

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

THAISSY FERNANDA DE OLIVEIRA

**Programa Rede Mãe Paranaense: pré-natal vivenciado por mulheres residentes em
região de fronteira**

**FOZ DO IGUAÇU - PR
2019**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

THAISSY FERNANDA DE OLIVEIRA

**Programa Rede Mãe Paranaense: pré-natal vivenciado por mulheres residentes em
região de fronteira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientador: Professor Dr. Sebastião Caldeira

**FOZ DO IGUAÇU - PR
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA:

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Oliveira, Thaissy Fernanda de

Programa Rede Mãe Paranaense: pré-natal vivenciado por mulheres residentes em região de fronteira / Thaissy Fernanda de Oliveira; orientador(a), Sebastião Caldeira; coorientador(a), Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, coorientador(a)II, Oscar Kenji Nihei, 2019.

87 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Engenharias e Ciências Exatas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2019.


1. Cuidado pré-natal. 2. Saúde da mulher. 3. Planos e programas de saúde. 4. Pesquisa qualitativa. I. Caldeira, Sebastião. II. Pimenta Ferrari, Rosângela Aparecida. III. Nihei, Oscar Kenji. IV. Título.

OLIVEIRA, TF. Programa Rede Mãe Paranaense: pré-natal vivenciado por mulheres residentes em região de fronteira. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Sebastião Caldeira. Foz do Iguaçu-PR, 2019. THAISSY FERNANDA DE OLIVEIRA.

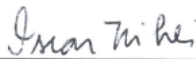
THAISSY FERNANDA DE OLIVEIRA.

Aprovado em 01/03/2019

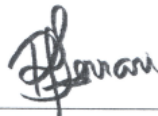
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Sebastião Caldeira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste



Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste



Prof. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual Londrina - UEL

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir a realização deste sonho.

Agradeço a minha filha Lívia que transformou a minha vida de maneira inexplicável, despertou o amor mais sublime em meu coração, tornou-me mais forte do que jamais imaginaria. Te amo, filha.

Agradeço ao meu esposo Lincoln, presente de Deus que me completa com muito amor, paz e segurança, um pai maravilhoso! Te amo!

Agradeço aos meus pais, Márcia e Messias, que me criaram sendo exemplo de caráter e dignidade, nunca me deixaram desistir e sempre me apoiaram em tudo. Impossível agradecer em palavras por tudo o que já fizeram por mim, sempre serei grata a vocês.

Agradeço aos meus irmãos, Cinthya e Fernando, que são minha fonte de inspiração e orgulho. Meus companheiros da vida, obrigada por tudo, amo muito vocês!

Agradeço meus cunhados, Lara e Erich, se tornaram meus irmãos de coração, com quem posso sempre contar. Vocês têm o meu respeito, amor e gratidão.

Meus sobrinhos e afilhados, Gabriela, Ian e Cecília, quanta alegria trouxeram para nossas vidas, vocês são luz e amor imensuráveis. Obrigada por simplesmente existirem, amo muito todos vocês.

Agradeço, com muito carinho, meu orientador, professor Caldeira, o qual guiou os meus passos no desenvolvimento deste trabalho de maneira leve e sensata, sempre muito compreensivo e sereno. Meu muito obrigada, sua paz e sabedoria são admiráveis, à você todo meu respeito e gratidão!

Agradeço a banca examinadora por todas as contribuições. O conhecimento somente é válido quando compartilhado, vocês foram essenciais para a construção deste trabalho. Professor, Oscar, um exemplo de professor e pesquisador, tem a minha admiração, respeito e gratidão pelos ensinamentos concedidos. Professora Rosangela que com muito carinho e competência coordena o projeto multicêntrico, obrigada pela oportunidade de tê-la na banca, é motivo de muito orgulho para mim. Enfim, meu muito obrigada!

Agradeço a todos que participaram desta pesquisa, em especial a Letícia, discente do curso de Enfermagem da Unioeste de Cascavel que me auxiliou no processo de coleta de dados, e a todas as mulheres que aceitaram participar do estudo, sem vocês não seria possível a concretização deste trabalho. Obrigada à todas!

Agradeço a instituição Unioeste, entre professores e colaboradores administrativos, que me acolheram com muito carinho nos últimos dois anos, obrigada.

Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar, não apenas planejar, mas também acreditar.
(Anatole France)

OLIVEIRA, TF. **Programa Rede Mãe Paranaense: pré-natal vivenciado por mulheres residentes em região de fronteira.** 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Sebastião Caldeira. Foz do Iguaçu-PR, 2018.

RESUMO

Introdução: A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial nas intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. A relevância do acompanhamento pré-natal para desfechos positivos nos indicadores de morbimortalidade materna e infantil levou o Estado do Paraná a implantar em 2012 o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP). **Objetivo:** Apreender a vivência de mulheres que realizaram o pré-natal pelo PRMP em uma região de fronteira. **Método:** Foi desenvolvido no município de Cascavel e Foz do Iguaçu, localizados na região Oeste do Paraná, contemplados na Faixa de Fronteira do Arco Sul brasileiro no limite com o Paraguai e Argentina. Os relatos foram submetidos ao processo de análise a luz do referencial teórico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. **Resultados:** A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2018, ao todo 18 mulheres que realizaram o pré-natal pelo PRMP participaram da pesquisa. A partir dos relatos foram identificadas tipificações sobre o cuidado pré-natal na percepção das usuárias, sendo descritas em cinco categorias: Conhecimento sobre o PRMP; Acesso e acolhimento no serviço de saúde; Atendimento multiprofissional e suas peculiaridades; Educação em saúde e Perspectivas das mulheres frente ao PRMP. **Conclusão:** Os achados do estudo apontam para uma prática voltada ao modelo médico-assistencial operada de maneira sistematizada com pouca abertura para diálogos, troca de experiências e informações. Instiga reflexões sobre o cuidado pré-natal diante da proposta do PRMP que requer investimentos na formação e ações dos profissionais a fim de otimizar a vivência das mulheres de maneira que seja saudável, segura e positiva.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal; Saúde da mulher; Saúde na fronteira; Planos e programas de saúde; Pesquisa qualitativa.

OLIVEIRA, TF. Rede MãeParanaense Program: prenatal experience of women living in border regions. 100 f. Dissertation (Master in Public Health in Border Region) - State University of Western Paraná. Advisor: Sebastião Caldeira. Foz do Iguaçu-PR, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care stands out as an essential factor in timely interventions on potential risk factors for complications to the health of mothers and their newborns. The relevance of prenatal care for positive outcomes in maternal and infant morbidity and mortality indicators led the State of Paraná to implement the Rede Mãe Paranaense Program (PRMP) in 2012. **Objective:** To understand the experience of women who underwent prenatal care through PRMP in a border region. **Method:** It was developed in the municipality of Cascavel and Foz do Iguaçu, located in the West region of Paraná, contemplated in the Border of the Brazilian South Bow on the border with Paraguay and Argentina. The reports were submitted to the analysis process in light of the theoretical reference of the Social Phenomenology of Alfred Schütz. **Results:** Data collection occurred in the period from May to September 2018, in total 18 women who underwent prenatal care through PRMP participated in the study. From the reports, typifications on prenatal care in the perception of the users were identified, being described in five categories: Knowledge about PRMP; Access and reception in the health service; Multiprofessional service and its peculiarities; Health education and the perspectives of women in relation to the PRMP. **Conclusion:** The study findings point to a practice focused on the medical-assistance model operated in a systematized manner with little openness to dialogues, exchange of experiences and information. Instigate reflections on prenatal care considering the PRMP proposal, and requires investments in training and actions of professionals in order to optimize the experience of women in a way that is healthy, safe and positive.

DESCRIPTORS: Prenatal care; Women's health; Health at the border; Health plans and programs; Qualitative research.

OLIVEIRA, TF. Programa Rede Mãe Paranaense: vivencia pré-natal por varios estados residentes en la región de frontera. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Sebastião Caldeira. Foz do Iguaçu-PR, 2018.

RESUMEN

Introducción: La atención prenatal se destaca como factor esencial en las intervenciones oportunas sobre potenciales factores de riesgo para complicaciones a la salud de las madres y de sus recién nacidos. La relevancia del seguimiento prenatal para resultados positivos en los indicadores de morbilidad materna e infantil llevó al Estado de Paraná a implantar en 2012 el Programa Red Madre Paranaense (PRMP). **Objetivo:** Apreciar la vivencia de mujeres que realizaron el prenatal por el PRMP en una región de frontera. **Método:** Fue desarrollado en el municipio de Cascavel y Foz do Iguaçu, ubicados en la región Oeste de Paraná, contemplados en la Faja de Frontera del Arco Sur brasileño en el límite con Paraguay y Argentina. Los relatos fueron sometidos al proceso de análisis a la luz del referencial teórico de la Fenomenología Social de Alfred Schütz. **Resultados:** La recolección de datos ocurrió en el período de mayo a septiembre de 2018, en total 18 mujeres que realizaron el prenatal por el PRMP participaron de la investigación. A partir de los relatos se identificaron tipificaciones sobre el cuidado prenatal en la percepción de las usuarias, siendo descritas en cinco categorías: Conocimiento sobre el PRMP; Acceso y acogida en el servicio de salud; Atención multiprofesional y sus peculiaridades; Educación en salud y Perspectivas de las mujeres frente al PRMP. **Conclusión:** Los hallazgos del estudio apuntan a una práctica volcada al modelo médico-asistencial operada de manera sistematizada con poca apertura para diálogos, intercambio de experiencias e informaciones. Intiende reflexiones sobre el cuidado prenatal ante la propuesta del PRMP que requiere inversiones en la formación y acciones de los profesionales a fin de optimizar la vivencia de las mujeres de manera que sea sana, segura y positiva.

DESCRIPTORES: Cuidado prenatal; Salud de la mujer; Salud en la frontera; Planes y programas de salud; Investigación cualitativa.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AL	Alto Risco
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unida
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMC	Programa Mãe Curitibana
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Representação gráfica do município de Foz do Iguaçu, Paraná.....	28
Figura 2	Representação gráfica do município de Cascavel, Paraná.....	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	QUADRO TEÓRICO	16
2.1	Panorama geral da saúde materno-infantil.....	16
2.2	Trajatória das políticas públicas voltadas à saúde materna	19
2.3	Redes de Atenção à Saúde.....	21
2.3.1	Rede Cegonha.....	22
2.3.2	Programa Rede Mãe Paranaense: assistência materno-infantil do Estado do Paraná.....	23
3	PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1	Tipo de Estudo.....	25
3.2	Sobre a fenomenologia social de Alfred Schütz.....	25
3.2.1	Pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e sua relação com o tema do estudo.....	26
3.3	Local do estudo.....	27
3.4	Participantes do estudo.....	28
3.4.1	Critérios de inclusão.....	29
3.4.2	Critérios de exclusão.....	29
3.5	Seleção das participantes.....	29
3.5.1	Número de participantes.....	30
3.6	Técnica de coleta dos dados.....	30
3.7	Análise e discussão dos relatos.....	30
3.8	Procedimentos éticos.....	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1	MANUSCRITO 1.....	33
4.2	MANUSCRITO 2.....	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	82
	ANEXO	87

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal evidencia-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. Desse modo, a ausência ou ineficácia do cuidado pré-natal pode ser relacionada a maiores indicadores de morbimortalidade materna e infantil (NUNES, GOMES, RODRIGUES, 2016).

No Brasil, ainda que a mortalidade materna e infantil tenha apresentado um decréscimo significativo nos últimos anos, os indicadores de mortalidade ainda estão aquém do ideal, visto que tais mortes são consideradas evitáveis. Sobretudo em relação as ações dos serviços de saúde no cuidado pré-natal, que embora tenha mostrado uma ampliação da cobertura devido a expansão da Atenção Básica (AB), sustentam ainda uma incidência elevada de sífilis congênita e hipertensão arterial, sendo esta a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Esses dados indicam um comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

Problemas na qualidade da atenção pré-natal, no parto e a recorrente flutuação de gestantes de um serviço para o outro, contribuem para manter elevadas a razão da mortalidade materna e perinatal, sendo que para a redução desses indicadores é imprescindível a oferta de serviços de qualidade que garantam acesso facilitado, cumprimento dos protocolos estabelecidos baseados nas melhores evidências científicas e elevada cobertura populacional, além de intervenções adequadas que visem garantir a saúde do binômio mãe e filho (LEAL et al; 2015).

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, reconhecendo a relevância do acompanhamento pré-natal para desfechos positivos nos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, implantou no ano de 2012 o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), um programa criado a partir dos resultados positivos do Programa Mãe Curitibana (PMC) iniciado em 1999, no município de Curitiba, Paraná, e também fundamentado nas diretrizes da Rede Cegonha (RC), proposta nacional ao atendimento materno-infantil instituída pelo Ministério da Saúde em 2011 (PARANÁ, 2018)

O PRMP foi instituído com o objetivo de garantir adequado acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade às mulheres em idade reprodutiva e crianças menores de um ano de idade, e está organizado segundo o modelo de Redes de Atenção à

Saúde (RAS) que propõe a integração de vários serviços de saúde, sendo a AB a principal ordenadora do cuidado (PARANÁ, 2018; MENDES, 2010).

O PRMP ainda está em processo de adaptações e aprimoramento, o que implica pesquisas a fim de identificar fatores que possam contribuir para o desenvolvimento de um programa efetivo, a fim de alcançar melhores resultados no que se refere a indicadores e também na qualidade e satisfação das usuárias do serviço (PARANÁ, 2018; NETTO et al.; 2017).

Esta pesquisa foi antecedida por um estudo que buscou analisar a implantação e desenvolvimento do PRMP, onde na modalidade qualitativa pesquisaram-se gestores e profissionais de saúde pertencentes à 9ª Regional de Saúde (RS) de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina e na modalidade quantitativa foram analisados os Índices de Avaliação (IA) conforme sugerido nas matrizes da Linha Guia do PRMP.

O estudo representa a continuidade do projeto multicêntrico intitulado Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, que recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob número 2.053.304 Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016 onde três centros acadêmicos colaboram com a pesquisa, incluindo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus de Cascavel e Foz do Iguaçu e Universidade Estadual de Londrina (UEL). O objetivo deste segmento contempla apreender a vivência de mulheres que realizaram o pré-natal pelo PRMP em uma região fronteiriça na região Oeste do estado do Paraná.

A fim de apreender o escopo do estudo utilizou-se o referencial teórico fenomenológico de Alfred Schütz que traz elementos convergentes com o norte da pesquisa, e permite analisar no âmbito do cuidado pré-natal a vivência das mulheres que receberam o serviço no PRMP.

O município de Cascavel e Foz do Iguaçu estão localizados em Faixa de Fronteira, e por isso, apresentam particularidades relevantes, pois, embora o PRMP seja proposto igualmente a todos os municípios do estado, cada município pode desenvolver a estratégia seguindo seus diferentes contextos sociais, econômicos e geográficos conforme a região em que estão inseridos, o que pode influenciar na qualidade e resolubilidade das ações.

Acredita-se que pesquisar os avanços na implantação do PRMP e os desafios que se impõem é fundamental para alcançar futuras ações que permitam construir possibilidades de garantia de direitos às mulheres e crianças, e assim oferecer subsídios para impulsionar

e readequar as políticas e programas de saúde propostas e assim contribuir para melhorar a qualidade do serviço prestado à população materna e infantil no estado do Paraná, e também em outros estados brasileiros.

O PRMP, após a sua implantação, vem sendo avaliado nas diferentes regiões do Estado, do ponto de vista quantitativo e também a partir da percepção de gestores e profissionais da saúde envolvidos no cuidado pré-natal, porém, a avaliação da percepção da usuária do serviço ainda é escassa e mostra-se relevante, uma vez que dá voz às mulheres que fizeram o pré-natal pelo serviço e permite um olhar real do cuidado oferecido ao público alvo do programa.

Este estudo partiu do seguinte questionamento: Como as mulheres usuárias do PRMP em região e faixa de fronteira vivenciaram o pré-natal na Atenção Básica? Assim, teve como objetivo apreender a vivência de mulheres que realizaram o pré-natal pelo Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) em uma região de fronteira.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Panorama geral da saúde materno-infantil

No Brasil, as mulheres são a maioria, sendo que no ano de 1980, havia 98,7 homens para cada grupo de 100 mulheres. O excedente feminino na população total era de 2,5 milhões de mulheres em 2000. Em 2010, eram quase 4 milhões de mulheres a mais e, em 2050, estima-se que haverá 7 milhões a mais do que a população masculina (BRASIL, 2012).

