da gravidez devido a concentração do hormônio.

Inválido: Sem nenhuma linha visível na tira reagente, isso indica que o posicionamento da mesma pode ser incorreto ou o plano absorvente ter sido deteriorado, repetir com uma nova tira.



PORTARIA Nº 101, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2012 - realização do teste rápido de gravidez que possibilita confirmar a gravidez em mulheres a terem os cuidados progressivos na Rede Cegonha.

Procedimento	02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de registro	01- BPA Consolidado
Complexidade	AB - Atenção Básica
Tipo de financiamento	08 - Gestão do SUS
Valor Ambulatorial SA	R\$ 0,00
Sexo	Feminino

OBS: INFORMAR TAMBÉM A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO NO SISPRENATAL WEB.

ORIENTAÇÕES

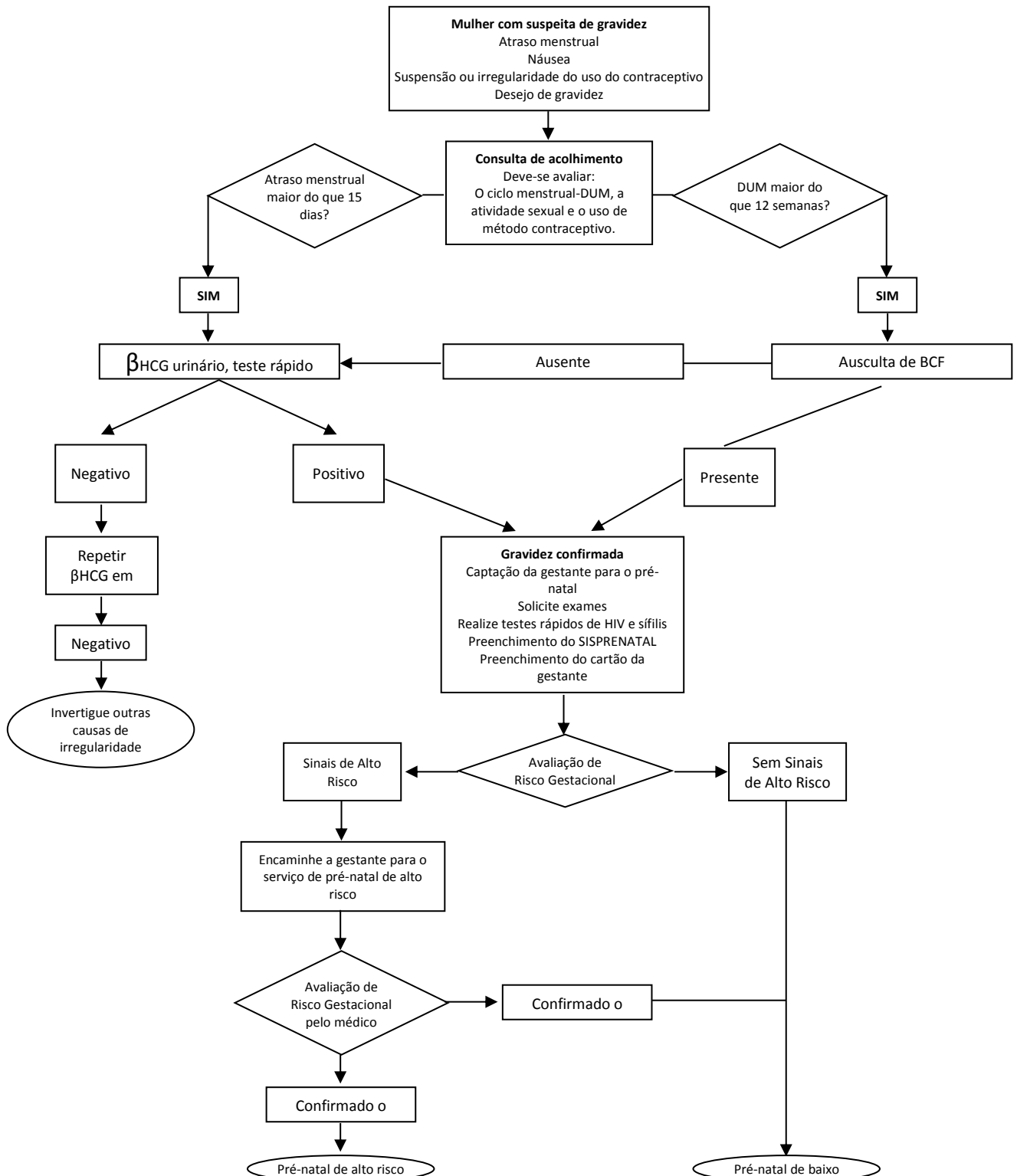
- A solicitação dos exames deve obedecer ao protocolo do pré-natal de risco habitual recomendado pelo MS (relação abaixo), qualquer necessidade de outro exame que não esteja incluindo no protocolo e deve ser feito em uma requisição a parte e encaminhado para autorização prévia na CEMARC (Central de Marcação de Consultas e Exames).

