



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FABIANA FONTANA MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, ACESSO E
PLANEJAMENTO DO SERVIÇO PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA:
ESTUDO MISTO**

Londrina
2022

FABIANA FONTANA MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, ACESSO E
PLANEJAMENTO DO SERVIÇO PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA:
ESTUDO MISTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL.

M488 Medeiros, Fabiana Fontana.
Avaliação da assistência, acesso e planejamento do serviço pré-natal de alto risco na atenção primária à saúde e ambulatorial especializada: estudo misto / Fabiana Fontana Medeiros. - Londrina, 2022.
189 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.
Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Gravidez de alto risco - Tese. 2. Assistência pré-natal - Tese. 3. Gestão de serviços de saúde - Tese. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

FABIANA FONTANA MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, ACESSO E
PLANEJAMENTO DO SERVIÇO PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA:
ESTUDO MISTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina-PR

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta
Ferrari
Universidade Estadual de Londrina-PR

Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez
Lourenço
Haddad
Universidade Estadual de Londrina-PR

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

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá-PR

Londrina, 18 de fevereiro de 2022.

DEDICATÓRIA

Primeiramente à Deus, por ter guiado meus passos nesta caminhada e tornar possível esta realização profissional.

Aos meus filhos Miguel Fontana de Medeiros e Sarah Fontana de Medeiros, meu esposo Elias Barbosa de Medeiros e minha mãe Cleusa Josefa Fontana, pelo apoio e paciência ao estarem sempre ao meu lado nesta jornada.

Às mulheres e profissionais que participaram e contribuíram com este estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela oportunidade de realização deste grande sonho... Obrigada Senhor por mostrar o caminho e por estar comigo em todos os momentos....

À minha orientadora Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, exemplo de profissional, pesquisadora e educadora. Agradeço a oportunidade de realizar uma pesquisa tão grandiosa e estar próxima de alguém com tamanho conhecimento.

Um agradecimento especial à Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, pela colaboração e dedicação nas etapas desta pesquisa, enriquecendo meu conhecimento.

Ao Prof. Dr. Sebastião Caldeira por todos ensinamentos e paciência. Obrigada pelo acolhimento e por dividir comigo tão grande conhecimento.

Agradeço à Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, por fazer parte da minha formação desde a graduação, sou muito grata por todo conhecimento adquirido durante esta jornada.

Agradeço à Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso por todos os ensinamentos enquanto banca e pesquisadora, sempre aprendo muito com você e considero-a como grande referência no cuidado gestacional.

Obrigada a todos por aceitarem o convite e integrar a banca desta defesa, é uma verdadeira honra contar com a contribuição, conhecimento e aprimoramento deste trabalho.

Agradeço imensamente ao Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos, obrigada por ter me guiado no caminho do estudo misto, sempre com prontidão e muita sabedoria.

À Profa. Dra. Thelma Malagutti Sodré, por proporcionar-me apoio ao referencial, e me mostrar os primeiros passos para a Fenomenologia Social, obrigada por todo material fornecido na construção do meu conhecimento.

Agradeço à Prof^ª. Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza, Prof^ª. Dra. Edilaine Giovanni Rosseto e Prof^ª. Dra. Adriana Valongo Zani, vocês foram essenciais nos Seminários de Pesquisa quanto ao aprofundamento do referencial teórico e metodológico, gratidão a todas.

À Profª Dra. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi pela contribuição na realização deste sonho, sou muito grata por tê-la na minha formação.

À minha mãe Cleusa Josefa Fontana e meu esposo Elias Barbosa de Medeiros pela força e incentivo, por doarem parte de vocês na concretização deste sonho, sem vocês jamais conseguiria...

Aos meus filhos Miguel Fontana de Medeiros e Sarah Fontana de Medeiros por ajudar a mamãe e dar brilho nesta caminhada...

A minha amiga e irmã Milena Torres Guilhem Lago pelo estímulo, mostrando a possibilidade de lutar, proporcionando força no momento mais delicado da minha vida...

À minha companheira de todas as horas Izabel Dayana de Lemos Santos, obrigada pelo apoio e por estar comigo nesta caminhada, sua companhia foi muito importante para me dar força... estamos juntas sempre...

À todos os familiares e amigos que estiveram comigo, torcendo e compreendendo a importância desta concretização.

Ao grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos e Pesquisas Experimentais em Saúde da Mulher e sua Dinâmica de Vida”, nossas reflexões foram fundamentais para meu desenvolvimento científico.

Ao grupo participante da coleta de dados quantitativos, o trabalho de vocês foi fundamental para a construção deste trabalho.

Meu sincero agradecimento.

“A relação face a face é o caminho para o aperfeiçoamento da qualidade pré-natal, assim como, a potencialização da bagagem de conhecimento profissional, é um dos caminhos para que ocorra a reciprocidade de intenções e mudança na atitude profissional. Resignificar é preciso, e nós somos os antecessores e o caminho para a tipificação do cuidado gestacional de alto risco.”