Por mais que homens e mulheres compartilhem desafios de saúde similares, as diferenças entre eles são tais, que a saúde das mulheres merece atenção particular. Geralmente, as mulheres vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais. Além disso, a longevidade das mulheres não é necessariamente mais saudável. Há condições que são vivenciadas tão somente pelas mulheres, cujo impacto negativo é sofrido apenas por elas. Algumas destas condições, como gravidez e parto, não são doenças, mas processos biológicos e sociais que ocasionam riscos à saúde da mulher e seu filho e demandam cuidados especiais (Organização Mundial da Saúde, 2011).

Em todo o mundo, das mulheres que engravidam, mais de meio milhão de óbitos ocorrem a cada ano, e destes, 99% ocorrem em países em desenvolvimento. Entretanto, estes óbitos são considerados evitáveis e com os devidos cuidados a mortalidade materna e infantil é, de fato, um evento relativamente muito incomum. Cerca de 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados, se os serviços de saúde público e privado garantissem os direitos sexuais e reprodutivos à mulher, além da certificação de uma atenção obstétrica segura e respeitosa (FERNANDES et al., 2015; FARIA et al., 2012).

Segundo estudos realizados pela OMS, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres, em todo o mundo, morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos. Nesses países, há em média nove óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e nos países em desenvolvimento pode-se chegar a 1.000 ou mais óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (CARLO, TRAVERS, 2016; OMS, 2009).

A mortalidade materna e infantil tem o potencial de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção ao pré-natal e parto, e é um indicador utilizado para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento

socioeconômico da população e representa atualmente um relevante problema de saúde pública em diversos países do mundo, inclusive no Brasil (PARANÁ, 2016).

Devido à magnitude da mortalidade materno-infantil e os desafios para sua redução, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou no ano 2000, a Declaração do Milênio, onde foram aprovados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre os quais o quinto objetivo visava a melhoria da saúde materna. Uma das metas estabelecidas era a redução em 75% da mortalidade materna até o ano 2015, no entanto, as estimativas globais sobre o declínio desta mortalidade revelam que os resultados atingidos não foram suficientes para alcançar a meta na maioria dos 189 países signatários, entre eles o Brasil (MARTINS, et al, 2017).

Para atingir a meta do quinto ODM o Brasil deveria apresentar uma Razão de Morte Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2015. Em 2011, a RMM no Brasil foi igual a 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos, embora tenha apresentado decréscimo anual de 3,72% no período de 1990 a 2011, seus valores são ainda elevados e discrepantes, sobretudo, em relação aos avanços ocorridos no âmbito nacional, como o desempenho do sistema de saúde, à melhoria do nível socioeconômico e à queda da fecundidade. Taxas elevadas de transmissão vertical da infecção por sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e episódios de óbitos perinatais evitáveis apontam para problemas na qualidade da assistência prestada no período gravídico e puerperal (DOMINGUES et al., 2015; MARTINS et al., 2017).

A redução da mortalidade infantil, também foi incluída no ODM, a qual o Brasil tinha como meta a redução em dois terços dos indicadores de mortalidade de crianças com até cinco anos. O índice nacional que era de 53,7 mortes por mil nascidos vivos em 1990, passou para 13,82 em 2015. Contudo, essas reduções foram em grande parte devidas às reduções em óbitos por pneumonia e doenças diarreicas após o período neonatal, ao passo que o principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce, relacionados à prematuridade, malformação congênita, asfixia ao nascer, infecções perinatais e fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (CARLO; TRAVERS, 2016; LANSKY et al., 2017).

Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis, ocorridos no Brasil, estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (MAMEDE, PRUDÊNCIO, 2015).

Segundo a OMS, houve uma redução mundial da mortalidade, contudo, o desafio ainda se configura uma realidade representada por 293 mil mortes maternas em 2013 por complicações relacionadas à gravidez. Já nos países caribenhos e latino-americanos, esse valor representa 9,3 mil. Desde a década de 1990 até 2013, o Brasil está entre os dez países latino-americanos que tiveram as maiores reduções, apresentando uma redução da mortalidade materna de 43%.

A partir disso, o combate à mortalidade materna e infantil segue no centro da agenda da saúde mundial e do desenvolvimento internacional com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), entre as metas estão a eliminação da mortalidade materna e infantil evitável entre os anos de 2016 e 2030. Para o Brasil, a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando o índice do país no ano de 2010 (SILVA, 2015).

O Estado do Paraná, localizado na região Sul do Brasil, representa 5,5% da população nacional, sendo que essa região foi a segunda do país de menor frequência de óbitos materno, no entanto, o Paraná apresentou o maior número de óbitos maternos da Região Sul (PARANÁ, 2016).

A RMM, no Paraná, no período de 1990 a 2000 reduziu de 90,5/100.000 nascidos vivos para 66,4/100.000 nascidos vivos em 2000. Já no período de 2001 a 2010 não houve redução significativa, onde o indicador de mortalidade foi de 65,3/100.000 nascidos vivos em 2001 para 65,1/100.000 em 2010. Em relação a taxa de mortalidade infantil, em 2010 foi 12,2 por 1000 nascidos vivos, com uma pequena queda no período entre 2011 e 2016, já em 2017 dados preliminares apontam para uma taxa de mortalidade infantil de 10,35 por mil nascidos vivos. A observação desses indicadores indicam uma lenta redução nos últimos anos e um elevado percentual de mortes evitáveis tanto maternas (81%) como infantil (61%) (PARANÁ, 2018).

No que diz respeito à qualidade do cuidado pré-natal no Estado, observa-se um aumento significativo do número de casos de sífilis congênita no período de 2011 a 2016, além de elevado índice de cesarianas na proporção de 62% no ano de 2017 entre SUS e saúde suplementar. Muito embora os índices sejam considerados baixos em relação ao país, são ainda um desafio muito grande para o estado atingir índices semelhantes a países desenvolvidos (PARANÁ, 2018).

De acordo com a OMS, os cuidados pré-natais fazem parte do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva e constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de

saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, o cuidado pré-natal pode salvar vidas (OMS, 2016).

Considerando as inúmeras complicações que podem ocorrer durante a gravidez e o parto, muitos países têm implantado políticas baseadas no aumento da cobertura da atenção obstétrica oferecida em instituições de saúde por profissionais capacitados. A qualidade da atenção obstétrica tornou-se requisito fundamental para reduções adicionais dos indicadores de mortalidade, onde as ações dos serviços devem garantir que mulheres e crianças atinjam o seu potencial pleno e assegurem a gestação e nascimento saudável e seguro (SILVA, 2015).

2.2 Trajetória das políticas públicas voltadas à saúde materna no Brasil

A atenção à saúde da mulher começou a ser incorporada no Brasil nas primeiras décadas do século XX. Os programas materno-infantis, implantados nas décadas de 30, 50 e 70, refletiam uma visão limitada sobre a mulher, fundamentada apenas em sua especificidade biológica. No final dos anos 1970 evidenciou-se a articulação dos movimentos sociais na luta pela redemocratização do país e, conseqüentemente, pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira. Dentre esses movimentos, destacou-se o da reforma sanitária, tendo como principal objetivo à saúde como um direito de cidadania de toda a população. A partir dessa conjuntura, o movimento feminista somou com os demais movimentos e consolidou uma oportunidade de reivindicação para maior autonomia da mulher e por justiça social em várias das dimensões da vida cotidiana (NETO et al., 2008).

As políticas públicas geradas no seio da sociedade pelos movimentos sociais na década de 1980, que culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materna, tiveram importante papel na organização dos sistemas e serviços de saúde de modo a refletir na melhoria dos indicadores de mortalidade. Evidenciaram que uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que os profissionais de saúde tem potencial para identificar vulnerabilidades e agravos que podem acometer a mulher no período gestacional, assim como fazer desse período um momento único de satisfação e não traumático para as mulheres (TOMASI et al, 2017).

Desde então, políticas, programas e ações voltadas à saúde da mulher, passaram a ser implantados ao longo dos anos. Destacou-se inicialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), criado em 1983 pelo Ministério da Saúde (MS). Após um ano, o PAISMC foi separado em dois programas distintos, um específico para saúde da criança - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), e outro direcionado especificamente para a saúde da mulher - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011).

Os dois programas buscavam resultados similares e funcionavam de maneira articulada, ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram reduzir as morbidades e mortalidade materno-infantil, e assim, alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011a).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

A partir desse novo panorama nacional do sistema de saúde, diferentes ações foram desenvolvidas a fim não somente de reduzir os indicadores de morbimortalidade, mas também com intuito de melhorar a qualidade da assistência materna e infantil. Um dos programas implantados pelo Ministério da Saúde (MS) foi o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000, com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso, o desenvolvimento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como a organização e regulação do serviço no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

O PHPN trouxe princípios e diretrizes de acessibilidade e qualidade de atendimento durante todo o ciclo gravídico-puerperal, ressaltando a importância da humanização durante todo esse processo. Contudo, estudos apontaram que as ações propostas pelo programa em diferentes regiões do Brasil não foram desenvolvidas de maneira satisfatória para grande maioria das gestantes. Observou-se também, uma redução mínima nos indicadores de morbimortalidade nesse período (MARTINELLI et al., 2014).

Em 2004, o MS resolveu fortalecer e reafirmar a assistência integral à saúde da mulher usuária do SUS, e instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), a qual propôs a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todo o seu ciclo de vida, mediante a garantia de direitos regularmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território nacional, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente mortes maternas por causas evitáveis. Esse conjunto de ações envolvidos na atenção integral a saúde da mulher incluiu os diferentes níveis de atenção, desde a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar (BRASIL, 2009).

2.3 Redes de Atenção à Saúde

Com a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, em maior ou menor escala, manifestadas não somente no Brasil, mas em todos os países do mundo, Mendes (2010) propôs as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como recurso para restabelecer a coerência entre a situação de saúde com uma tripla carga de doenças e superar a fragmentação do sistema vigente no país. A organização de redes de saúde apresenta características que estão associadas a ações e serviços com melhor qualidade, mais custo-efetivo, com maior satisfação dos usuários e melhores indicadores globais de saúde em diversas realidades (BOUSQUAT et al, 2017; MENDES, 2010)

Uma das primeiras experiências bem-sucedida e sustentada de RAS ocorreu no Estado do Paraná com o Programa Mãe Curitibana (PMC), implantado no município de Curitiba na esfera da atenção materno-infantil e regulamentado pela Resolução nº 002/99 de 08 de março de 1999, pela Secretaria Municipal de Saúde. A análise de situação que precedeu e justificou o programa mostrava que as gestantes de Curitiba não tinham acesso aos serviços pré-natais em quantidade e qualidade e que peregrinavam, em trabalho de parto, por diversas maternidades, sem garantia de atendimento (PCHEBILSKI et al., 2011; MENDES, 2011).

A desorganização dos fluxos de assistência hospitalar às gestantes evidenciava várias barreiras de acesso ao parto, como a falta de vagas nas maternidades, a prática ilegal de cobrança às usuárias do SUS, como condição de atendimento, e a ausência de políticas de acolhimento e humanização. A ausência de diagnósticos de riscos e de vinculação das

gestantes às maternidades por riscos gerava situações incoerentes em que maternidades de maior densidade tecnológica, aptas para a atenção às gestantes de alto risco, estava com seus leitos ocupados por gestantes de baixo risco (PCHEBILSKI et al., 2011).

A experiência do PMC evidenciou que os fundamentos teóricos e conceituais das RAS, assim como a experiência internacional, são proveitosos para a organização dos programas do SUS. Além disso, comprova que, apesar dos baixos recursos que o SUS dispõe, pode-se fazer muito mais desde que se transforme, com profundidade, o modo de estruturação do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

2.3.1 Rede Cegonha

O Ministério da Saúde inserido no esquema da RAS constituiu, em 2011, a Rede Cegonha (RC), um programa voltado a população materna, neonatal e infantil que incorporou todas as ações anteriores, com a finalidade de garantir acesso, acolhimento e resolutividade da atenção pré-natal, parto e nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança até os 24 meses de vida (LEAL et al, 2018).

A RC promove a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação das usuárias, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil. As formas de operacionalização da RC são viáveis, somente, a partir de iniciativas e reforços importantes desde o âmbito nacional até as ações consistentes dos estados e municípios (CAVALCANTI, 2013).

O conjunto de iniciativas que envolvem a RC implica em mudanças e estratégias importantes, como no:

- Processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento;
- Articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto;
- Qualificação técnica das equipes da Atenção Básica e no âmbito das maternidades;
- Melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e Hospitais);
- Ampliação de serviços e profissionais;
- Humanização do pré-natal, parto e nascimento.

O grande desafio da RC é a transformação do cuidado pré-natal que exclui a gestante ou parturiente como protagonista de gestação e parto, a partir da medicalização e intervenção, muitas vezes desnecessárias. A configuração atual de um paradigma que eleva a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expõe as mulheres e recém nascidos a altas taxas de intervenções que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosas e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras (CAVALCANTI, et al, 2013; BRASIL, 2017).

O excesso de intervenções no cuidado pré-natal e parto deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no cuidado, esquecendo que esse momento envolve um caráter peculiar que vai além do processo de gerar, parir e nascer . A RC visa destacar a mulher no centro das ações de saúde para que ela possa vivenciar uma experiência de gravidez, parto e maternidade com segurança e satisfação (BRASIL, 2017).

2.3.2 Programa Rede Mãe Paranaense: assistência materno-infantil no Estado do Paraná

O Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) foi criado em 2012, a partir da experiência bem sucedida do PMC, que conseguiu reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança no estado do Paraná, e também seguindo as diretrizes da RC fundamentada no marco conceitual das RAS. O programa compõe um conjunto de ações direcionadas a saúde materno-infantil que visa garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade às mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, ainda que, o público-alvo do programa sejam apenas mulheres e crianças, as ações propostas promovem melhorar a qualidade de vida de toda a família paranaense (PARANÁ, 2018; NETTO et al, 2017).

Entre as diversas ações compreendidas no PRMP estão a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

A consolidação do programa inclui uma Atenção Básica de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado das usuárias residentes em seu território, com ações de pré-natal e

puerpério, acompanhamento das gestantes em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional, no âmbito da Atenção Especializada e a garantia da vinculação das gestantes conforme seu risco na Atenção Hospitalar, com a disponibilidade de leitos de UTI adulto e neonatal, para a atenção de qualidade às intercorrências e parto. Além de sistemas logísticos, como o cartão SUS, sistemas informatizados de saúde (E-SUS e SISPRENATAL WEB), Carteira da Gestante e da Criança, transporte sanitário eletivo e de urgência, regulação entre os serviços, e por último o sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CIB regionais (PARANÁ, 2018).

Todas as unidades de Atenção Básica, organizadas ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família, devem organizar as ações de cuidado pré-natal e seguimento das gestantes de forma que as usuárias tenham como referência principal a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência, onde as equipes sejam capazes de detectar precocemente a gestação de risco e estabelecer o vínculo da gestante aos serviços de maior complexidade, sem deixar de manter o acompanhamento e monitoramento pela UBS (PARANÁ, 2018).

As equipes de saúde da Atenção Básica são responsáveis pelo cuidado pré-natal às gestantes residentes na sua área de abrangência e devem garantir o cadastro da mesma o mais precoce possível no sistema de saúde, vincular as gestantes aos hospital, de acordo com a sua estratificação de risco, solicitar exames de rotina, agendar consultas de pré-natal, inclusive avaliação com a Equipe de Saúde Bucal, realizar imunização e busca ativa, conforme preconiza a Linha Guia (PARANÁ, 2018).

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação do PRMP foi desenvolvido um recurso denominado painel de bordo, o qual estabelece indicadores com perspectivas voltadas para o resultado à sociedade, indicadores de processo de gestão e, por fim, indicadores relacionados ao financiamento, onde, somam objetivos estratégicos e indicadores específicos capazes de mensurar a eficiência, efetividade e eficácia do programa. Este monitoramento pode ser realizado pelo acompanhamento dos dados levantados dos sistemas de informação, assim como, pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicadas com as usuárias do programa (HUÇULAK, PERTELINI, 2014; PARANÁ, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo constitui uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa fundamentada no referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012). Tem por objetivo apreender a vivência de mulheres que realizaram o pré-natal pelo Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) em uma região de fronteira.