- Na requisição dos exames feita pelo profissional, deve conter o número da equipe (quando for profissional da ESF), o nome REDE CEGONHA, a etapa do pré-natal (se é da 1ª ou da 2ª etapa), pois temos contrato em blocos de exames com os laboratórios.
- A gestante deverá ser encaminhada para o laboratório de referência do distrito (relação abaixo), levando a requisição, a caderneta ou cartão da gestante, documento de identificação e cartão SUS.
- Pedimos a cooperação dos profissionais para o controle das mulheres encaminhadas, pois estamos encontrando pessoas tentando fraudar o fluxo de encaminhamento, esse fluxo é somente para as gestantes da nossa rede, as outras podem autorizar na CEMARC que tem acesso aos mesmos exames.
- O exame do parceiro quando for necessário deverá ser autorizado na CEMARC.

EXAMES	
1ª etapa	2ª etapa
VDRL	VDRL
Hemograma Completo	Hemograma Completo
Glicemia em jejum	Glicemia em jejum
Sorologia para HIV	Sorologia para HIV
Sorologia para hepatite B – HbsAg	Sorologia para hepatite B –HbsAg
Sorologia para toxoplasmose IGG e IGM	Sorologia para toxoplasmose IGG e IGM
Eletroforese de hemoglobina	-
-	Coombs indireto – 24, 28, 32 e 38 semanas somente se a gestante for Rh negativo.
Sumário de urina	Sumário de urina
Urocultura c/ antibiograma	Urocultura c/ antibiograma
Tipagem sanguínea	-

LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA	
Distritos do Itaqui –Bacanga	CENTROLAB na Praça do Anjo próximo ao Mercadinho Carone.
Distritos do Centro, Bequimão e Coroadinho	CENTROLAB Rua Celso Magalhães, nº 112- centro.
Distritos do Tirirical, Cohab-Anil e Vila Esperança	CEDRO– Bairro da Cohab próximo ao viaduto.

ANEXO II -FLUXOGRAMA DA GESTANTE NO PRÉ-NATAL(BRASIL, 2012)



Mantenha acompanhamento da equipe da área de abrangência da gestante de alto risco encaminhada para o alto risco.
Monitore os retornos no ambulatório de alto risco.
Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário.
Agende consulta de puerpério para a primeira semana pós-parto.

Atendimento pela equipe da área de abrangência. É ideal que haja consultas alternadas com médico e enfermeiro.
Inclua o companheiro da gestante nas consultas.
Monitore os retornos.
Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário.
Agende consulta de puerpério (para a mãe e o RN) para a primeira semana pós-parto.

MAPA DE VINCULAÇÃO DA REGIÃO DE SÃO LUIS**MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA**

CS Embrião
CS de Vila Embratel
CS de Gapara
CS Clodomir P. Costa
CS do São Raimundo
CS de Vila Nova
CS Yves Parga
UM do Itaqui Bacanga
CS Paraíso
CS Vila Bacanga

MATERNIDADE MARIA DO AMPARO

CS do Turu
CS Djalma Marques
CS AMAR
USF de Vila Lobão
CS do Radional
UM do Bequimão
USF de Pirapora
CS de São Cristovão
CS Jardim São Cristovão
CS de Vila Itamar
CTA Anil
CS do Coqueiro
CS Laura Vasconcelos
CS de João de Deus
CS de Santa Bárbara
CS de Santa Clara
Município do Paço do Lumiar