Fabiana Fontana Medeiros

MEDEIROS, Fabiana Fontana. **Avaliação da assistência, acesso e planejamento do serviço pré-natal de alto risco na atenção primária à saúde e ambulatorial especializada**: estudo misto. 2022. 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

Introdução: A assistência pré-natal busca o planejamento assistencial, com enfoque na prevenção, diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Avaliar a assistência pré-natal de alto risco nos serviços de atenção primária e ambulatorial especializada, assim como, apresentar estratégias para qualificação deste seguimento. **Métodos:** Estudo misto com desenho explanatório sequencial, abordagem quantitativa-qualitativa, de um estudo de coorte prospectiva com 319 puérperas e um estudo fenomenológico com 13 gestores da assistência indireta à gestante de alto risco. Os dados quantitativos foram coletados no período de outubro de 2016 a agosto de 2017, em uma maternidade pública do Sul do Brasil, por meio de entrevista, dados da caderneta pré-natal e prontuário hospitalar. Utilizou-se instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos, e demográficos, obstétricos e puerperais. As análises descritiva e analítica foram realizadas por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). Os dados qualitativos foram obtidos por entrevista individual no período de janeiro a março de 2020, no local de trabalho dos participantes e analisados à luz da Fenomenologia Social. **Resultados:** A assistência pré-natal de alto risco foi inadequada na maioria dos critérios analisados, entretanto, quando a ocorreu na atenção primária à saúde concomitantemente com a atenção ambulatorial especializada, houve maior taxa na realização de suplementação nutricional (96,9%); exames de triagem sanguínea (98,2%); sorologia para hepatite B (97,3%); hemoglobina e hematócrito (96,0%), glicemia (95,5%), seis ou mais consultas pré-natais (94,6% - $p = 0,002$), registro da classificação de risco (75,8% - $p = 0,013$) e o recebimento de informação de emergência (78,0% - $p \leq 0,000$). Identificou-se um período de espera para o acesso ao serviço especializado de até 15 dias (32,3%), 16 a 30 dias (27,9%) e (19,1%) não tiveram acesso. Dentre os obstáculos, revelaram-se, a insuficiência de vagas, incompletude ou não monitoramento dos dados e o não atendimento aos critérios de encaminhamento. Quanto ao gerenciamento, revelou-se a realização de capacitação à equipe multiprofissional da atenção primária à saúde, tendo como desafio, a escassez de aprimoramento profissional. **Conclusão:** A assistência compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada, confirmou-se como estratégia para o aperfeiçoamento assistencial, entretanto, há necessidade da referência e contra referência efetivas, por meio da conscientização profissional sobre a importância do registro, assim como, a implantação de prontuário eletrônico integrado e unificado com os diversos níveis assistenciais, buscando a continuidade assistencial. Salienta-se que a primeira consulta ambulatorial ocorreu em tempo prolongado, e algumas mulheres não conseguiram acesso ao serviço, resultando no cuidado exclusivo da atenção primária à saúde, a qual não está organizada para este atendimento diferenciado. Os gestores destacaram a importância de capacitação para os profissionais da atenção primária à saúde, tendo como estratégias a realização de oficinas de matriciamento, capacitação pessoal, prática do atendimento direto, conhecimento da realidade local e participação em grupos de pesquisa, sendo estas, estratégias que

podem ser assumidas imediatamente in loco no contexto institucional para o aprimoramento do cuidado. Salienta-se a necessidade de planejamento estratégico, assim como, investimento financeiro de instâncias superiores para qualificação do próprio gestor e expansão das ações de educação permanente na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada.

Palavras-chave: gravidez de alto risco; assistência pré-natal; atenção primária à saúde; atenção secundária à saúde; gestão de serviços de saúde.