Segundo Minayo (2017) a pesquisa qualitativa busca analisar os fenômenos na dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas.

A abordagem fenomenológica constitui uma alternativa de investigação qualitativa que contribui para uma análise efetiva sobre as experiências relacionadas ao processo de acompanhamento do pré-natal de diferentes mulheres e, principalmente, as vividas em distintos ambientes assistenciais e de atenção à saúde (TERRA et al., 2006).

3.2 Sobre a fenomenologia social de Alfred Schütz

Dentre os referenciais da pesquisa qualitativa, a Fenomenologia Social de Alfred Schütz mostra-se adequada ao presente estudo porque permite a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas do vivido (SCHÜTZ, 2012).

A fenomenologia social de Alfred Schütz possibilita estudar os fatos conforme experimentos na consciência, mediante ações cognitivas e perceptivas, tentando assim perceber como as pessoas estabelecem seus significados, entendem o processo pelo qual o indivíduo apreende o conhecimento e gera enquadramento e estereótipos da realidade, que se faz relevante para observar como esse indivíduo apreende as informações recebidas pelos profissionais de saúde no processo do cuidado pré-natal (ESPINDOLA, 2012; SCHÜTZ, 2012).

O conceito de percepção consiste na representação que cada ser humano tem de si próprio e de tudo que faz parte de seu meio e de sua realidade. A percepção é seletiva para cada pessoa o que significa que qualquer situação é vivenciada de uma maneira única por cada um dos indivíduos envolvidos. O estudo em questão pode se utilizar desse conceito

para valorizar a percepção das mulheres/mães com relação à sua experiência de vida e de saúde-doença no contexto da assistência pré-natal recebida na rede de atenção materno-infantil (MOURA, 2004).

3.2.1 Pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz e sua relação com o tema do estudo

Alfred Schütz propõe alguns conceitos considerados relevantes no estudo, como, por exemplo, Ação Social; Mundo Social; Intersubjetividade; Atitude natural; Relação social; Motivação (Motivos existenciais – “Motivos por que” e “Motivos para”), Relação face a face; Bagagem de conhecimentos; Situação biográfica, Reciprocidade de intenções e Tipificação.

A experiência da ação social de cuidado vivenciada por gestantes vinculadas ao PRMP se dá no cotidiano vivido por esses sujeitos no mundo social, que para Schütz, é um mundo cultural e intersubjetivo (SCHÜTZ, 2012).

O cuidado é uma experiência vivenciada de modo natural e constitui-se na primeira relação social do ser humano. É um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, as mulheres e os profissionais envolvidos na assistência de pré-natal, possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e direcionam para as ações de cuidado. São os motivos existenciais – motivação (SCHÜTZ, 2012).

Esse cuidado equivale ao desenvolvimento de forma singular e coletiva de um conjunto de propostas e ações articuladas, negociações entre a mulher (gestante), uma equipe interdisciplinar de referências, entre esta equipe e outras equipes de outros serviços (de saúde e de outros setores), entre esta equipe e redes de apoio (não-técnicas), articulando e mantendo aquecida uma rede de cuidado, que baseia-se na reciprocidade de intenções descrita por Schütz.

Assim, o cuidado requer competência técnica, atitudes, empatia, respeito, comprometimento, consideração e expectativas acerca das ações de cuidado que só se tornam possíveis a partir da bagagem de conhecimento disponível pelas pessoas envolvidas – gestantes/mulheres/mães e profissionais da saúde.

Segundo Schütz, bagagem de conhecimento é algo transmitido a nós, a qual podemos somar à nossa própria experiência vivida. Essa experiência vivida só pode ser

compreendida por meio de ações exteriorizadas que constituem a base da comunicação e da relação social. Essas ações são impulsionadas pelos “motivos por que” e pelos “motivos para”. Assim, os “motivos por que” são razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos já concretizados até o momento atual. Constituem-se na bagagem de conhecimentos que herdamos dos nossos predecessores. Já a orientação para o comportamento futuro constitui-se no “motivo para”, que é uma categoria essencialmente subjetiva, são as expectativas, pois ainda não aconteceu (SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2012; CALDEIRA et al., 2017).

Na relação do cuidado de saúde é preciso e importante reconhecer a percepção das mulheres atendidas sobre a experiência durante todo o acompanhamento e identificar quais apontamentos permite construir melhora na qualidade da assistência. Isso permite que mulheres possam ser capazes de resgatar suas vivências e seu percurso existencial, sendo esse resgate sobre o que Schütz refere como situação biográfica. Esta permite aos sujeitos interpretar o mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimentos prévios, tornando-os capazes de refletir e de compreender as ações e a sua relação com o mundo (SCHÜTZ, 2012; LUCKMANN, 2003).

A mulher gestante e os profissionais da AB, no momento do cuidado vivenciam uma relação social que se dá no mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação ocorre na interação da relação face a face. Dessa forma, a relação social face a face é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado. É o que Schütz denomina reciprocidade de intenções (SCHÜTZ, 2012).

Nesse sentido, durante a vivência de cuidado de saúde, os profissionais e mulheres gestantes adquirem experiências que constituem a tipificação – aquilo que é típico no grupo social. Assim, o ator social tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes (SCHÜTZ, 2012).

3.3 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Cascavel e Foz do Iguaçu, localizados na região oeste do estado do Paraná, ambos são da área de abrangência da Faixa de Fronteira do Arco Sul brasileiro. A principal legislação em vigor sobre faixa de fronteira foi promulgada em 1979 e caracteriza geograficamente uma faixa de até 150 Km de largura, paralela à linha divisória do território nacional, sendo assim, o município de

Cascavel que se localiza a 150 Km de Cidade do Leste, Paraguai também está inserido na faixa de fronteira, assim como o município de Foz do Iguaçu faz limite e é considerado cidade-gêmea com Cidade do Leste (Paraguai) e Porto Iguaçu (Argentina).

O município de Cascavel é o maior da região oeste do estado do Paraná, e sua população no último censo (2010) foi de 286.205 habitantes, localiza-se a 139 Km da cidade de Foz do Iguaçu, situada no extremo oeste do estado, a qual contabilizou no último censo 256.088 habitantes (IBGE, 2018). Abaixo seguem as figuras 1 e 2 que ilustram o território geográfico dos municípios estudados.

Figura 1. Município de Foz do Iguaçu



Figura 2. Município de Cascavel



Fonte: IBGE, 2018

O PRMP integra recomendações iguais a todos os municípios e regionais do estado conforme consta em sua linha guia. Porém, vale ressaltar que cada região apresenta características singulares que são inerentes ao contexto sócio demográfico que estão inseridos, esses fatores podem influenciar direta ou indiretamente na resolubilidade e qualidade do serviço prestado. Por isso, deve ser considerado o cuidado ofertado no PRMP realizado no território e na comunidade, não afastando as usuárias de seus vínculos sociais, as relações singulares das mulheres com seu cotidiano e contexto social.

3.4 Participantes do estudo

Mulheres que realizaram o pré-natal entre o período de 2017 e 2018, nos municípios contemplados pela pesquisa, independente do risco gestacional, inseridas e acompanhadas pelo PRMP no âmbito da Atenção Básica.

3.4.1 Critério de Inclusão

Foram incluídas no estudo as mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que foram vinculadas às consultas de pré-natal na AB; estratificadas como risco habitual, intermediário ou alto risco e que concluíram o pré-natal em hospitais de referência na rede de atenção dos municípios do estudo. Todas que foram capazes de comunicar-se por meio da fala para obtenção dos relatos durante as entrevistas e que possuíam a Carteira da Gestante arquivada. Por fim, aquelas que aceitaram participar da pesquisa espontaneamente após o esclarecimento sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

3.4.2 Critérios de Exclusão

Mulheres que vivenciaram morte fetal ou aborto e aquelas que concluíram o pré-natal, parto e nascimento na rede conveniada ou particular.

3.5 Seleção das participantes

As participantes foram selecionadas de modo intencional a partir dos prontuários de alta pós-parto do hospital de referência dos municípios e também prontuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Equipe de Saúde da Família (eSF). Foram priorizadas as puérperas até o 6º mês após o parto. Optou-se por homogeneizar a amostra em relação a classificação dos riscos gestacionais, ou seja, seleção dos diferentes riscos (Habitual, Intermediário e Alto) conforme descrição nos prontuários. E por último, procurou-se ampliar a amostra para as diferentes regiões dos municípios.

Após a seleção foi realizado contato telefônico com a mulher para verificar interesse e disponibilidade para participar da pesquisa e em seguida confirmar o endereço, agendar data, horário e local, preferencialmente no próprio domicílio da participante ou, em lugar que a mesma julgou mais conveniente e sentiu-se à vontade para responder as questões.

3.5.1 Número de participantes

Segundo Minayo (2017), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Não há medida estabelecida inicialmente para o atendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa.

Não existe um valor definido que possa prever a quantidade de entrevistas na pesquisa, por isso, não foi definido *à priori* o número de participantes. Sendo assim, as entrevistas foram encerradas quando os relatos das participantes mostraram convergência, e saturação das informações.

3.6 Técnica de coleta dos dados

Os relatos foram coletados por meio de entrevista, com instrumento semiestruturado contemplado com questões norteadoras (Apêndice B). Os diálogos foram gravados com aparelho de áudio digital e posteriormente transcritos na íntegra, e também foram fotografadas as Carteiras das Gestantes utilizadas no decorrer do pré-natal para observação dos registros da equipe de saúde e congruência com os relatos resgatados nas entrevistas com as mulheres, para por fim identificar as categorias de análise.

3.7 Análise e discussão dos relatos

Para a análise dos relatos obtidos utilizou-se os passos adotados por pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (CALDEIRA et al., 2012; BUGS et al., 2016).

- Transcrição das entrevistas gravadas;
- Leitura cuidadosa de cada relato para captar o sentido global da experiência vivida pelas participantes;
- Agrupamento de aspectos significativos presentes nas falas para compor as categorias;
- Análise das categorias, buscando compreender os “motivos porque” e os “motivos para” da ação das participantes;

A discussão dos resultados ocorreu por meio de um diálogo entre o relato das participantes, a análise da pesquisadora, sempre alicerçados no referencial da fenomenologia social de Alfred Schütz, e em evidências científicas sobre a temática em estudo.

3.8 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa inicial intitulado: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP/UEL e obteve parecer favorável de número: 2.053.304 em 09 de maio de 2017 (Anexo A).

Dessa forma, as entrevistas foram iniciadas após a organização do referencial teórico e metodológico deste estudo, seguindo-se todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa com seres humanos. Também após esclarecimentos às participantes sobre a pesquisa, bem como, a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e a assinatura voluntária da participante com assentimento em colaborar com a pesquisa.

A fim de garantir a privacidade das participantes, as mesmas foram identificadas pela letra inicial (U) de usuária, seguida por número arábico conforme a ordem das entrevistas, sendo U1, U2, U3, e assim por diante.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise e reflexão, o produto das entrevistas e também a discussão dos mesmos estão apresentados no formato de dois manuscritos, conforme a seguir:

Primeiro Manuscrito: Assistência pré-natal pelo Programa Rede Mãe Paranaense em região de fronteira.

- ✓ Apreender a vivência das mulheres quanto ao cuidado pré-natal recebido no Programa Rede Mãe Paranaense.

Segundo Manuscrito: Gestação de Risco Intermediário: Vivência de Mulheres Durante o Pré-Natal no Programa Rede Mãe Paranaense.

- ✓ Apreender sobre o Pré natal de Risco Intermediário no Programa Rede Mãe Paranaense.

4.1 MANUSCRITO 1

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PELO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

RESUMO

Objetivo: Aprender a vivência de mulheres que realizaram o pré-natal pelo Programa Rede Mãe Paranaense em uma região de fronteira. **Método:** Pesquisa qualitativa à luz do referencial fenomenológico de Alfred Schütz. Realizada em dois municípios localizados na região Oeste do Estado do Paraná, contemplados na Faixa de Fronteira do Arco Sul brasileiro no limite com o Paraguai e Argentina. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista fenomenológica e seguiu-se a análise conforme o referencial. **Resultados:** Identificaram-se cinco categorias: Conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense; Acesso e acolhimento no serviço de saúde; Atendimento multiprofissional e suas peculiaridades; Educação em saúde e Perspectivas das mulheres frente ao Programa Rede Mãe Paranaense. **Conclusão:** Os achados do estudo apontam para uma prática voltada ao modelo médico-assistencial operada de maneira sistematizada com pouca abertura para diálogos, troca de experiências e informações. Instiga reflexões sobre o cuidado pré-natal diante da proposta do programa que requer investimentos na formação e ações dos profissionais.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal; Saúde da Mulher; Saúde na fronteira; Planos e programas de saúde; Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade materna, infantil e neonatal é uma referência do cuidado no Brasil. Baseado nisso o cuidado pré-natal é um processo importante que oportuniza avaliação de risco, bem como diagnóstico e tratamento de condições que podem afetar a mulher e seu bebê, sendo capaz de diminuir a morbimortalidade (CARLO, TRAVERS, 2016)

Nesse mesmo pensar, o Governo do Estado do Paraná reconhecendo uma estagnação dos indicadores de mortalidade materno-infantil no período de 2006 a 2010,

significativos índices de mortes evitáveis, tanto materna (85%) como infantis (61%), além de uma realidade com evidente desorganização e disparidade entre as regiões de saúde na oferta dos serviços para atender as gestantes e crianças, implantou no ano de 2012 o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) como modelo de atenção à saúde materna e infantil no Estado (HUÇULAK, PETERLINI, 2014).

O PRMP é direcionado aos diferentes níveis de atenção (Básica, Especializada e Hospitalar), sendo a Atenção Básica (AB) definida como o primeiro contato da usuária com o serviço de saúde e a responsável pelo ordenamento e coordenação do cuidado pré-natal (PARANÁ, 2018).

Para tanto, lançou-se a Linha Guia, a qual abrange as principais diretrizes, protocolos de atendimento, pactuações e atribuições em cada nível de atenção, com perspectivas, objetivos estratégicos e indicadores específicos do programa com intuito de acompanhar, monitorar e avaliar as ações do cuidado à mulher e à criança (PARANÁ, 2018).

Quando se refere à avaliação e qualificação de programas de saúde, não se devem considerar apenas os aspectos quantitativos do cuidado. Analisar os aspectos subjetivos e o envolvimento dos diferentes atores, em especial os usuários, são fundamentais para o monitoramento da qualidade (SANTIAGO, et al, 2017).

Por isso, o presente estudo buscou apreender a vivência das mulheres que receberam o cuidado pré-natal pelo PRMP em uma região de Fronteira no Estado do Paraná. A perspectiva da usuária sobre o cuidado recebido durante a gravidez permite identificar se de fato as diretrizes do programa estão inseridas nos serviços de saúde, e, com isso, possibilita a constatação de prováveis inconsistências e capacidade de aperfeiçoamento da assistência à mulher e sua rede familiar.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa fundamentada no referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. A abordagem fenomenológica contribui para a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano, a partir de experiências concretas do vivido, e permite assim, uma análise efetiva sobre as experiências relacionadas ao processo do cuidado pré-natal de diferentes mulheres em distintos ambientes assistenciais e de atenção à saúde (SCHÜTZ, 2012; TERRA, et al., 2006).

O estudo ocorreu no município de Cascavel e Foz do Iguaçu localizados no extremo Oeste do Estado do Paraná e situados na Faixa de Fronteira com os países Paraguai e Argentina, local com particularidades relevantes e inerentes a regiões fronteiriças.

Participaram da pesquisa mulheres que foram acompanhadas na Atenção Básica no período de gravidez e que concluíram todo o cuidado no serviço público de saúde, independente do risco gestacional, quer sejam, Risco Habitual (RH), Risco Intermediário (RI) e Alto Risco (AR), que possuam no momento da entrevista idade igual ou superior a 18 anos e tenham condições de comunicação com a pesquisadora. A seleção ocorreu por meio de sorteio intencional, onde priorizou-se as mulheres com até seis meses após parto e procurou-se ampliar a amostra para as diferentes regiões dos municípios.

Todas as recomendações da Resolução Nº 466/2012 foram atendidas respeitando-se os critérios para Pesquisa com Seres Humanos. O projeto inicial foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina com parecer favorável nº 2.053.304 e CAAE 67574517.1.1001.5231 de 09 de maio de 2017 (BRASIL, 2012).