SANTA CASA

CS M^a de Lourdes
UM do Coroadinho
CS Carlos Macieira
CS Antonio Guanaré
CS do João Paulo
CS Paulo Ramos
CS de Fátima
CTA Lira
CS Pedrinhas I

CS de Itapera
CS do Maracanã
USF de Vila Sarney
CS José de R. F. Correia
CS de Quebra Pote
CS Thales R. Gonçalves
CS do Tibiri
CS de Pedrinhas II
Município da Raposa

MATERNIDADE BENEDITO LEITE

UM do São Bernardo
USF de Cid. Olímpica I
USF de Cid Olímpica II
USF de Cid Olímpica III
CS Fabiciana Moraes
CS Santa Efigênia
CS Nazaré Neiva
CS da Cohab
CS Salomão Fiquene
CS Genésio Ramos Filho
CS Janaína

HUUFMA

CS do São Francisco
CS Bezerra de Menezes
CS da Liberdade

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com o objetivo de descrever a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha, evidenciou que a formação acadêmica dos mesmos, refletidas em seus discursos, favoreceu a identificação de suas especificidades e potencialidades, não deixando de salientar a importância de olhar o cliente de forma empática e sensível. O reconhecimento da importância do cuidar favorece a relação entre os elementos desse processo, os aproxima dos princípios e diretrizes da ESF e da Rede Cegonha; oportunizando a melhoria da atenção, a discussão e resolução de problemas enfrentados, bem como a satisfação da clientela e dos profissionais.

Outro ponto a considerar, é a identificação da Rede Cegonha como uma proposta inovadora, organizadora das ações e relevante na estruturação das equipes. Esse fato denota o reconhecimento desse profissional por uma nova política pública, com seus princípios de diretrizes. Para tanto, é esperado um perfil profissional condizente com seu campo de atuação, porém não se deve esquecer a importância de oferecer ferramentas e conhecer sua vivência acadêmica, pois não só um profissional proativo é capaz de interagir diante das dificuldades, mas o histórico de suas experiências acadêmicas irá favorecer uma formação diferenciada.

Entretanto, o que se observa é a identificação de uma lacuna nos currículos e deficiência no oferecimento da educação permanente, que necessita ser vencida pelos profissionais da ESF. Essa afirmação leva a crer, que mesmo com os avanços da pedagogia problematizadora, as mudanças nas atuais políticas públicas de saúde e a aproximação cada vez mais cedo do graduando ao campo de trabalho, ainda há muito que melhorar.

Portanto o olhar crítico, interessado, articulado e questionador, desses profissionais, possibilita uma mudança em relação à sua prática. Essa postura deve ser estimulada na formação técnica do mesmo, pois assim se estará formando um profissional capaz de lidar com os vários saberes e será possível instrumentalizá-lo, para transformação de sua realidade, com a efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde.

As ações de educação em saúde são imprescindíveis na implementação da Rede Cegonha, pois promovem o diálogo do serviço com a gestão e a comunidade, proporcionam identificar as singularidade dos atores envolvidos e possibilita encontrar os nós críticos da assistência ao pré-natal; tornando-se cada vez mais importante, formar um profissional com perfil voltado para a integralidade das ações, sensível à condição do outro e que entenda o acolhimento como inclusão do usuário, e não como uma forma de triagem ou mais uma

atribuição imposta pelo serviço. Só assim haverá a possibilidade de termos profissionais e gestores sensibilizados para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos conscientes de seus deveres e direitos.

Espera-se que este estudo possa contribuir para reflexão da assistência prestada pelos profissionais de saúde na implementação da Rede Cegonha, especialmente na Estratégia Saúde da Família, e colabore para o desempenho dos mesmos, de modo que se possa alcançar uma assistência de melhor qualidade.

O produto elaborado a partir deste estudo terá grande importância na divulgação das atribuições para os profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha, possibilitando que este diminua suas dúvidas e aumente a segurança com que prestam a assistência a essa clientela, realizando o acolhimento precoce e contribuindo para redução da morbimortalidade materna e fetal.