MEDEIROS, Fabiana Fontana. **Assessment of care, access and planning of high-risk prenatal care in primary health care and specialized outpatient clinics: a mixed study.** 2022. 191 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care seeks care planning, focusing on prevention, diagnosis and treatment. **Objective:** To evaluate high-risk prenatal care in primary and specialized outpatient care services, as well as to present strategies to qualify this follow-up. **Methods:** Mixed study with sequential explanatory design, quantitative-qualitative approach, of a prospective cohort study with 319 postpartum women and a phenomenological study with 13 managers of indirect care for high-risk pregnant women. Quantitative data were collected from October 2016 to August 2017, in a public maternity hospital in southern Brazil, through interviews, data from the prenatal booklet and hospital records. A semi-structured instrument with socioeconomic, demographic, obstetric and puerperal data was used. Descriptive and analytical analyzes were performed using the Chi-square test ($p \leq 0,05$). Qualitative data were obtained through individual interviews from January to March 2020, at the participants workplace and analyzed in the light of Social Phenomenology. **Results:** High-risk prenatal care was inadequate in most of the criteria analyzed, however, when it occurred in primary health care concomitantly with specialized outpatient care, there was a higher rate of nutritional supplementation (96,9%); blood screening tests (98,2%); serology for hepatitis B (97,3%); hemoglobin and hematocrit (96,0%), blood glucose (95,5%), six or more prenatal consultations (94,6% - $p 0,002$), risk classification record (75,8% - $p 0,013$) and receiving emergency information (78,0% - $p \leq 0,000$). A waiting period for access to the specialized service of up to 15 days (32,3%), 16 to 30 days (27,9%) and no access (19,1%) was identified. Among the obstacles, the insufficiency of vacancies, incompleteness or non-monitoring of data and failure to meet the referral criteria were revealed. As for management, training was revealed to the multidisciplinary team of primary health care, having as a challenge, the lack of professional improvement. **Conclusion:** Shared assistance with Specialized Outpatient Care was confirmed as a strategy for improving care, however, there is a need for effective reference and counter-reference, through professional awareness of the importance of registration, as well as the implementation of medical records integrated and unified electronic system with the different care levels, seeking care continuity. It should be noted that the first outpatient consultation took a long time, and some women were unable to access the service, resulting in exclusive primary health care, which is not organized for this differentiated service. Managers highlighted the importance of training professionals in primary health care, having as strategies the holding of matrix support workshops, personal training, practice of direct care, knowledge of the local reality and participation in research groups, which are strategies that can be assumed immediately in loco in the institutional context for the improvement of care. The need for strategic planning is highlighted, as well as financial investment from higher levels for the qualification of the manager himself and the expansion of permanent education actions in primary health care and in specialized outpatient care.

Key words: pregnancy; high-risk; prenatal care; primary health care; secondary care; health services administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxo de atenção à gestante na rede de atenção à saúde. Brasil, 2022	26
Figura 2 – Linha do tempo de programas e políticas instituídos na assistência materno infantil no Brasil. Paraná, Brasil, 2022.....	31
Figura 3 – Representação dos procedimentos específicos de coleta, análise e interpretação de dados, referente a fase 1 (QUAN) e 2 (qual). Paraná, Brasil, 2022.....	41
Figura 4 – Diagrama dos fenômenos desvelados nos “motivos porque” do planejamento das ações no pré-natal de alto risco, compondo o passado e o presente vivido. Paraná, Brasil, 2022	73
Figura 5 – Diagrama dos fenômenos desvelados nos “motivos para” do planejamento das ações no pré-natal de alto risco, compondo as ações futuras. Paraná, Brasil, 2022.....	74
 ESTUDO 1	
Figura 1 – Distribuição das intervenções nutricionais, medidas preventivas, avaliação materna e fetal, segundo tipo de cuidado recebido (n=319). Paraná, Brasil, 2022.....	89
Figura 2 – Distribuição das intervenções para melhorias na utilização, qualidade e marcadores do cuidado, segundo tipo de cuidado recebido (n=300). Paraná, Brasil, 2022.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição do foco no cuidado pré-natal, conforme a estratificação de risco gestacional, segundo saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: guia para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Paraná, Brasil, 2022.....	22
Quadro 2 – Descrição das características dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde. Brasil, 2022.....	23
Quadro 3 – Descrição dos cuidados a serem solicitados na assistência pré-natal, de acordo com o trimestre de realização e número de exames, segundo Linha Guia Rede Mãe Paranaense de 2012 e 2018. Paraná, Brasil, 2022.....	49
Quadro 4 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a intervenções nutricionais. Paraná, Brasil, 2022.....	53
Quadro 5 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a avaliação materna e fetal. Paraná, Brasil, 2022.....	54
Quadro 6 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a medidas preventivas. Paraná, Brasil, 2022.....	55
Quadro 7 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção pré-natal. Paraná, Brasil, 2022.....	56
Quadro 8 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a marcadores do cuidado. Paraná, Brasil, 2022.....	58
Quadro 9 – Caracterização dos participantes do estudo fase 2 (qual), segundo local de trabalho (n=13). Paraná, Brasil, 2022.....	61
Quadro 10 – Síntese dos resultados do estudo misto, referente aos dados quantitativos da fase 1 (QUAN) e qualitativos da fase 2 (qual). Paraná, Brasil, 2022.....	69
Quadro 11 – Descrição dos manuscritos desenvolvidos a partir da	

investigação denominada “Avaliação da assistência, acesso e planejamento do serviço pré-natal de alto risco na atenção primária à saúde e ambulatorial especializada: estudo misto”.
Paraná, Brasil, 2022.....75