Utilizou-se a entrevista como técnica para coleta de dados. Foi realizado contato por telefone para agendamento do horário e local conforme a disponibilidade da participante. Somente após a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido as entrevistas foram iniciadas. Houve gravação com dispositivo digital e roteiro com questões norteadoras a fim de obter as informações que expressassem a vivência das mulheres sobre o tema. A Carteira de Gestante utilizada pela equipe de saúde no decorrer do pré-natal foi fotografada para observação e congruência dos dados. Por fim, para garantir a privacidade, as usuárias foram identificadas pela letra inicial (U) de usuária, seguida por número arábico conforme a ordem das entrevistas. As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2018.

A análise foi realizada seguindo-se as etapas adotadas por pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: transcrição das entrevistas gravadas, leitura minuciosa de cada relato para apreender o sentido íntegro da experiência vivida pelas participantes, agrupamentos de aspectos significativos inclusos nas falas para compor as categorias, análise das categorias com base nas motivações das usuárias, "motivos porque", vivências das mulheres no pré-natal e os "motivos para", expectativas frente

aos serviços e profissionais do PRMP (CALDEIRA, et al., 2016).

RESULTADOS

Ao todo 18 mulheres participaram da pesquisa entre Cascavel e Foz do Iguaçu, sendo nove mulheres de cada município. A idade das entrevistadas variou de 19 a 38 anos, sendo a média de 26 anos.

A maioria (10) relatou ter união estável, cinco eram casadas e três solteiras. Em relação a escolaridade, seis mulheres apresentavam-se com menos de três anos de estudo, o restante tinham mais de três anos de estudo. Entre as mulheres, 10 declararam ser evangélicas, sete católicas e uma não ter religião. Quanto a profissão, sete mulheres não trabalhavam, cinco trabalhavam sem registro na carteira de trabalho e quatro trabalhavam de maneira formal. No que diz respeito ao histórico reprodutivo, dez já tinham um ou mais filhos e oito eram primigestas.

Em relação ao risco gestacional das mulheres entrevistadas, cinco foram estratificadas pela equipe de saúde como Risco Habitual (RH), oito de Risco Intermediário (RI) e cinco de Alto Risco (AR). Destas, apenas quatro foram encaminhadas da Atenção Básica para acompanhamento no serviço especializado, sendo três classificadas como AR e uma RI.

A partir dos relatos emergiram cinco categorias. As quatro primeiras evidenciaram os "motivos porque", ou seja, a vivência no pré-natal: Conhecimento sobre o PRMP; Acesso e acolhimento; Atendimento multiprofissional e suas peculiaridades e Educação em saúde. A última categoria trouxe os "motivos para", a projeção das mulheres em relação à assistência: O que espera para o cuidado pré-natal no PRMP.

A primeira categoria trouxe com unanimidade a ausência de conhecimento sobre o programa e sua proposta.

Não, eu não ouvi falar ainda e não faço nem ideia do que seja [...].(U2)

Nunca ouvi falar [...]. (U6)

Não conheço esse programa [...]. (U10)

A categoria acesso e acolhimento destacam a percepção das mulheres sobre esses dois pilares no cuidado. O acesso tem relação direta com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população e o acolhimento abrange todas as relações de cuidado.

A gente vai lá consulta e se tem algum encaminhamento para exame eles sempre ligam avisando. Quando eu consultava já deixava marcado para o próximo mês [...]. (U3)

É tudo agendado, não tive dificuldade de marcar consulta tudo fácil e bem tranquilo, a gente sempre espera receber a atenção necessária, e eu fui bem atendida [...]. (U11)

Tive bastante acesso, não tive dificuldade [...]. (U14)

Os discursos trouxeram algumas dificuldades que as mulheres encontraram no decorrer do pré-natal, como descritos a seguir:

A primeira fase dos exames foi feita no Posto mesmo. Já a terceira, eu tinha que me locomover lá para outra unidade. Então, pra gente que tá grávida é difícil. Tem que pegar o papel do exame em um lugar, em seguida, ir para outro lugar pra fazer, e ainda tem que ir bem cedo, porque eu fiquei bastante tempo esperando [...]. (U1)

Eu tive sífilis, então, a doutora me passou o tratamento, e eu precisei ir em outro posto, porque ali não tinha ninguém para aplicar a injeção em mim [...]. (U2)

Desde as 33 semanas eu não conseguia marcar meus exames e consulta no posto, a ultrassom do SUS, sem comentários né, até hoje eles não me ligaram para fazer a segunda (risos), tinha 511 pessoas na minha frente [...]. (U5)

No início é bem complicado para agendar a consulta, que demorava muito, chegava lá assim uma hora da tarde e saía era quatro, cinco horas [...]. (U9)

Eu tive dificuldade para agendar consulta com a Dentista, por causa que não tinha mais horário quando eu ia agendar[...]. (U17)

Sobre o atendimento multiprofissional e suas peculiaridades, os discursos ressaltaram um acompanhamento pré-natal voltado basicamente para as consultas médicas, outros profissionais de saúde integrantes da equipe foram pouco reiterados durante as entrevistas, devido participações ínfimas no decorrer da assistência.

A Médica não gostei nadinha dela. Meu primeiro pré-natal foi melhor, foi há 7 anos, com outro doutor, não foi aqui, acho que porque também ele era ginecologista, e ela não é, ela é Médica da Família né, então tem uma diferença também[...]. (U5)

Eu ia nas consultas, a Médica fazia as coisas normal, pesava, media a barriga, ouvia o coração, essas coisas, mas nunca ela falou assim como que tem que cuidar do nenê, como que tem que fazer, essas coisas não, eu saía cheia de dúvidas[...]. (U6)

O Médico, às vezes ele fazia a consulta e daí falava que não sabia se era o meu coração ou o coração do bebê, muitas vezes, eles (gestão) colocam assim o clínico geral e ele não entende muito bem do assunto [...]. (U7)

Só tive a primeira consulta com a enfermeira [...]. (U12)

O pré-natal foi somente com o médico mesmo [...]. (U13)

Eu achei que a Médica podia ter explicado melhor, porque ela não me passou muita confiança nas consultas [...]. (U14)

Não era como eu esperava, achei muito fraquinho. Porque eu praticamente tinha que obrigar a Médica a me explicar as coisas, ela tinha um pouco de preguiça de explicar as coisas. Com a Enfermeira eu só tive a primeira consulta, para preencher a carteirinha. (U15)

A categoria Educação em Saúde apresenta a bagagem de conhecimento sobre o processo de educação em saúde durante a atenção pré-natal. As mulheres receberam pouca ou nenhuma informação quanto a aspectos que envolvem a gestação e, mencionam ainda, que em muitos momentos pesquisaram por informações na internet ou com familiares.

Tem muita coisa que a gente precisa ser orientada, né, quando eu descobri que eu estava com essa doença (Sífilis), daí sim, eles me explicaram algumas coisas sobre ela [...]. (U2)

Eu tive mais orientação de colegas [...]. (U3)

Aqui era só aquela consultinha do pré-natal mesmo, mostrar os exames. (U5)

A minha mãe sempre falava e a minha irmã, daí ela sempre falava como que era, me explicava, mas pelo posto mesmo, eu ia mesmo nas consultas com o médico e só [...]. (U6)

Não tive nada no posto não, eu pesquisava alguma coisa na internet, amamentação e tal, até eu não consegui amamentar no peito, eu amamento, mas tem bem pouco leite, tem que dar mamadeira. Isso que eu acho era bem interessante ter no posto, principalmente amamentação né, eu pensei que ia ter alguma palestra, alguma coisa [...]. (U8)

Só na internet (risos), eu ficava pesquisando as coisas na internet, se eu tivesse curiosidade mesmo, eu tinha que perguntar [...]. (U9)

Os profissionais deviam pelo menos olhar na nossa cara, explicar melhor as coisas, por mais que não seja o primeiro filho, uma gestação é diferente da outra, ele (médico) não me dava atenção [...]. (U18)

Em relação aos "motivos para", identificou-se a categoria: O que espera para o cuidado pré-natal no PRMP, alusiva às projeções das usuárias para o cuidado pré-natal no serviço de saúde.

Acho que a gente não precisaria sair do nosso Posto, pra ir pra outro fazer os exames [...]. (U1)

Profissionais mais atentos, principalmente o Médico, é difícil esse Médico do Posto, que quer ser um obstetra, sendo que ele não é. O Médico da Família tem uma função, eu aceito ele até como Pediatra e como Clínico Geral, mas como obstetra melhor ele nem tentar porque não dá certo [...]. (U7)

Acho que tem que ter especialista no posto e mais palestra, tipo sobre amamentação, principalmente pra gente que é mãe de primeira viagem, não tem ideia de como que vai ser tudo. E exames mais rápido, porque demorava muito o resultado dos exames [...]. (U8)

*Acho que ter grupo de gestação é importante para quem não tem experiência [...].
(U11)*

Melhorar os atendimentos médicos. Ofertar mais dentistas que é difícil de conseguir vaga [...]. (U16)

DISCUSSÃO

A bagagem de conhecimento é uma estrutura sedimentada das experiências subjetivas prévias das usuárias do serviço de saúde, adquiridas ao longo da gestação por meio da relação social no cuidado pré-natal (SCHÜTZ, 2012). Os relatos mostraram incipiência sobre o PRMP por parte das participantes, fato que pode impedir que as mulheres conheçam as propostas e diretrizes do PRMP. Uma vez que sem o devido conhecimento da proposta, as mulheres criam expectativas de amplas tecnologias diante do acompanhamento pré-natal, muitas vezes sem a real necessidade.

Em relação ao acesso e acolhimento, houve dificuldades pelas mulheres durante o cuidado pré-natal. Algumas encontraram dificuldades em relação à localização geográfica para a realização dos exames, bem como, demora nos agendamentos, coleta e resultados. Entre os relatos, houve apontamentos sobre a omissão e a falta de

profissionais no serviço. No entanto, algumas mulheres relataram facilidade no acesso e acolhimento, isto demonstra que a organização de muitas ações voltadas ao pré-natal está de acordo com o preconizado pelo PRMP.

Acesso e acolhimento são essenciais no cuidado pré-natal, o acesso refere-se à disponibilidade dos serviços, inclui fatores como localização geográfica, horário de funcionamento, sistemas de agendamento, disponibilidade de medicamentos e exames, além do atendimento no momento oportuno. Enquanto o acolhimento centra-se individualmente nas gestantes, considerando as preocupações e angústias, permitindo que possam ser ouvidas e integradas em todo o cuidado gravídico-puerperal. De maneira que desencadeiam transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado, beneficiam também a interdisciplinaridade e a resolutividade na assistência, especialmente no âmbito Atenção Básica (ESPOSTI, 2015; PITILIN, PELLOSO, 2017).

O mundo cotidiano é o espaço humano com particularidades entre semelhantes, não apenas um mundo físico, mas um mundo social, histórico e cultural. A Atenção Básica traz características territoriais estratégicas por estar fisicamente próxima das usuárias, possibilitando vínculo no cuidado, atenção à estratificação de risco a cada encontro, encaminhamento quando necessário a outros níveis de atenção, educação em saúde, cuidado multidisciplinar, garantindo sempre os princípios da humanização (SCHÜTZ, 2012, BRASIL, 2011).

No que diz respeito ao atendimento multiprofissional, as mulheres são estimuladas a realizar o cuidado pré-natal durante a gestação como requisito fundamental para uma maternidade saudável e segura. Por isso, o relacionamento entre o profissional e a usuária é de suma importância, revigora, o que Schütz pressupõe sobre a relação face a face, que denota o encontro direto e autêntico. Essa relação oportuniza troca de experiências, e a educação em saúde por parte da equipe junto à gestante e sua família e estabelece as responsabilidades dos envolvidos (SCHÜTZ, 2012; PITILIN, PELLOSO, 2017).

A consulta odontológica está prevista como ação indispensável do cuidado pré-natal pelo PRMP, preferencialmente no primeiro trimestre, pois, dentre as mudanças fisiológicas no período da gravidez, existem também várias alterações da cavidade bucal, com um importante número de complicações periodontais com consequências importantes relacionadas ao período gestacional (MARLA, et al., 2018).

Pesquisadores analisaram o pré-natal na 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e identificaram que as consultas odontológicas não acontecem nessa região como propõe o PRMP, o que corrobora com o atendimento no decorrer do pré-natal neste presente estudo (PARANÁ, 2018; BAGGIO, et al., 2016).

Além da avaliação bucal, a linha de cuidado do PRMP sugere que o acompanhamento pré-natal seja realizado tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro. O enfermeiro pode realizar a consulta pré-natal de gestantes com Risco Habitual e acompanhar todos os riscos quer sejam Habitual, Intermediário e Alto Risco. Esse profissional foi pouco percebido pelas mulheres entrevistadas (PARANÁ, 2018; FELCZAK, et al., 2018).

Sobre as ações do enfermeiro no PRMP, estudo recente mostrou que esses profissionais se preocupam com a qualidade da atenção à saúde da gestante e conhecem os compromissos, indicadores e objetivos do PRMP, exercendo ações de prevenção, cuidado e promoção à saúde. Porém, esse estudo contraria o que as mulheres entrevistadas vivenciaram, ou seja, pouca relação com esse profissional (CALDEIRA et al., 2017).

O Enfermeiro é importante integrante da equipe multiprofissional no pré-natal, mesmo assim, ainda é necessário difundir a consulta de enfermagem como espaço de cuidado, promoção e prevenção da saúde, independentemente da consulta médica, e incentivar a atuação de enfermeiros no cuidado pré-natal (FELCZAK, et al., 2018; JESUS, et al., 2013).

Na perspectiva das participantes deste estudo observou-se uma valorização do pré-natal realizado por médico especialista. O acompanhamento pré-natal realizado por médicos generalistas na Atenção Básica conforme o protocolo do PRMP é uma prática segura para as gestantes que apresentam baixo risco gestacional, uma vez que, estudos apontam que não há diferenças no desfecho perinatal no acompanhamento gestacional periódico e rotineiro por obstetras e médicos generalistas (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2011).

Além disso, a assistência pré-natal não deve se restringir apenas às ações clínico-obstétricas, deve incluir também as ações educativas na rotina da assistência integral, tecnologias leves capazes de gerar informações relevantes e agregar à sua bagagem de conhecimento conceitos para melhor vivenciarem a gestação e maternidade (CARNEIRO, et al., 2013)

Estudo realizado com médicos do PRMP ressaltou a necessidade de capacitação para exercer as ações conforme as propostas do PRMP. A pouca experiência das mulheres com educação em saúde favorece um relacionamento face a face sustentado pela insegurança, enaltecendo as tecnologias duras, e o desprovimento de cuidados básicos e essenciais para uma maternidade segura e saudável (BUGS, et al. 2016)

O exercício da interprofissionalidade é essencial no pré-natal e permite a construção do cuidado de forma a valorizar as necessidades das usuárias, integrando diversos olhares capazes de agregar conhecimento em todo o processo. A colaboração operativa entre os profissionais envolvidos no cuidado à saúde é essencial para a oferta de atenção eficaz e integral (SANTIAGO, et al., 2017).

A sustentação da ultrassonografia obstétrica como condição obrigatória para a qualidade do pré-natal, por parte das usuárias, não condiz com o preconizado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a realização de um exame antes das 24 semanas de gestação para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidez múltipla, reduzir a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo. A Rede Cegonha indica o exame no primeiro trimestre para verificar a idade gestacional, mas não o considera obrigatório. Enquanto que o PRMP preconiza a ultrassonografia obstétrica no primeiro e segundo trimestre de gravidez. (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2011, OMS, 2016).

Em relação à educação em saúde, no pré-natal é sinônimo de promoção e prevenção à saúde da mulher, soma conhecimento e autonomia para o cuidado de si e do bebê. Por outro lado, também é relevante a educação permanente dos profissionais de saúde. O esclarecimento às usuárias sobre o pré-natal não deve estar baseado apenas em consultas e exames, a integração estratégica que envolve o acolhimento e o reconhecimento das necessidades de saúde, assim como processo educacional, contribuem para um cuidado com mais qualidade e menores índices de morbimortalidade (MAYOR, et al, 2018; GOYANNA, et al., 2014).