Tendo em vista a abordagem qualitativa selecionada, esta investigação apresenta algumas limitações, como o desenvolvimento da coleta dos dados em uma única realidade específica. Recomenda-se que esse desenho de estudo seja reproduzido em outras regiões brasileiras e com culturas diferentes, a fim de ampliar a compreensão da formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na implementação da Rede Cegonha. Além disso, menciona-se o fato das entrevistas terem sido realizadas no próprio ambiente profissional dos participantes ao final do expediente de trabalho, o que pode ter proporcionado desconforto para que os profissionais pudessem expressar suas vivências e ideias após um dia contínuo e cansativo nas unidades básicas coletadas.

Também é válido salientar como um fator limitante desse trabalho o pouco do tempo decorrido desde a implementação da Rede Cegonha no Brasil e no município de São Luís, quando comparada a outras políticas voltadas para a mulher; pois ainda não existem estudos sobre seu impacto na saúde da mulher e da criança e talvez essa política ainda passe por aprimoramento, de acordo com as necessidades que se apresentarem diante de suas ações.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J.G. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6):1053-1064, jun, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf> >. Acesso em: 04 de jun de 2014

ALYRIO, R.D. **Metodologia Científica**. PPGEN: UFRRJ, 2008.

ARAÚJO, M.D.S.; OKASAKI, E.L.F.J. **A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal**. Ver Enferm UNISA 2007; 8: 47-9. Disponível em: < <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-10.pdf> >. Acesso em: 06 de julh de 2014

BARRETO, C.N., et al **práticas assistenciais de aproximação e distanciamento da humanização no pré-natal: revisão integrativa**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):416-23, fev., 2014. Disponível em: < [file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/5544-52558-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/5544-52558-1-PB%20(1).pdf) >. acesso em: 08 de julh de 2014

BARTH, P.O., et al. **Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jul/set;16(3):604-11. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020> > -doi: 10.5216/ree.v16i3.22020 >. Acesso em: 04 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. 4 ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria 2048, de 03 de setembro de 2009: **Regulamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF), 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011**. Disponível em < www.saude.gov.br/redecegonha >. Acesso em 02 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. 318 p.: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 02 de dezembro. 2014

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2. Dez. 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php> > . Acesso em: 15 nov. 2013

CÉSAR, J.A. et al. **Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande**, Rio Grande do Sul, Brasil Cad. Saúde Pública. 2012

CASSIANO, A. C. M. et al. 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. Disponível em: < <file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/78-70-PB.pdf> > Acesso em. 02 de jul. 2016.

COSTA, E.M.A.; et al. **Saúde da Família-Uma Abordagem Multidisciplinar**, Rio de Janeiro; Ed Rubio. 2ed. 2009. p12

COSTA, G.R.C.; et al. **Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil**. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1005-9. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf> > . Acesso em: 25 e ago. 2015

ELIZABETE, Cordoba. Sistema único de saúde e estratégia saúde da família-São Paulo; Rideel, p54. 2013 FONTENELLE, Leonardo. **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <<http://kanzlermelo.com/2008/12/26/estrategia-de-saude-da-familia-esf>> Acesso em 02 de dez. 2014

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, A.P.; REGO, S. **Paulo Freire: Contribuindo para Pensar Mudanças de Estratégias no Ensino de Medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica. 38 (3) : 299 – 313 ; 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300003> Acesso em: 20 ago 2015.

MARTINELLI, K.G.; et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 36(2):56-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>> Acesso em: 08 ago 2015.

JUSBRASIL. **SEMUS inicia discussões para criação do Fórum Rede Cegonha em São Luís. 2012**. Disponível em <<http://dp-ma.jusbrasil.com.br/noticias/100431696/semus-inicia-discussoes-para-criacao-do-forum-rede-cegonha-em-sao-luis>> Acesso em 02 de marc. De 2016.

MINAYO, M.C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: vozes, 2010.

NASCIMENTO, E. S.; CIRILO, P. R.; MOREIRA, L. A. 2011. **O enfermeiro na estratégia saúde da família como orientador no pré-natal de baixo risco**. Homepage: <http://analgesi.co.cc/html/t46907.html>.Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/18.pdf>> Acesso em: 20 abril 2013.