A capacitação dos profissionais da equipe é primordial para que tenham habilidades necessárias para a criação de vínculo e ações pertinentes ao cuidado pré-natal, podendo minimizar o descontentamento das mulheres relacionado com os exames de ultrassonografia e rejeição do Clínico Geral. A partir da educação em saúde, que deve ser um processo capaz de esclarecer todo o processo gestacional e suas vertentes fisiológicas, psíquicas e sociais, reconhecendo a tecnologia leve associada à

interprofissionalidade como fundamental para o cuidado pré-natal de qualidade e eficaz (FRIEDRICH, et al, 2018).

Nesse sentido, a sensibilização e conscientização das equipes de saúde diante da necessidade de aprimorar o processo de comunicação com as usuárias, fazendo com que a educação em saúde se efetive na prática do cuidado pré-natal é extremamente relevante. As evidências científicas apontam a necessidade de melhorar a capacidade técnica e humana das equipes de saúde para trabalhar temas importantes, tais como, o parto, a amamentação e o planejamento familiar, entre outros (CORREIO, 2014).

O investimento na política de recursos humanos para a qualificação dos profissionais a fim de que adotem modelos assistenciais integrantes, capazes de compreender a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado e autonomia das gestantes, pressupõe uma prática auxiliar na efetivação do cuidado pré-natal eficaz e seguro para a saúde materna e infantil, além da possibilidade de uma experiência bem-sucedida durante a gravidez (SANTOS, RADOVANOVIC, MARCON, 2010; PITILIN, PELLOSO, 2017).

As tipificações encontradas no estudo são específicas deste segmento populacional, estando os resultados limitados a intersubjetividade deste grupo social específico da região de faixa de fronteira. Há necessidade de pesquisas com um universo mais amplo para evidenciar a possibilidade de generalização dos achados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências positivas das mulheres durante o cuidado pré-natal podem constituir a base de uma maternidade saudável. Sendo assim, a vivência encontrada no presente estudo na Região de Fronteira nos leva a refletir sobre a evolução do PRMP como estratégia para diminuir os indicadores de morbimortalidade e melhorar a qualidade da atenção. Instiga algumas questões: se há de fato carência de capacitações para a equipe de saúde atuar neste segmento? A valorização de tecnologias e consultas por especialistas podem apenas representar a insegurança das mulheres frente a equipe de saúde? Por que as equipes não realizam educação em saúde e ainda atuam de maneira médico-assistencialista?

A implantação das recomendações do PRMP por parte das equipes ainda se mostram deficientes na vivência das mulheres residentes em Faixa de Fronteira,

portanto, deve ser reconsiderado algumas formas de atuação das equipes, de modo que trabalhem a perspectiva multidisciplinar e educação em saúde. Favorecendo um relacionamento mais ativo no cuidado pré-natal.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa Edital: 01/2016, sob nº 2.053.304.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, MA; PEREIRA, FC; GUIMARÃES, ATB et al. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301>>. Acesso em 15 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 29 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 17 ago 2017

BUGS, V; CALDEIRA, S; MACHINESKI, GG, et al. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no Programa Rede Mãe Paranaense. **Saúde**, Santa Maria, v. 42, n. 2, . 185-194, jul-dez, 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576/pdf>>. Acesso em: 05 abr 2017.

CALDEIRA, S; LUZ, MS; TACLA, MTGM et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Rev Min Enferm**, v. 21e-992, 2017. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Downloads/e992%20(2).pdf.>. Acesso em: 15 jul 2017.

CALDEIRA, S; PARECY, SM; MARASCHIN, MS et al. Vivência de mulher idosa tabagista: um estudo na fenomenológica social de Alfred Schütz, **Rev Min Enferm.**, v. 20, e953, 2016. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1086> >. Acesso em: 01 jan 2018.

CARLO, WA; TRAVERS, CP. Maternal and neonatal mortality: time to act. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, nov-dez, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543.>. Acesso em: 05 jan 2018.

CARNEIRO, MS; TEIXEIRA, E; SILVA, SED et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>.>. Acesso em: 17 dez 2017

CORREIO, CGK. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz para a comunicação. **Cadernos de Comunicação**, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/ccomunicacao/article/view/10646>. >. Acesso em 28 out 2018.

ESPOSTI, CDD, OLIVEIRA, AE; NETO, ET et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no sistema único de saúde da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde Soc**, v. 24, n. 3, 2015. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n3/765-779/pt>. >. Acesso em: 07 out 2018.

FELCZAK,C; RAVELLI, APX; SKUPIEN, SV, et al. Perfil de gestantes cardiopatas: alto risco. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 2:e49605, 2018 Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49605>.. Acesso em: 28 nov 2018.

FRIEDRICH, TL; PETERMANN, XB; MIOLO, SB; et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface**, v. 22, n. 65,

2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160833.pdf>. >. Acesso em: 30 jul 2018.

GOYANNA, NF; NETTO, JJM, FREITAS, CASL, PONTE, MAC, DIAS, MSA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dos desafios às potencialidades. **SANARE**, 2014. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/442>>. Acesso em: 15 jan 2019.

HUÇULAK, MC; PETERLINI, OLG. Rede Mãe Paranaense - Relato de experiência, **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 1, 2014. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/index/index> >. Acesso em: 20 abr 2017.

JESUS, MCP; CAPALBO,C; MERIGHI, MAB; et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300736.>. Acesso em: 02 mai 2017.

MARLA, V; SRIL, R; ROY, DK; AJMERA, H. The importance of oral health during pregnancy: a review. **Medical Express**, v. 5, mrl18002, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300736.>. Acesso em: 28 out 2018.

MAYOR, MSS; HERRERA, SDSC; ARAUJO, MQ; et al. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, 2018. Disponível em: < <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079/636>.>. Acesso em 26 out 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Disponível em: < https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/>. Acesso em: 26 out 2018.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense**, 7ª edição,

2018. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 15 jul 2018

PITILIN, EB; PELLOSO, SM. Internações sensíveis à atenção primária em gestantes: fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06060015.pdf>. Acesso em: 26 nov 2018

SANTIAGO, CMC; SOUSA, CNS; ROCHA E NÓBREGA, LL et al. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa, **J res fundam care online**, v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4184-30635-1-PB.pdf>. Acesso em: 06 mai 2018.

SANTOS, AL; RADOVANOVIC, CAT; MARCON, SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev Rene**, v. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027973007/>>. Acesso em: 03 mai 2017.

SCHÜTZ, A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes, 2012.

TERRA, M. G; et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>>. Acesso em: 04 ago 2017.

4.2 MANUSCRITO 2

GESTAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO: VIVÊNCIA DE MULHERES DURANTE O PRÉ-NATAL NO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

RESUMO

Introdução: O Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), implantado em 2012, busca garantir uma assistência de saúde qualificada e resolutiva às mulheres gestantes e seus filhos até um ano de idade. A estratificação de Risco Intermediário, é um recurso diferencial do PRMP, o qual considera as gestantes com fatores de risco relacionados às características individuais, sócio-demográficas e de histórico reprodutivo anterior. Essa estratificação é importante, pois, define a vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das necessidades e intercorrências na gestação e no momento do parto.

Objetivo: apreender a vivência de mulheres, classificadas como Risco Intermediário, que receberam assistência pré-natal pelo PRMP. **Método:** Estudo qualitativo fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Participaram da pesquisa mulheres estratificadas como Risco Intermediário, que realizaram o pré-natal integralmente pelo PRMP na Atenção Básica, no período de 2017 e 2018. Foram elaborados diferentes eixos temáticos, sendo: conhecimento sobre o PRMP; Acesso e acolhimento; Atendimento Multiprofissional e Educação em saúde, e por último, perspectivas frente aos profissionais e programas de saúde diante do cuidado pré-natal. **Resultados:** Ao todo oito usuárias foram entrevistadas e segundo o referencial utilizado, apreendeu-se uma tipificação incoerente do cuidado pré-natal realizado com o recomendado pelo PRMP. Evidenciou-se falta de bagagem de conhecimento, dificuldades no relacionamento face a face e iniquidades em relação à reciprocidade de intenções das mulheres assistidas pelos profissionais de saúde envolvidos, além da falta de interdisciplinaridade e educação em saúde. **Conclusão:** O cuidado pré-natal contemplou parcialmente as diretrizes preconizadas pelo PRMP. Ressalta-se a partir do estudo, a relevância de pesquisas que analisem a percepção da usuária, a fim de promover um monitoramento mais fidedigno das políticas de saúde materno-infantil, em especial do PRMP vigente no Estado do Paraná, e outras regiões que despertem interesse para essa modalidade de assistência.

Descritores: Saúde da Mulher; Complicações na Gravidez; Programas Governamentais.

INTRODUÇÃO

A assistência materno-infantil é destaque das agendas de saúde desde o reconhecimento do impacto dessa ação na queda da mortalidade materno-infantil, a qual representa indicadores de saúde relevantes na avaliação da qualidade do cuidado e condições de vida de uma sociedade. O cuidado pré-natal passou a conquistar espaço fundamental nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica (AB), principal coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018).

Os indicadores de mortalidade materno-infantil no Brasil evidenciaram uma lenta redução nos últimos anos e um elevado percentual de mortes evitáveis tanto maternas quanto infantis. No estado do Paraná, a RMM no período de 1990 a 2000 teve uma redução de 26,6%, reduziu de 90,5/100.000 nascidos vivos para 66,4/100.000 nascidos vivos em 2000. No período de 2001 a 2010 não houve redução significativa, a RMM foi de 65,3/100.000 nascidos vivos em 2001 para 65,1/100.000 em 2010. (HUÇULAK, PETERLINI, 2014).

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) instituiu o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), em 2012, a fim de buscar garantir os direitos das gestantes ao acesso a uma assistência de saúde de qualidade e resolutiva, com redução das mortes materno-infantis consideradas preveníveis e também visando a satisfação da usuária do serviço. O PRMP foi pensado a partir do modelo do programa municipal Mãe Curitibana, primeiro programa bem-sucedido embasado nas propostas das RAS e a partir das diretrizes similares a Rede Cegonha, proposta nacional de atendimento materno-infantil (NETTO et al., 2017).

O PRMP também é fundamentado nas diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo a AB como o primeiro contato das gestantes com o programa, onde devem ser realizadas as ações de saúde no âmbito coletivo e individual e, também, abrangência da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação da saúde (PARANÁ, 2018).

A AB é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. O PRMP desenvolve atividades de busca ativa das gestantes e às crianças menores de um ano; oferta de pré-natal em quantidade, mas, principalmente, com qualidade; vincula as gestantes a serviços em que o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural

possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de atenção para um acompanhamento compartilhado (PARANÁ, 2018).

Um bom cuidado pré-natal na AB são pressupostos para a organização do PRMP, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a estratificação de risco da gestante, vinculando-a ao serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado (PARANÁ, 2018; CALDEIRA et al., 2017).

Para o Risco Intermediário, é necessário planejar, para a gestante referenciada pela Atenção Básica, uma consulta individual no primeiro trimestre, para avaliação. Caso seja necessário, a equipe multiprofissional deverá agendar novos atendimentos conforme a necessidade. Dessa forma, é importante que a equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense ao receber essas gestantes organize o atendimento no sentido de avaliar se esses fatores contribuem na gestação e de que forma eles podem ser reduzidos com orientações para a equipe da AB, por meio de planos de cuidados.

Diante disso, é importante ressaltar que o Risco Intermediário ainda é pouco estudado, por ser incluído apenas no PRMP, como diferencial no cuidado pré-natal, sendo que os demais Estados brasileiros consideram apenas o Risco Habitual e o Alto Risco. Abranger as usuárias de Risco Intermediário permite identificar o impacto real desta classificação e sua relevância para o pré-natal na percepção da mulher que vivenciou o cuidado pela equipe de saúde.

Assim sendo, este estudo parte da seguinte inquietação: Como as mulheres que foram classificadas como gestantes de Risco Intermediário vivenciaram o pré-natal no PRMP? Tem-se como objetivo apreender a vivência dessas mulheres no cuidado pré-natal.

MÉTODO

Este estudo é um recorte de pesquisa maior intitulada: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP/UEL e obteve parecer favorável de número: 2.053.304 em 09 de maio de 2017 e CAEE 67574517.1.1001.5231.

Trata-se de pesquisa qualitativa com enfoque na Fenomenologia Social de Alfred Schütz. As investigações qualitativas se preocupam com a realidade em uma dimensão

sociocultural a qual se expressa por meio de crenças, valores, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas que não podem ser quantificados. A Fenomenologia Social, tal como preconizada por Alfred Schütz apresenta-se como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra, explicita e se preocupa com fenômenos sociais tais como são vividos pelas pessoas. É um referencial que visa compreender a vivência intersubjetiva, ou seja, o mundo com os outros, a relação social, sempre com o olhar voltado para o atendimento das ações dos seres humanos e suas relações sociais dotadas de significado. Essas ações são impulsionadas pelos “*motivos por que*” e pelos “*motivos para*”. Os “*motivos porque*” são razões derivadas de experiências passadas. Motivos os quais constituem a bagagem de conhecimentos dos indivíduos. Os “*motivos para*”, são as expectativas dos indivíduos, basicamente é formada por categorias subjetiva. (MINAYO, 2017; SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2012; CAPALBO, 2008)

Este referencial permite a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas, no caso deste estudo, no que corresponde a vivência das mulheres no pré-natal de Risco Intermediário no âmbito da Atenção Básica, segundo as recomendações do Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cascavel, PR-Brasil, área de abrangência da Décima Regional de Saúde (10ª RS) do Estado do Paraná e no município de Foz do Iguaçu PR, pertencente a 9ª Regional de Saúde (9ª RS).

Foram pesquisadas as mulheres que realizaram o pré-natal de Risco Intermediário (RI) nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu, conforme preconizado pelo Programa Rede Mãe Paranaense. O cenário do estudo foi a Atenção Básica, compreendendo Unidades Básicas de Saúde com equipes de Atenção Básica (eAB) e/ou (eSF) equipes de Saúde da Família.

Foram incluídas no estudo as mulheres/mães com idade igual ou superior a 18 anos que realizaram as consultas de pré-natal e foram classificadas pela equipe como Risco Intermediário e que concluíram o pré-natal nos hospitais vinculados ao PRMP, em Cascavel/PR Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP e em Foz do Iguaçu/PR, no Hospital Municipal Ministro Costa Cavalcante (HMMCC). Todas capazes de comunicarem-se por meio da fala e após aceitarem participar da pesquisa espontaneamente com os devidos esclarecimentos a cerca do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas todas as mulheres classificadas como Risco Habitual ou Alto Risco, e também as que vivenciaram morte fetal

ou aborto na gestação referente ao estudo, assim como, aquelas que concluíram o pré-natal, parto e nascimento na rede particular ou conveniada. Para andamento das entrevistas houve a prévia autorização das respectivas Regionais de Saúde e hospitais.

As participantes foram identificadas a partir dos registros de prontuários dos hospitais e UBS responsáveis pelo cuidado pré-natal e parto. As usuárias foram contactadas previamente por telefone para os esclarecimentos sobre a pesquisa, seus aspectos éticos, e interesse e disponibilidade em participar do estudo, após a concordância, foi estabelecido o local com a confirmação do endereço, agendamento da data e horário da visita para a coleta dos dados.

A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista gravada com equipamento digital. As quais foram realizadas individualmente, sem interferências de terceiros e em local privativo para promover um ambiente adequado para que as falas pudessem ser ricas em significados.

Optou-se por formular questões abertas, com instrumento semi-estruturado. O instrumento utilizado foi elaborado a partir de questões norteadoras divididas em eixos temáticos específicos. Após as entrevistas os relatos foram transcritos na íntegra e houve leitura atenta e repetitiva a fim de identificar as motivações— “motivo porque” e “motivos para”. Identificando o “motivo porque” relacionado à vivência passadas e presente - explicação posterior ao acontecimento e o “motivo para”, a orientação para a ação futura, ou seja, ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação. (SCHÜTZ, 2012).

Para tanto, foram elaboradas os seguintes eixos temáticos: conhecimento sobre o PRMP; Acesso e Acolhimento no serviço; Atendimento Multiprofissional; Educação em Saúde e, por último, perspectivas frente aos profissionais, políticas e programas de saúde voltados ao cuidado pré-natal. O instrumento com as questões orientadoras foi aplicado com antecedência, para validar se as questões estariam pertinentes e se os relatos responderiam aos objetivos do estudo. Com o instrumento validado, a entrevista teste foi incluída no resultado do estudo, pois trouxe informações relevantes. Também foram fotografadas as carteiras de gestante das participantes do estudo com o intuito de observar os registros e anotações por parte da equipe de saúde.

Por sua vez, a análise dos dados foi realizada conforme recomendado pelos pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: 1º passo: Leitura atenta e criteriosa de cada relato na íntegra, procurando, primeiramente, identificar e apreender o sentido global da ação social de cada participante. 2º passo: Releitura de cada depoimento

com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e aos “motivos para”. 3º passo: Agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de categorias concretas. 4º passo: Análise das categorias concretas para a compreensão da ação social. 5º passo: Constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos por que” e “motivos para” expressos na análise das categorias concretas. 6º passo: Discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e outros referenciais relacionados temática deste estudo. (CALDEIRA et al., 2012)

As participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa, bem como a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Todos os requisitos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foram respeitados em todas as etapas da pesquisa (BRASIL, 2012). A privacidade das participantes foi preservada, sendo as mesmas identificadas como usuárias (U), seguidas por números arábicos conforme a ordem das entrevistas, sendo U1, U2 e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa oito mulheres classificadas como Risco Intermediário. Três (3) pertencentes 9º RS (Foz do Iguaçu) e cinco (5) pertencentes a 10º RS (Cascavel). Quanto à faixa etária, as mães apresentaram idades entre 19 a 33 anos, com média de 25 anos. Em relação ao estado civil, apenas uma (1) usuária era casada, cinco (5) mantinham união estável e duas (2) apresentavam-se como solteiras. A maioria das mulheres (5) não trabalhavam e o restante (3) possuíam emprego fixo. Quanto à escolaridade das mães, uma (1) tinha ensino fundamental incompleto, três (3) com ensino fundamental completo e quatro (4) com ensino médio completo. Todas as participantes tinham nacionalidade brasileira. Quanto ao histórico reprodutivo, somente uma das usuárias era primigesta e o restante múltíparas, das oito mulheres: sete tiveram parto vaginal e somente uma realizou parto do tipo cesárea.

Quando questionadas a respeito dos profissionais que realizaram o acompanhamento do pré-natal, a maioria respondeu que tiveram atendimento somente pelo médico, rara as exceções que respondiam ter realizado a primeira consulta com o enfermeiro e depois continuou o atendimento até o final da gestação com o médico. A

maioria também realizou o acompanhamento na UBS pela eAB/eSF desde o primeiro trimestre, sendo que apenas uma foi encaminhada ao Centro de Atenção Especializada (CAE). Além disso, das oitos entrevistadas, salvo uma que já realizava atendimento odontológico fora do Sistema Único de Saúde, quatro realizaram pelo menos uma consulta odontológica.

Acerca da quantidade de consultas realizadas no pré-natal pelas usuárias, 87,5% realizaram mais de sete consultas e 12,5 % mantiveram a média entre 5 a 7 consultas. No que tange aos exames de rotina do pré-natal, cinco realizaram todos os exames dos trimestres, três somente realizaram em dois trimestres.

Por meio das características típicas das mulheres estudadas permitiram-se a análise dos significados em categorias que congregam a compreensão da experiência vivida no tempo passado e presente – “motivos por que” e a intencionalidade da ação – “motivos para”.

A partir da análise das falas das participantes, nos “Motivos Por que”, foram identificadas quatro (quatro) categorias: Conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense; Acesso e acolhimento; Atendimento multiprofissional e suas peculiaridades e Educação em saúde.

Na categoria referente ao Conhecimento sobre o Programa: Rede Mãe Paranaense – PRMP foi constatado que as usuárias não possuem conhecimento a respeito do programa, embora relatassem já ter tido contato como o nome do programa, mas que não tinham nenhum conhecimento sobre o funcionamento e propostas do Programa Rede Mãe Paranaense. Obtiveram-se os seguintes relatos:

Não, rede mãe paranaense não. (U2)

Já ouvi falar, mas em Curitiba, não sei te falar o que é. (U3)

Já ouvi falar, mas nunca me aprofundei na verdade. No posto mesmo acho que tem um folder na parede, mas não lembro bem. (U4)

Na categoria *Acesso e Acolhimento*, as usuárias revelam suas vivências pessoais de acordo com a bagagem de conhecimento a respeito do pré-natal. De modo geral, houve concordância positiva entre as usuárias com relação aos profissionais de saúde.

Ela (a médica) foi bem atenciosa comigo, em todas as consultas, eu gostei muito dela, fui muito bem atendida. (U1)

Foi bom, o doutor me fazia perguntas, se eu estava sentindo alguma coisa. No Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) quando eu ia, eles faziam a ultrassom, eles queriam saber se estava tudo bem com a neném, aí depois do exame eu voltava embora e retornava na outra semana. (U4)

Foi bom. A médica tirou todas as minhas dúvidas. (U6)

Quando estava aqui no posto estava bom, quando eu fui para lá no CAE (Centro de Atendimento Especializado) não gostei muito não, o doutor nem olhava para minha cara, para ele tudo era normal, eu sentia dor no abdome, depois descobri que estava com um problema (U8)

Ainda sobre o acesso, quando questionadas a respeito de facilidades e dificuldades aos serviços de saúde, a maioria das usuárias relataram ter tido facilidade ao agendamento das consultas e exames do pré-natal, porém em relação ao exame de imagem (ultrassonografia) relataram difícil acesso. Assim, as respostas foram:

Pelo SUS mesmo você tem duas ecografias e são bem demoradas. O ultrassom foi bem demorado, eu fui fazer minha primeira ultrassonografia com quase cinco meses. (U1)

A ultrassonografia do SUS, sem comentários, até hoje eles não me ligaram pra fazer à segunda (risos), então eu paguei porque sabia que não sairia, só fiz a primeira mesmo. (U2)

Acho que tive só dificuldade a respeito do especialista, na demora dos exames e do resultado. (U3)

Eu tive dificuldade para ser atendida pelo dentista, porque não tinha mais horário pra agendar quando eu ia. (U7)

Contudo, de acordo com os registros das carteiras de gestante, quatro das entrevistadas realizaram mais que três USG, duas foram submetidas a duas USG e duas, uma USG. Além das dificuldades com a ultrassonografia obstétrica, duas das entrevistadas mencionaram dificuldade no acesso à assistência farmacêutica.

Para anemia eu tomei os comprimidos pelo posto, o sulfato ferroso, mas o Noripurum, eu tive que comprar, ele é bem carinho. (U1)

A maioria dos medicamentos eu comprei, não tinha na rede. (U3)

A respeito do Atendimento Multiprofissional e suas peculiaridades, as usuárias revelaram nessa temática as ações e procedimentos realizados durante a atenção do pré-natal:

Era só aquela consultinha do pré-natal mesmo, mostrar os exames, aí como eu estava com anemia, ela (médica) me passava o sulfato ferroso, só isso. Escutei o coração. (U2)

Eu deitava na maca, ele media minha barriga, auscultava o coraçãozinho, normal. Tive a primeira consulta com a enfermeira, para dar início. Ela perguntava um monte de coisa, os dados que ela precisava para preencher o cartão. (U4)

Fazia consulta uma vez no mês, no final da gestação uma vez por semana. A médica fazia um monte de pergunta, como é que eu estava, se eu tinha perdido líquido, se eu estava bem, examinava o coração do bebê, media a barriga. (U5)

Não era como eu esperava, eu achei muito fraquinho. Por que eu praticamente tinha que obrigar ela (médica) a me explicar as coisas. Ela tinha um pouco de preguiça de explicar as coisas. Com a Enfermeira eu só tive a primeira consulta, para preencher a carteirinha, ela me explicou as dúvidas que eu tinha. Fiz duas consultas com o dentista, foi bom. (U6)

Acho a Enfermeira importante por que ela está ali para ajudar, então eu conversava mais com ela. A médica dava o resultado geral, me perguntava se estava me sentindo bem, ouvia o coração do bebê, fazia medidas. A Enfermeira fazia os exames de teste rápido. (U7)

Sobre a Educação em Saúde, foi compreendido que as usuárias revelaram experiências negativas, segundo suas perspectivas no que diz respeito a Educação em saúde tanto individual, no ambiente dos consultórios, quanto no âmbito das atividades em grupos com temas relacionados ao ciclo gravídico, puerperal e cuidados com o recém-nascido. As usuárias relataram:

Participei de uma “reuniãozinha” que tinha uma moça do banco de amamentação, foi aí que tive mais informação. Fora isso era só aquela “consultinha” do pré-natal mesmo, mostrar os exames. (U2)

Não tive nada no posto, eu pesquisava na internet, eu até nem consegui amamentar no peito, tenho bem pouco leite. Eu pensei que ia ter palestra ou alguma coisa. Só tive no hospital mesmo. (U3)

Não participei de nenhum grupo de gestantes, e não fui informada pela unidade. Os primeiros cuidados, e amamentação me explicaram só no hospital quando estava com o neném nos braços. Eu tive muita dificuldade na

amamentação por que eu não sabia nada. Ela só respondia o que eu perguntava. (U6)

Não recebi educação em saúde, só com as gestantes que a gente encontra na porta do posto (risos). (U8)

Também foi identificada uma categoria referente aos “motivos para”: O que espera dos profissionais, políticas e programas públicos de saúde voltados ao pré-natal:

Ah eu acho que os doutores que fazem o pré-natal tinham que ter mais. Todo mês você deve fazer ecografia do neném, pra ver como que tá, acompanhar mais o bebê, eu acho que poderia ser assim. O SUS assegura duas ecografias, mas são bem demoradas, eu acho que deveria ter mais ecografia pra gente. (U1)

O médico da família que atende todos ali, e que na minha opinião, não entende muito sobre pré-natal, porque, eu já tive um pré-natal com ginecologista, então, é totalmente diferente. Um ginecologista para o pré-natal seria interessante. (U2)

Acho que tinha que ter especialista no posto, mais palestra principalmente pra as gestantes de primeira viagem. E hoje em dia a gente tem direito ao parto humanizado, mas ninguém fala sobre isso, se você não ir atrás[...]. (U3)

O grupo de gestantes acho que é importante ter para quem não tem experiência. (U4)

Eu acho que o médico tem que ter mais vontade de explicar para a gente, por que eu perguntava porque eu pesquisava muito na internet, mas as pessoas que não tem esse acesso às vezes nem fica sabendo de algumas coisas importantes (U6)

Acho que tem que ter mais facilidade nos exames, acho que devia ter todo um processo maior, do que só atendimento, por que as mães de primeira viagem não sabem nada, podia ter mais palestras no posto, reunião com as enfermeiras e com os médicos. (U7)

Faz-se imprescindível ressaltar que outro dado deste estudo para além das entrevistas, refere-se à observação das carteiras de gestante de todas as participantes do estudo, no sentido de verificar se o atendimento foi registrado como uma das formas de assegurar o pré-natal de qualidade. Quanto à estratificação do risco gestacional, 37,5 % das usuárias foram estratificadas em todas as consultas, o restante ou não foi registrado na carteira de gestante ou foi somente classificado no primeiro trimestre.

Em relação às mulheres que não constavam estratificação na carteira se manteve a estratificação dos bancos de dados realizados pela equipe e pelos prontuários dos hospitais da coleta de dados deste estudo. Ainda no tocante estratificações, do total das oitos usuárias participantes somente uma foi estratificada corretamente conforme determina a Linha Guia do PRMP (2018).

Haja vista que a estratificação é uma forte aliada para a ordenação do fluxo de atendimento que a gestante deve seguir, de acordo com sua estratificação e avaliação da equipe, para encaminhamento para outros setores da rede de atenção.

DISCUSSÃO

Em conformidade com os dados levantados por esse estudo, por meio dos relatos das vivências e experiências das participantes, as mesmas não demonstraram possuir conhecimento a respeito do Programa Rede Mãe Paranaense, que está diretamente vinculado com o atendimento do pré-natal prestado a elas. As usuárias referiam ter ouvido sobre o PRMP, mas não sabiam colocar em palavras o que é exatamente o programa e suas ações, o que corrobora com estudo realizado no interior do Paraná, no qual também foi constatado ausência de conhecimento do PRMP dificultando assim a garantia de seus direitos. (FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017).

Para a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, o que somos hoje, constitui a nossa situação biográfica. (SCHÜTZ, 2012). Esta situação só se torna possível por meio das experiências e vivências, bem como, da nossa bagagem de conhecimento, quer seja, conhecimento adquiridos dos antecessores, das pessoas do convívio ou por meio de conhecimentos de estudos, leituras entre outros.

Assim sendo, percebe-se que a bagagem de conhecimentos das participantes do estudo, de acordo com a fenomenologia social, sobre o as propostas do PRMP e sua importância, é escasso no grupo social pesquisado. (SCHÜTZ, 2012).

Quanto aos objetivos e compromissos do Programa Rede Mãe Paranaense na AB, trata-se de um conjunto de ações e políticas públicas, com o objetivo de organizar os processos de atenção à saúde materna e infantil e proporcionar um atendimento de qualidade e humanizado, tendo em vista a redução da razão da mortalidade materna e infantil. (PARANÁ, 2018).

Sob essa ótica, entende-se esse grupo pela compreensão da cultura, seus valores, suas crenças, suas normas e os modos de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que passam a orientar as decisões e os pensamentos de maneira padronizada. (SCHÜTZ, 2012). Sendo assim, é necessário compreender a cultura da gestante direcioná-la à atenção de sua saúde para o núcleo familiar e social ao qual pertence, oportunizando o acesso à saúde, inclui-se também, o esclarecimento sobre seus direitos garantidos, assim como, estabelecimento de responsabilidades com autonomia, tornando o atendimento humanizado e integral.(CALDEIRA et al, 2017).

Por meio dos relatos das participantes deste estudo, foi possível analisar que não houve o empoderamento do cuidado, realizado pela equipe multiprofissional. Conforme preconiza a Rede Cegonha, não basta que seja ofertado atendimento em quantidade, mas sim um atendimento que proporcione atenção à saúde que seja capaz de trazer resolutividade ao problema de cada usuário. Ademais o período gestacional representa uma fase de aprendizado para a mulher e sua família, sendo um momento de intensas transformações físicas e psicológicas, necessitando, assim, de um cuidado qualificado e humanizado. (BRASIL, 2013).

O pré-natal mostra-se como forte aliado na luta contra a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, por isso a equipe de saúde deve oferecer à gestante e seus familiares suporte emocional, troca de experiências e conhecimentos, além do cuidado clínico de qualidade, considerando as singularidades da forma com que cada mulher vivencia, promovendo assim, uma maior adesão ao pré-natal, e proporcionando a mulher se integrar do seu cuidado de fato. (OLIVEIRA et al., 2016).

A falta de conhecimento das participantes sobre o programa pode estar vinculada a ausência da enfermagem, principal orientadora na realização do pré-natal na atenção básica. Nesse sentido, em estudo realizado no Paraná em 2017 por Francisqueti, Teston e Costa (2017), sobre perspectivas das gestantes do atendimento, também se obteve relatos nos quais as mulheres não reconheceram o atendimento de enfermagem e afirmaram a falta desses profissionais no decorrer do acompanhamento pré-natal.

Quanto a Assistência recebida durante o pré-natal na Atenção Básica, os relatos das participantes no primeiro momento se deram acerca do Acesso e Acolhimento. O acolhimento começa a partir de uma escuta ativa e qualificada da usuária. A escuta ativa é considerada um dos fatores principais para o alcance do pré-natal de qualidade, e por meio dela é possível a formação da relação de cuidado entre profissionais-usuárias, do vínculo

com a unidade de saúde e viabiliza a detecção de vulnerabilidade de acordo com o contexto social da mulher, sendo essencial para a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

A reciprocidade de intenções proposta por Alfred Schütz (2012), pode se tornar aplicável nesse contexto, quando a equipe multiprofissional em todos os momentos de suas relações sociais de cuidado, no momento em que praticam a relação face a face atuam para atingir aos mesmos objetivos com intenções recíprocas para o cuidado. Isto também vem ao encontro daquilo que a mulher requer, possibilitando reciprocidade entre o ser que cuida e o ser cuidado. Nesta relação todos os envolvidos possuem interesses recíprocos no que tange ao cuidado com a gestante na atenção ao pré-natal.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a grande maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, realizou o número mínimo de consultas, assim como os exames preconizados e tiveram facilidades quanto aos agendamentos e encaminhamentos para os outros níveis de atenção conforme o PRMP preconiza. Quanto às dificuldades, as usuárias, apontaram deficiência no acesso para a realização da ultrassonografia obstétrica pelo serviço, e muitas revelaram ter realizado pelo menos um exame de imagem no serviço particular.