NICOLETTO, S. C. S, et al. **Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil** .Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013.Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400012 > Acesso em: 04 de abril de 2015.

NUNES, J.M, et al. **Grupo de mulheres na comunidade:(re)construindo saberes em saúde**. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 21 (3).p 253-9,2013.Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a04.pdf>> Acesso em 04 de jul. de 2016

SÁ, G. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.Disponível em < http://www.mazzotti.pro.br/resources/SA_A_Construcao_do_objeto_de_pesquisa_em_representacoes_sociais.pdf> Acesso em 20 de marc. de 2016.

SIMÕES, A L A, et al. **A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão**. Reme: Rev. Min. Enferm. 2007;11(1):81-5.Disponível em:< <file:///C:/Users/HP%2014/Downloads/v11n1a14.pdf>> .Acesso em: 13 de sete de 2014.

XIMENES, N., et al. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará**. Rev.bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.5, pp. 595-602.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>>.Acesso em: 09 de nov de 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Coordenação de Pesquisa
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

TÍTULO DA PESQUISA:

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

ENTREVISTA Nº _____

ESF N.º: _____

Data: São Luís/MA, _____ de _____ de _____

Início da entrevista: ____:____ Término: ____:____

Formação profissional:

Sexo: _____ Idade: _____

Graduação em: _____

Técnico em Enfermagem (☐)ACS (☐)

Tempo de formação: _____ (anos)

Tempo de experiência na ESF: _____ (anos)

(☐) Entre 1 e 4 anos (☐) Entre 4 e 7 anos (☐) Entre 7 e 10 anos, (☐) Entre 10 e 13 anos(☐) Entre 13 e 16 anos (☐) Entre 16 e 19 anos, (☐) Entre 19 e 21 anos

Especialização em Estratégia Saúde da Família: () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual a carga horária? _____

Outra Especialização: _____

Qual a carga horária? _____

Mestrado/Doutorado: () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual a área? _____

Tempo de conclusão: _____ (anos)

Você recebeu cursos de capacitação e atualização na área de atenção ao pré-natal e nascimento?

() sim () não

Em caso afirmativo:

Qual ou quais? _____

Data da última capacitação: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA/QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale sobre as atribuições e competências da sua formação técnica na atenção às ações da rede cegonha.

Roteiro Temático: formação acadêmica e profissional, importância e ações da rede cegonha, atenção à saúde da mulher.

2. Discorra sobre os aspectos da sua formação, que interferem na prática profissional, relacionada à rede cegonha;

Roteiro Temático: os princípios da ESF em relação à educação continuada, a formação acadêmica baseada na problematização, humanização, as competências e habilidades adquiridas, o perfil profissional exigido pelo mercado de trabalho.

3. Qual a sua opinião sobre a importância da atuação dos profissionais na prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família, junto às ações da rede cegonha?

Roteiro Temático: Na identificação de lacunas no serviço, na práxis profissional, na identificação das singularidades dos atores envolvidos, na busca do diálogo do serviço com a gestão e a comunidade.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 de 4

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Coordenação de Pesquisa
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Você pode decidir se quer participar ou não. Não precisa se precipitar para tomar a decisão.

Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. **CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM ALMEIDA** (Pesquisadora Responsável) e pela aluna do Mestrado em Saúde da Família: **Francisca das Chagas Gaspar Rocha** (Pesquisadora Participante). Após ser esclarecido (a) sobre as informações seguintes e concordar em fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvidas, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, por telefone (86) 2106-0738 ou e-mail cep@uninovafapi.edu.br.

Título da Pesquisa: **FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

Pesquisadora Principal: Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida.
Telefone: (86) 8138-8997. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br.

Descrição da pesquisa com a Justificativa, Objetivos e Metodologia:

Estudo desenvolvido para conclusão de Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional em Saúde da Família. **Justificativa:** a principal motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu diante da necessidade de

R

sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família, por ser uma das portas de entrada para o sistema de saúde e intervir no processo de atenção à gestante, com o propósito de qualificar as redes de atenção materno infantil, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade da referida clientela. **Objetivos:** descrever a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, na implementação da rede cegonha; analisar os aspectos relacionados à formação profissional, que contribuem ou interferem na implementação das ações da rede cegonha; destacar a importância da atuação dos profissionais na prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família, na rede cegonha; e, elaborar um protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde, na implementação da rede cegonha. **Metodologia:** A pesquisa será desenvolvida nas Estratégias Saúde da Família (ESF) na implementação da rede cegonha, no município de São Luís/MA. Serão entrevistados profissionais que desenvolvem atividades na Estratégia Saúde da Família junto ao distrito tirical há pelo menos um ano com gestantes, por possuírem experiência no local de trabalho. Será realizada uma entrevista por um roteiro temático. Não será permitida consulta bibliográfica, pois poderá comprometer os resultados do estudo. Os participantes do estudo serão abordados em horário conveniente para os mesmos ao longo do seu expediente, não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta para os profissionais. Os dados coletados serão analisados por meio de um programa para análise de elementos textuais, o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados aos participantes, devendo oferecer atenção e cuidados na minimização destes riscos. Portanto, neste estudo, há riscos previsíveis mínimos para os participantes, tais como: constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores durante a coleta de dados.

Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das

R

informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, buscando prestar uma melhor qualidade da assistência à mulher, especialmente na prevenção do câncer de mama. Também permitirá a interação da temática relacionada à pesquisa, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade.

Compromissos de confidencialidade de identidade dos participantes:

Os registros desta participação serão mantidos confidenciais. Entretanto, estes registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Isso faz parte da responsabilidade destes órgãos em acompanhar a pesquisa. Seu nome nunca será divulgado em nenhum relatório deste estudo. A seguir, alguns esclarecimentos importantes:

1 - Compromisso Ético: Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, esse projeto foi baseado na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Assim, considerando a normativa do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa buscará ao longo de toda sua evolução, atender à ética emergida em função dos avanços técnico-científicos, bem como respeitar incondicionalmente a dignidade, liberdade e autonomia dos seres humanos envolvidos.

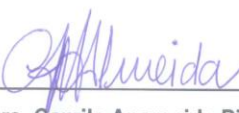
2 - Garantia de Acesso: Como participante você tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, por meio do contato com a Pesquisadora Responsável Professora Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, pelo telefone: (86) 8138-8997, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Quando você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, por favor, procure o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ no seguinte endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai. Telefone: (86) 2106-0738.


R

4 de 4

3 - Garantia de Sigilo: Caso você concorde em participar, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A sua entrevista somente será numerada: "Entrevistado N°.: _____".

4 - Direito de Participação: Fica assegurado o seu direito em retirar o consentimento de participação nessa pesquisa, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalidade.



Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida
Camila Landim Almeida CPF: 003.721.733-06
Doutora em Ciências
camilaapapila@hotmail.com Pesquisador Responsável

Mestranda Francisca das Chagas Gaspar Rocha

CPF: 446.381.673-49

Pesquisador Participante

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que fui satisfatoriamente informado a respeito das informações referentes ao estudo, compreendi os objetivos e condições de minha participação nesta pesquisa. Portanto, concordo voluntariamente em participar, no qual poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos à minha pessoa.

Teresina-PI, ____ de _____ de ____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível e completo do participante:

RG e CPF:

ANEXO

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



COORDENAÇÃO DE PESQUISA E MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO LUIS – MA

Teresina, 13 de Julho de 2015

Prezada Senhora,

A Coordenação de Pesquisa e Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI vem solicitar autorização para realizar coleta de dados, por meio de entrevistas aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família vinculados ao Distrito Tirirical, à Superintendência de Educação em Saúde do Município de São Luis – MA, referente ao trabalho de pesquisa intitulado: **“Formação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família na implementação da rede cegonha”**, que tem como objetivo: analisar a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família na Implementação da rede cegonha no Município de São Luis - MA, a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

Informamos que após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Secretaria. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Contato da orientadora: camila@uninovafapi.edu.br. Fone: (86) 8138-8997

Contato da Orientanda: franciscagasparrocha@gmail.com. Fone: (98) 8118-3044/88768578

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendente de Educação em Saúde.
Estágio Pesquisa e Extensão.