A realização de pelo menos uma ultrassonografia durante a gravidez foi incluída como um indicador de qualidade do cuidado ao pré-natal pela Rede Cegonha. Enquanto que o PRMP recomenda a realização de dois exames de imagem no decorrer do pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre e outra no segundo trimestre sendo fundamental para a estima da idade gestacional e avaliação do crescimento fetal (DOMINGUES, 2015; PARANÁ, 2018). Apesar da demora no agendamento, as usuárias realizaram pelo menos dois exames pelo Sistema Único de Saúde. Sendo assim, os municípios do estudo, estão de acordo com o que é preconizado pelo PRMP, mesmo com uma alta demanda de gestantes, porém, por bagagem de conhecimento equivocada as mulheres super estimam a ultrassonografia como fator essencial de qualidade e satisfação.

Em relação ao atendimento multiprofissional, compete à equipe de saúde, no que tange ao atendimento no pré-natal, realizar o levantamento e a sistematização de indicadores de morbimortalidade e dados demográficos de sua área de abrangência, prestar assistência às mulheres gestantes, estabelecer ações de prevenção, educação em saúde, grupos de gestantes, identificar a presença de riscos para a gestante e feto, vincular as gestantes aos sistemas de informações de saúde (SISPRENATAL, etc.) e mantê-los

atualizados, realizar o preenchimento das carteiras de gestantes, avaliar a necessidade de visitas domiciliares e realizar atendimento programado para as gestantes (PARANÁ, 2018).

Na assistência ao pré-natal o enfermeiro tem o papel principal de educador, deve orientar as mulheres e seus familiares da importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL, realizar a consulta de pré-natal, testes rápidos, estratificação de risco a cada consulta, exame das mamas e ginecológico, solicitar exames de acordo e prescrição de medicamentos conforme o protocolo. Já ao profissional médico cabe realizar a consulta de pré-natal e preencher a carteira da gestante, realizar estratificação de risco, a cada consulta, e encaminhar para o centro de atenção especializada se necessário, alimentar o sistema de informação, solicitar exames complementares e avaliar e tratar se necessário, atender a intercorrências clínicas e encaminhar para os serviços de urgência/emergência, e assim como a enfermagem deve realizar atividades educativas (individuais/coletiva) para as gestantes e realizar visita domiciliar durante o período gestacional e puerperal sempre que necessário (BRASIL, 2013).

Além desses profissionais citados a AB conta com o cirurgião dentista, o qual no pré-natal deve atender as gestantes e realizar consultas odontológicas de pré-natal, avaliar a saúde bucal e a possibilidade de tratamento durante a gestação, orientar quanto aos fatores de riscos e a vulnerabilidade em relação a saúde bucal e manter as gestantes orientadas quanto ao atendimento ao pré-natal da AB e a periodicidade do atendimento (BRASIL, 2013).

Foi possível observar entre os relatos que a odontologia, assim como a enfermagem tiveram ações secundárias no cuidado às gestantes de risco intermediário, quando não ausentes. Poucas revelaram ter consulta com esses profissionais, corroborando com estudos brasileiros onde se obteve resultados semelhantes a respeito das consultas odontológicas por meio do próprio discurso da usuária e congruente com a ausência de registro na carteira de pré-natal (BAGGIO et al., 2017; SANTOS NETO et al., 2012).

O atendimento com o profissional médico foi bem enfatizado nos relatos, e a maioria conseguiu resgatar os procedimentos técnicos das consultas individuais, como a ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), a realização da medida da altura uterina, avaliação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos que vivenciaram durante as consultas com o profissional.

Houve também alguns relatos negativos a respeito das consultas realizadas, sendo consideradas, por elas, superficiais. A utilização do termo “era só aquela consultinha mesmo” demonstra a insatisfação com o pré-natal vivenciado no PRMP, além disso, as que citaram o atendimento de enfermagem no pré-natal enfatizaram que o papel da mesma foi de orientar, onde a enfermeira “conversava mais” e esclarecimento de dúvidas das usuárias. O PRMP preconiza que nas consultas de pré-natal ocorra a anamnese, avaliação clínica, exame físico em geral, ginecológico e obstétrico orientação e avaliação dietética, além das ações educativas em grupo ou individuais (PARANÁ, 2018; BUGS et al., 2016). Ambos profissionais, de enfermagem e de medicina, estão habilitados para tais procedimentos dentro do exercício da sua profissão, e ainda se preconiza que as consultas do pré-natal possam ser intercaladas entre esses profissionais, contudo, foi possível perceber que o atendimento na AB ainda segue o modelo biomédico assistencialista (SILVIA et al., 2016).

No que se refere à educação em saúde, entende-se que a mesma faz parte do cuidado, sendo realizada individualmente e/ou em grupos. Pequena parcela dos relatos revelou que ocorreu de forma sutil a realização de orientações individuais no atendimento tanto de enfermagem quanto médico, sendo insatisfatório.

As ações de educação em saúde em grupo proporcionam o compartilhamento de experiências e conhecimentos a respeito da gestação, parto e cuidados com o recém-nascido. Cada mulher possui suas singularidades, o que possibilita momentos reflexivos e de questionamentos no grupo, conseqüentemente propiciando autonomia à usuária diante de seu cuidado, sendo importante para que a gestação seja uma experiência positiva (SANTOS et al., 2016).

As atribuições descritas na linha guia do PRMP (2018) em referência a educação em saúde traz como competência da equipe de saúde:

[...] estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas prioritizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos humanos necessários e do tempo despendido com tais atividades (PARANÁ, 2018).

Sendo assim, a educação em saúde deve ser vista como uma ferramenta importante no processo do cuidado, levando em consideração as particularidades do período gestacional, em que as mulheres vivenciam situações de modificação e adaptação, cabendo à equipe multiprofissional, realizar atividades em grupos para viabilizar o acesso a informações, orientações que podem subsidiar o cuidado da mulher gestante (ALMEIDA et al., 2011).

Além disso, percebe-se que a falta de valorização da enfermagem pode estar vinculada também a limitação de atividades voltadas para a educação em saúde na atenção ao pré-natal, estudo realizado no sudoeste do Paraná também obteve a mesma conclusão (SANTOS et al., 2016). Visto também nos relatos das mulheres estudadas, que tiveram somente atendimento com o profissional médico. Em vários relatos foram citados a falta de palestras e grupo de gestantes que afetaram negativamente a vivência da gestação, pela falta de informações a respeito de trabalho de parto, amamentação, cuidados com o bebê, entre outros.

É fundamental que os profissionais de saúde, criem um ambiente que possibilite o diálogo com as gestantes, respeitando os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, assistindo estas mulheres integralmente, principalmente as gestantes de risco intermediário devido as suas vulnerabilidades. A enfermagem destaca-se como principal facilitador das atividades de educação em saúde, já que o cuidado às pessoas é o principal instrumento desta (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Para a Fenomenologia Social, faz-se necessário chegar à subjetividade das pessoas, ou seja, que os cuidadores possam atuar no sentido intersubjetivo, bem como, todos os profissionais da saúde, para que haja de fato um convencimento para o empoderamento do cuidado em todo o ciclo gestacional, parto e puerpério. (SCHÜTZ, 2012).

Na categoria que apresenta os motivos para, o projetar-se para o futuro no que tange as expectativas das usuárias sobre os profissionais, políticas e programas públicos de saúde voltados ao pré-natal, evidencia-se que parte das mulheres entrevistadas tiveram algum tipo de atendimento no Centro de Atenção Especializada (CAE) e nos relatos demonstram terem expectativas de serem atendidas como no CAE, não tendo confiança e satisfação no atendimento na AB (SCHUTZ, 2012).

Percebe-se que as participantes possuem dificuldades em entender o fluxo de atendimento realizado na Atenção Básica, e em diferenciar os três níveis de atenção e

correlacionar necessidades que levam a um atendimento externo a AB. Relatam também insegurança quanto à capacitação dos profissionais.

Como observado na primeira categoria desse estudo a respeito do que conheciam sobre o PRMP, não se encontrou diferença ao serem questionadas a respeito das suas expectativas em relação aos programas e políticas públicas voltadas para a atenção a saúde materno-infantil. Todas mostraram desconhecimento a respeito do tema, pois não possuem bagagem de conhecimento mais aprofundada sobre o tema.

Além disso, revelam suas expectativas frente ao atendimento ao pré-natal. As mesmas esperam melhor atendimento e mais oferta/disponibilidade de exames de imagens e no que tange a educação em saúde, tanto individual quanto em grupo.

Ainda referente às expectativas das usuárias, aquelas que tiveram atendimento anterior em centros especializados, ressaltaram que preferem e esperam atendimento por especialista (Ginecologista/Obstetra), entendem que o clínico geral não está capacitado para prestar o atendimento no pré-natal. Schütz (2012) revela que a importância do significado é dada pela experiência passada que a pessoa possui sobre um fato. Isto faz com que o significado das ações seja dado em consonância com as suas experiências anteriores.

Por isso, é essencial a orientação às usuárias a respeito do fluxo de atendimento do pré-natal, os programas que estão envolvidos no atendimento, no caso PRMP, em que a AB é responsável por tal assistência, que os profissionais atuantes na área de saúde são capacitados para o cuidado pré-natal, o encaminhamento para os níveis secundários e terciários de atenção são preconizados para atendimentos que não possam ser resolvidas na AB e/ou intercorrências clínicas graves. Por isso a importância da utilização correta dos critérios de estratificação do risco gestacional, o qual permite verificar a melhor forma das necessidades de encaminhamentos para os outros serviços de saúde.

As participantes esperam ter maior acesso no tocante a ultrassonografia obstétrica, para melhor acompanhamento do desenvolvimento fetal. Ressaltam também a expectativa frente aos grupos de gestantes, principalmente para as primigestas, e a necessidade de abordar temas relacionados à gestação, amamentação e cuidados com o recém nascido.

Ademais, também esperam ter mais acesso a informações relacionadas a existência dos programas e políticas públicas voltadas para saúde das mulheres pois não tiveram oportunidade para adquirir conhecimento dos programas e políticas que estão relacionados ao atendimento do período da gestação, parto e puerpério.

Tal insegurança é ocasionada pelo desconhecimento das usuárias estudadas no que tange ao cuidado no pré-natal na AB, e levando em conta que as mulheres estudadas foram estratificadas como RI deveria ter maior acompanhamento e empoderamento para um cuidado de qualidade e humanizado. Todos esses fatores citados estão diretamente ligados com a falta de atenção ao acolhimento, apesar de que quando questionadas demonstraram serem bem atendidas, no entanto se fossem acolhidas de fato pela equipe multiprofissional e tivessem uma educação em saúde de qualidade não demonstrariam tal insegurança quanto a AB e nem o desconhecimento do PRMP e os seus direitos durante o período gestacional e após ele.

Para a Fenomenologia social de Alfred Schütz, todo o estoque de conhecimentos adquirido, experiências e vivências, permitem a elaboração da situação biográfica de cada um. (SCHÜTZ, 2012). Para que a importância e as ações do PRMP possam ser compreendidas pelas gestantes, e de ser aderido pelos profissionais de saúde, faz-se necessário renovar o estoque conhecimentos sobre o mesmo, permitindo assim, situar-se biograficamente de forma diferente. Isso conseqüentemente estará envolto na melhora da qualidade na atenção do pré-natal, em especial às gestantes de Risco Intermediário.

A carteira de gestante é um dos principais instrumentos de comunicação entre as equipes de assistência pré-natal e ao parto, quanto aos problemas identificados e às condutas adotadas, possibilitando assim a continuidade do cuidado (VIELLAS et al., 2014).

Assim sendo, quanto ao preenchimento das carteiras de gestantes, foram encontradas algumas inconsistências, principalmente no preenchimento da estratificação de risco gestacional por parte dos profissionais encarregados de tal avaliação. A falta de registro ou registros incompletos também foi apontada por estudos em diversas regiões do Brasil (COELHO et al., 2015; SANTOS NETO et al., 2012; POLGLIANE; SANTOS NETO; ZANDONADE, 2014). Deste modo, a omissão do registro, pode comprometer o acompanhamento adequado da gestação e do parto, principalmente no caso de gestantes encaminhadas aos outros níveis de atenção à saúde (COELHO et al., 2015). A partir disso emerge o seguinte questionamento: o procedimento de fato não foi realizado ou foi realizado, porém não foi registrado. Estratégias, como, por exemplo, educação permanente dos profissionais, tornam-se necessárias para tentar minimizar essas dificuldades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PRMP trouxe uma proposta fundamentada para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil. Assim, entende-se que precisa ser compreendida na percepção das mulheres que vivenciaram o pré-natal no contexto dessa rede, perpassando por aspectos de fragilidades, mas também de potencialidades. Este escutar pode tornar possível a possibilidade de melhoria do programa.

Por meio do referencial condutor deste presente estudo, apreendeu-se como as mulheres vivenciam e interagem com a rede no cuidado pré-natal. Os relatos das usuárias do PRMP trouxeram o concreto do vivido que em sua maioria não condiz com o que se preconiza o PRMP.

Sendo assim, quando suas necessidades de saúde não são atendidas como a mulher espera, surgem expectativas no sentido de terem mais atenção e orientação da equipe bem como, o aumento do número de profissionais e exames.

Acredita-se que este estudo no âmbito da assistência e do ensino poderá contribuir no sentido de esclarecimentos e prática no que tange ao Risco Intermediário e sua importância. Na gestão, espera-se que possa suscitar o aperfeiçoamento e desenvolvimento da estratégia voltada ao público materno-infantil no estado do Paraná e outras regiões que por ventura despertem interesse para essa modalidade de assistência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. C. B. et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/11>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

BAGGIO, M. A. et al. Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 3, set. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301>>. Acesso em: 30

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica n. 32. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80p. (série I: História da Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria GM nº 569 de 01 de junho de 2000**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 14 Mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 Set. 2018.

BUGS, T. V. et al. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no programa rede mãe paranaense. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 185-194, dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576>>. Acesso em: 31 Out. 2018.

CALDEIRA, S et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da Fenomenologia Social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 888-895, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf>. Acesso em: 29 Set. 2018.

CALDEIRA, S. et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e. 992, abr./mar. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>>. Acesso em: 14 Mar. 2018.

CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2008.

CASCADEL. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria Municipal de Saúde – SESAU, Departamento de Atenção à Saúde. **Procedimento Operacional Padrão – Pré-Natal de Risco Habitual nº 043**. Cascavel, 2018.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1297-1316, mar./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>>. Acesso em: 14 Abr. 2017.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>>. Acesso em: 03 Out. 2018.

COELHO, T. T. G. et al. Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Santa Cruz**, v. 19, n. 2, p. 117-122, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22098/15058>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

DOMINGUES R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 140–147, Mar. 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003>. Acesso em: 03 Out. 2018.

FRANCISQUETI, V.; TESTON, E. F.; COSTA, M. A. R. Atendimento ambulatorial sob a perspectiva de gestantes. **Rev. Enferm.**, v. 11, n. 5, p. 1875-1881, mai. 2017.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00163.pdf>>. Acesso em: 29 Set. 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

MAMEDE, F. V; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaucha Enfermagem**, São Paulo, v. 36 (esp), p. 262 - 266, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0262.pdf>>. Acesso em: 23 Ago. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 2 Out. 2018.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0016.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

NETTO, A et al. Mortalidade infantil: avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense em Regional de Saúde do Paraná. **CogitareEnferm**. v.22, n. 1, p.1-8, jan/mar. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47634>>. Acesso em: 01 Nov. 2018.

NETTO, ETS; et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>> Acesso em: 16 Nov. 2017.

OLIVEIRA, R. R. et al. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 4616-4622, jul 2016. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3149>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2018. 7 ed. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2018.

POLGLIANI, R. B. S; SANTOS NETO, E. T; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 269-275, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600269&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SANTOS NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SANTOS NETO, E. T et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SANTOS, A. L; RADOVANOVIC, C. A. T; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**, Maringá, v. 11, número especial, p. 61-71, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027973007/>>. Acesso em: 03 Mai. 2017.

SANTOS, C. L et al. Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 186 - 197, jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19283>>. Acesso em: 11 Out. 2018.

SANTOS, H. C. O; AMARAL, W. N. **A História da Ultrassonografia no Brasil**. 1. ed. Goiânia: Contato COMUNICAÇÃO, 2012. Disponível em: <<http://www.doutormedicamentos.com.br/wm/admin/upload/1103114623livro-ultrassonografia.pdf>>. Acesso em: 27 Out. 2018.