Atenciosamente,

AUTORIZADO em

06/08/15

Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura

Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Francisca da Chagas Gaspar Rocha – matrícula nº 14275001

Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Prof. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida
Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Joselina Belfort Feitosa

Superintendente de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de São Luis - MA

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS/MA**

SÃO LUÍS
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o aluno(a) FRANISCA DAS C. G. ROCHA
do(a) CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINAPARÁ estar

autorizado (a) a coletar dados, para a realização do projeto:

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA

na Unidade BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE SAÚDE de nossa
DA FAMÍLIA

Rede de Saúde, após a aprovação do referido Projeto por um Comitê de
Ética, em Pesquisa.

São Luís, 06 de Agosto 2015

Atenciosamente,

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendente da Educação em Saúde
Estágio, Pesquisa e Extensão.
Denise Fontinelle Cabral Coelho
AUTORIZADO em 06/08/15

Denise Fontinelle Cabral Coelho
DENISE FONTINELLE CABRAL COELHO
Coordenadora de Estágio e Pesquisa

ANEXO C – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Pesquisador: CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48296715.1.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.415.844

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Este estudo será desenvolvida nas Estratégias Saúde da Família (ESF) na implementação da rede cegonha, no município de São Luís/MA. Serão entrevistados profissionais que desenvolvem atividades na Estratégia Saúde da Família junto ao distrito tirirical há pelo menos um ano com gestantes, por possuírem experiência no local de trabalho. Será realizada uma entrevista por um roteiro temático. Não será permitida consulta bibliográfica, pois poderá comprometer os resultados do estudo. Os participantes do estudo serão abordados em horário conveniente para os mesmos ao longo do seu expediente, não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta para os profissionais. Os dados coletados serão analisados por meio de um programa para análise de elementos textuais, o IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

- Descrever a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, na implementação da rede cegonha;

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.415.844

- Analisar os aspectos relacionados à formação profissional, que contribuem ou interferem na implementação das ações da rede cegonha; • Destacar a importância da atuação dos profissionais na prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família, na rede cegonha;
- Elaborar um protocolo de orientações práticas para os profissionais de saúde, na implementação da rede cegonha.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram descritos conforme recomendação do item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de grande importância pois possibilitará contribuirá no contexto da educação permanente dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a mulher no ciclo gravídico puerperal, possibilitando a construção de uma pauta de discussões e reflexões, além de novas produções teóricas que implicam na transformação de concepções e práticas gerando novos conhecimentos e saberes. Para a comunidade científica, o estudo torna-se extremamente importante e poderá ser utilizado como subsídio para embasar pesquisas futuras da mesma temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de exigência obrigatória foram anexados conforme a resolução 466/12 do Ministério da Saúde.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A ementa do protocolo de pesquisa relacionada a mudança de título e a alterações para análise dos dados se adequa à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, portanto está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UNINOVAFAPÍ considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.415.844

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_658179E1.pdf	01/02/2016 10:16:36		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	7_AutorizaçãoInstitucionalCoordendEstag Pesquisa_Francisca_OK.jpg	10/08/2015 09:55:23		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	7_AutorizaçãoInstitucionalSEMUS_Francisca_OK.pdf	10/08/2015 09:54:52		Aceito
Outros	6_CurriculoLattes_FranciscaChagasGasparRocha.pdf	10/08/2015 09:54:24		Aceito
Outros	6_CurriculoLattes_CamilaAparecidaPinheiroLandimAlmeida.pdf	10/08/2015 09:53:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_TCLEmodeloCEP_Francisca_OK.pdf	10/08/2015 09:53:10		Aceito
Outros	4_InstrumentoColetaDadosCEP_Francisca OK.pdf	10/08/2015 09:52:35		Aceito
Outros	3_DeclarCompromPesqCEP_Francisca_OK.pdf	10/08/2015 09:51:20		Aceito
Outros	2_CartaEncamCEP_Francisca_OK.pdf	10/08/2015 09:51:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1_ProjetoDetalhado_Mestrado_Francisca_09agosto2015.pdf	10/08/2015 09:50:33		Aceito
Folha de Rosto	8_FolhaRostoCEP_Francisca_OK.pdf	10/08/2015 09:49:36		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br