SCHÜTZ, A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes, 2012.

SERRUYA, S. J; CECATTI, J. G; LAGO, T. G.O Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, set-out. 2004. Acesso em: 10 Out. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>.

SILVA, C.S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4087-4098, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev Bras Ginecl Obstet**. São Paulo, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

VIELLAS, E. F et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

WHO. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. 2009. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf >. Acesso em: 04 Abr. 2017.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo trouxeram que a tipificação do pré-natal vivenciado por mulheres em região de fronteira não corresponde integralmente à expectativa das usuárias, visto que o cuidado pré-natal contemplou parcialmente aos critérios preconizados pelo PRMP, os quais não foram totalmente incorporados à prática clínica, gerando ainda uma falta de bagagem de conhecimento generalizada, dificuldades no relacionamento face a face e iniquidades em relação à reciprocidade de intenções das mulheres assistidas pelos profissionais de saúde envolvidos, além da falta de interdisciplinaridade e educação em saúde.

A intensificação do processo educativo mostrou ser uma necessidade na população do estudo, assim como, uma assistência multiprofissional, visto a diversidade dos riscos gestacionais, além do contexto sócio-econômico e cultural, em que estão inseridas as gestantes e suas famílias. A inclusão de profissionais enfermeiros, dentistas, nutricionistas, contribui para a integralidade da atenção.

O viés recordatório deve ser considerado no estudo, pois, dados obtidos por meio de entrevistas estão suscetíveis a este fato. Contudo, a observação da carteira da gestante permitiu minimizar eventuais inconsistências relatadas, ao mesmo tempo, o sub-registro dos dados também influenciou de forma negativa na obtenção de informações e congruência dos dados.

Considera-se a necessidade do aperfeiçoamento da assistência para a melhoria do processo de trabalho, merecendo maior atenção dos gestores e profissionais de saúde, com investimento em capacitação e planejamento de forma a integrar as ações em prol do progresso do cuidado pré-natal. Para mais, faz-se necessário o seguimento contínuo de avaliação do cuidado pré-natal, a fim de garantir a efetividade das ações no serviço de saúde.

Ressalta-se, por fim, que estudos que utilizam critérios que avaliam o conteúdo da assistência pré-natal devem ser estimulados, a fim de promover um monitoramento mais fidedigno das políticas de saúde materno-infantil, em especial do PRMP vigente no Estado do Paraná.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. C. B. et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/11>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

BAGGIO, MA; PEREIRA, FC; GUIMARÃES, ATB et al. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301>>. Acesso em 15 ago 2017.

BOUSQUAT, A; GIOVANELLA, L; CAMPOS, EMS. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401141&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [resumo eletrônico]**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília: Ministério da Saúde, 51p., 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 20 abr 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 17 ago 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. . Acesso em: 29 abr 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 02/04/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80p. (série I: História da Saúde). Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>>. Acesso em: 10/03/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80p. (série I: História da Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria GM nº 569 de 1/06/2000**. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 14 mar. 2017.

_____. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de situação de saúde.ed. MS. Brasília: 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 12/04/2017.

BUGS, T. V. et al. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no programa rede mãe paranaense. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 185-194, dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

CALDEIRA, S et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da Fenomenologia Social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 888-895, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf>. Acesso em: 09 ago 2017.

CALDEIRA, S; LUZ, MS; TACLA, MTGM; et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e. 992, abr./mar. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>>. Acesso em: 14 Mar. 2018.

CALDEIRA, S; PARECY, SM; MARASCHIN, MS et al. Vivência de mulher idosa tabagista: um estudo na fenomenológica social de Alfred Schütz, **Rev Min Enferm.**, v. 20, e953, 2016. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1086>>. Acesso em: 01 jan 2018.

CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2008.

CARLO, WA; TRAVERS, CP. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, p. 543 - 545, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572016000700543&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 jan 2018.

CARNEIRO, MS; TEIXEIRA, E; SILVA, SED et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>>. Acesso em: 17 dez 2017.

CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria Municipal de Saúde – SESAU, Departamento de Atenção à Saúde. **Procedimento Operacional Padrão – Pré-Natal de Risco Habitual nº 043**. Cascavel, 2018.

CAVALCANTI, PCS. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1297-1316, mar./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf> >. Acesso em: 14 Abr. 2017

COELHO, E. A. C. et al . Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>>. Acesso em: 03 Out. 2018.

COELHO, T. T. G. et al. Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Santa Cruz**, v. 19, n. 2, p. 117-122, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22098/15058> >. Acesso em: 30 Out. 2018.

CORREIO, CGK. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz para a comunicação. **Cadernos de Comunicação**, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/ccomunicacao/article/view/10646>. >. Acesso em 28 out 2018.

DOMINGUES, RMSM. et al. Adequação as assistência pré-natal segundo características maternas no Brasil, **Rev Panam Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 140-147, mar, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf> >. Acesso em: 14/04/2017.

ESPINDOLA, PM. A fenomenologia de Alfred Schutz: uma contribuição histórica. **Trama interdisciplinar**. v.3, n,1, p. 157 - 171. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/tint/article/viewFile/5013/3825>>. Acesso em: 03 mai 2017.

ESPOSTI, CDD, OLIVEIRA, AE; NETO, ET et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no sistema único de saúde da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde Soc**, v. 24, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24n3/765-779/pt.>>. Acesso em: 07 out 2018.

FARIA, DR; SOUSA, RC, COSTA, TJNM, et al. Mortalidade Materna em cidade polo da assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 1, p. 1-128, 2012. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/121>>. Acesso em: 05 dez 2017.

FELCZAK,C; RAVELLI, APX; SKUPIEN, SV, et al. Perfil de gestantes cardiopatas: alto risco. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 2:e49605, 2018 Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49605..> Acesso em: 28 nov 2018.

FERNANDES, BB; NUNES, FBBF; PRUDÊNCIO, PS; MAMEDE, FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, especial, p. 192 - 199, 2015. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>. Acesso em: 11 ago. 2017.

FRANCISQUETI, V.; TESTON, E. F.; COSTA, M. A. R. Atendimento ambulatorial sob a perspectiva de gestantes. **Rev. Enferm.**, v. 11, n. 5, p. 1875-1881, mai. 2017.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00163.pdf>>. Acesso em:29 set 2018.

FRANK, BRB; TOSO, BRGO; VIEIRA, CS; et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, abr-jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00163.pdf>>. Acesso em: 05 abr 2017.

FRIEDRICH, TL; PETERMANN, XB; MIOLO, SB; et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface**, v. 22, n. 65, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160833.pdf>>. Acesso em: 30 jul 2018.

GOYANNA, NF; NETTO, JJM, FREITAS, CASL, PONTE, MAC, DIAS, MSA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dos desafios às potencialidades. **SANARE**, 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/442>>. Acesso em: 15 jan 2019.

HUÇULAK, MC; PETERLINI, OLG. Rede Mãe Paranaense - Relato de Experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n.1, p. 77-86, abr.2014. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 20 abr 2017. .

JESUS, MCP; CAPALBO,C; MERIGHI, MAB; et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300736>. Acesso em: 02 mai 2017.

LANDERDAHL, MC; CABRAL, FB; RESSEL, LB; et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, . v. 11, n. 1, p. 105-111, mar, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15>>. Acesso em: 18/07/2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

LEAL, MC; SZWARCOWALD, CL; ALMEIDA, PVC et al. Saúde Reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos de Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915 - 1928, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

LEAL, MC; THEME-FILHA; MM, MOURA, EC; et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev Bras Saúde Matern Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan-mar, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000100091&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 dez 2017.

MAMEDE, FV; PRUDÊNCIO, PS. Contribuições de programas e políticas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaucha Enfermagem**, São Paulo, v. 36 (esp), p. 262 - 266, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0262.pdf>>. Acesso em: 23 Ago. 2017.

MARLA, V; SRII, R; ROY, DK; AJMERA, H. The importance of oral health during pregnancy: a review. **Medical Express**, v. 5, mrl18002, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300736>. Acesso em: 28 out 2018.

MARTINELLI, KG; SANTO NETO, ET; GAMA, SG; OLIVEIRA, AE. 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 Obste**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

MAYOR, MSS; HERRERA, SDSC; ARAUJO, MQ; et al. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, 2018. Disponível em: < <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079/636>>. Acesso em 26 out 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 2 Out. 2018.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**, Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 09 set 2017.

MINAYO, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr, 2017. Disponível em: <<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 25 jul 2017.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0016.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

NETTO, A; SILVA, RM; SANTOS, MF; et al. Mortalidade infantil: avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense em Regional de Saúde do Paraná. **Cogitare Enferm**. v.22, n. 1, p.1-8, jan/mar. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47634>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

NETTO, ETS; et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>> Acesso em: 16 abr 2017.

NUNES, JT; GOMES, KRO; RODRIGUES, MTPR; et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252 - 261, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

OLIVEIRA, RR. et al. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4616-4622, jul 2016. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3149>>. Acesso em: 30 out. 2018.

Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/VISA01~1/AppData/Local/Temp/Mulheres_e_Saude.pdf>. Acesso em: 04/04/2017.

Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/>. Acesso em: 26 out 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016 - 2019.** Curitiba: SESA, 2016. 200p. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>>. Acesso em: 19 jul 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.** Curitiba, 2018. 7 ed.. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 28 abr 2018.

PCHEBILSKI, LT; et al. O impacto do Programa Mãe Curitibana sobre a transmissão vertical do HIV no município de Curitiba entre 2000 e 2009. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 2, p. 76 - 83. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/6-O%20Impacto%20do%20Programa%20Mae%20Curitibana.pdf>>. Acesso em: 15 ago 2017.

PITILIN, EB; PELLOSO, SM. Internações sensíveis à atenção primária em gestantes: fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06060015.pdf>. Acesso em: 26 nov 2018.

POLGLIANI, R. B. S; SANTOS NETO, E. T; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 269-275, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600269&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SANTIAGO, CMC; SOUSA, CNS; ROCHA E NÓBREGA, LL et al. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa, **J res fundam care online**, v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4184-30635-1-PB.pdf>. Acesso em: 06 mai 2018.

SANTOS NETO, ET; et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 30 Out. 2018

SANTOS NETO, ET; et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SANTOS, AL; RADOVANOVIC, C. A. T; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**, Maringá, v. 11, número especial, p. 61-71, 2010. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3240/324027973007/>>. Acesso em: 03 Mai. 2017.

SANTOS, C. L et al. Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 186 - 197, jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19283>>. Acesso em: 11 Out. 2018.

SANTOS, H. C. O; AMARAL, W. N. **A História da Ultrassonografia no Brasil**. 1. ed. Goiânia: Contato COMUNICAÇÃO, 2012. Disponível em: <<http://www.doutormedicamentos.com.br/wm/admin/upload/1103114623livro-ultrassonografia.pdf>>. Acesso em: 27 Out. 2018.

SCHÜTZ, A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes, 2012.

SERRUYA, SJ; CECATTI, JG; LAGO, TG.O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, set-out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

SILVA, CS. et al. Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4087-4098, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SILVA, MZN; ANDRADE, AB; BOSI, MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. 103, p. 805-816, out-dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso em: 20/06/2017.

SOUZA, JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev Bras Ginecl Obstet**. São Paulo, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2017.

TERRA, MG; et al. Na trilha da fenomenologia : um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-8. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf> >. Acesso em: 04 ago 2017. .

TOMASI, E; FERNANDES, PAA; FISCHER, T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000305001&script=sci_abstract&tln g=pt >. Acesso em: 19 nov 2017.

VIELLAS, EF. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016 >.
Acesso em: 03 jul 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança**”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com **parecer favorável sob o número (2.0534.304/2017)** do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR. Precisaré realizar uma entrevista gravada, podendo ser no seu domicílio ou outro lugar escolhido por você. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra U (usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc). Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento e se necessário for, acionaremos o SAMU, caso haja alguma intercorrência clínica. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa e assistência. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, a preservar sua identidade. Você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem a disponibilizar seu tempo e alguns desconfortos que pode ter durante a entrevista, porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir nos cuidados ofertados à você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento para você, outras mulheres e crianças. Também faremos grupos de orientação ao final da pesquisa, para esclarecer suas dúvidas sobre saúde e prevenir futuros

riscos em uma nova gestação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari. Rua Joana Darc 99, meus telefones são 33222904 ou 999141138, email: ropimentaferrari@uel.br ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você. Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura da participante

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Cidade: PR, de 2017.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Caracterização das participantes:

Iniciais: _____ Idade: _____
Situação civil: () Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () União Estável
Religião: _____ Profissão/Ocupação: _____
Escolaridade: () Analfabeta () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2 grau incompleto () 2 grau completo () 3 grau incompleto () 3 grau completo
Histórico Reprodutivo: Número de Gestações: _____ Parto natural: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____ Motivo da Cesárea: _____
Local de atendimento: () UBS/ESF () Centro Especializado
Quantidade de consultas: () 1 a 3 () 3 a 5 () 5 a 7 () 7 ou mais
Início do pré-natal: () 1 trimestre () 2 trimestre () 3 trimestre
Exames laboratoriais realizados: 1 fase: _____ 2 fase: _____ 3 fase: _____
Exames de Imagem (Ecografia): () 1 fase () 2 fase () 3 fase
Risco Gestacional: () Habitual () Intermediário () Alto () Não sabe/Não Registrado
Problemas de saúde diagnosticados durante a gestação? () Sim () Não Se sim, qual(ais): _____

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - QUESTÕES ORIENTADORAS

1ª Parte – Sobre o Pré Natal – “Motivos Por que” e “Motivos Para”

Motivos Por que = O que vivenciou/experenciou até o momento (Questões 1 a 5).

1. Você já ouviu falar sobre o Programa Rede Mãe Paranaense? Conte-me o que você sabe sobre o PRMP. (O que é para você?)

Roteiro orientador: *identificar o que sabe sobre a Rede de assistência materno-infantil no seu município.*

2. Conte-me sobre a sua gestação e a assistência/acompanhamento no pré-natal no serviço de saúde.

Roteiro orientador: *Como foi para você receber assistência ao pré-natal no serviço de saúde? (Acolhimento? Tempo do profissional? Disponibilidade do profissional? Consulta/Ausculta/Medidas? Exames? Medicamentos? Orientações e Educação em Saúde em Grupo ou individual? Encaminhamentos ao ambulatório e ou hospital de referência?)*

Roteiro orientador: *além de apreender sobre como foi a assistência pré-natal, também averiguar se para a **MULTÍPARA** houve diferença entre a assistência antes da implantação da Rede Mãe Paranaense (2011) e após em 2012. Identificar se houve intercorrências (sangramentos, infecção, ameaça de aborto, doenças, etc) e se o atendimento foi “adequado” / rápido, se precisou ficar peregrinando nos serviços de saúde/municípios, se houve demora e porquê.*

3. Você recebeu Educação em Saúde e orientações dos profissionais durante à gestação? Fale-me sobre o que foi orientado.

Roteiro orientador: *Sobre Amamentação? Trabalho de Parto de Parto e Nascimento? Puerpério? Cuidados com Bebê? Planejamento Reprodutivo e Métodos Contraceptivos? Nutrição? Exercícios Físicos e Preparo para o parto? Medicamentos? Corrimentos e Infecções Sexualmente Transmissíveis? Sinais de alerta na Gestação? Riscos gestacionais? Direitos do acompanhante no parto e direitos à amamentar no período de trabalho? Outros temas que não perguntei?*

Identificar se recebeu orientações da equipe ou só buscou orientações na internet e com amigos/familiares.

4. Como você percebe as ações dos profissionais de saúde (Médico, Enfermeiro, ACS, Odontólogo, Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Outros)?

5. Você poderia falar se houveram facilidades e/ou se houveram dificuldades no acesso ao serviço de saúde durante a gestação?

Motivos para = Expectativas (Questões 6 a 8):

6. O que você espera do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde no que diz respeito ao pré natal?

Roteiro orientador: *(Para você em gestação futura ou para outras mulheres)? No que tange à consulta e as orientações e Educação em Saúde?)*

7. O que espera dos serviços, das políticas públicas e dos programas voltados à saúde da mulher no que diz respeito ao pré natal?

8. Gostaria de falar sobre algo que não foi contemplado nesta primeira parte da entrevista?

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Página 01 de 03

Considerações Finais a critério do CEP:

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

**Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)**