ESTUDO 1

Quadro 1 – Síntese dos aspectos metodológicos específicos de coleta, análise e interpretação de dados, referente a fase 1 (QUAN) e 2 (qual). Paraná, Brasil, 2022.....82

Quadro 2 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal.
Paraná, Brasil, 2022.....84

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 1

- Tabela 1** – Distribuição da adequação pré-natal de alto risco quanto às intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, melhorias na utilização e qualidade dos cuidados e marcadores do cuidado, segundo local de realização do pré-natal de alto risco (n=319). Paraná, Brasil, 202288
- Tabela 2** – Distribuição da adequação pré-natal de alto risco quanto a intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, melhorias na utilização / qualidade dos cuidados e marcadores do cuidado, segundo tipo do cuidado realizado durante o pré-natal de alto risco (n=319). Paraná, Brasil, 202291

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ABO	Classificação do sangue humano
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Alto Risco
AU	Altura Uterina
BCF	Batimento cardíaco fetal
CPN	Caderneta Pré-Natal
CCO	Colpocitologia oncológica
DPP	Data Provável do Parto
dTpa	Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Tipo Adulto
DUM	Data da Última Menstruação
Hb	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV Elisa	<i>Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay</i>
Ht	Hematócrito
IG	Idade Gestacional
MM	Mortalidade Materna
NMM	<i>Near Miss</i> Materno
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PM	Peso Materno
PN	Pré-Natal
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Risco Habitual
Rh	Sistema de grupo sanguíneo

RI	Risco Intermediário
SESA	Secretaria de Estado da Saúde - PR
SGB	<i>Streptococcus do grupo B</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TIA	Teste indireto de antiglobulina humana
TSH	Hormônio Tiroestimulante
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	36
2.1	OBJETIVO GERAL	36
2.1.1	Objetivos Específicos	36
3	MÉTODOS	37
3.1	TIPO DE ESTUDO	37
3.2	Etapa Quantitativa (QUAN) – Fase 1	42
3.2.1	Local e Período do Estudo	42
3.2.2	População e Amostra	42
3.2.3	Variáveis do Estudo	43
3.2.4	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	45
3.2.5	Protocolo do Estudo	45
3.2.6	Análise dos Dados	58
3.3	Etapa Qualitativa (QUAL) – Fase 2	59
3.3.1	Local e Período do Estudo	59
3.3.2	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	60
3.3.3	Seleção dos Participantes	60
3.3.4	Protocolo do Estudo	61
3.3.5	Análise dos Dados	66
3.4	Aspectos Éticos	67
4	RESULTADOS	68
4.1	RESULTADOS DA TESE	68
4.2	ESTUDO 1	76
4.2.1	Introdução	78
4.2.2	Material e Método	79
4.2.2.1	Análise dos Dados	81
4.2.3	Aspectos Éticos	87
4.2.4	Resultados	87
4.2.5	Discussão	95

4.2.6	Considerações Finais.....	103
4.2.7	Referências	104
4.3	ESTUDO 2	109
4.3.1	Apresentação	109
4.4	ESTUDO 3	111
4.4.1	Introdução	113
4.4.2	Material e Método.....	114
4.4.2.1	Delineamento do estudo	114
4.4.2.2	Local.....	114
4.4.2.3	Seleção dos participantes	115
4.4.2.4	Coleta de dados	116
4.4.2.5	Análise dos dados	116
4.4.3	Aspectos Éticos.....	116
4.4.4	Resultados	117
4.4.5	Discussão.....	121
4.4.6	Limitação do Estudo.....	128
4.4.7	Considerações Finais.....	128
4.4.8	Referências	130
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICES	144
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 1.....	145
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição A	146
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição B	147
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição C	148
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição D	149

APÊNDICE F - Termo de Sigilo e Confidencialidade	150
APÊNDICE G - Instrumento de Registro de Dados - Etapa 1 – Dados Quantitativos	152
APÊNDICE H - Instrumento de Registro de Dados Qualitativos (caracterização profissional) – Etapa 2	159
APÊNDICE I - Roteiro para entrevista (questões norteadoras) – Etapa 2 – Dados Qualitativos	160
ANEXOS	161
ANEXO A - Quadro com critérios para estratificação de risco gestacional	162
ANEXO B – Estudo 2 publicado - Tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco: estudo de método misto.....	164
ANEXO C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – Etapa 1	177
ANEXO D - Autorização da Instituição - Etapa 1	181
ANEXO E - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – Etapa 2	182
ANEXO F - Autorização da Instituição A - Etapa 2	188
ANEXO G - Autorização da Instituição B - Etapa 2.....	189
ANEXO H - Autorização da Instituição C - Etapa 2.....	190
ANEXO I - Autorização da Instituição D - Etapa 2	191

1 INTRODUÇÃO

O cuidado materno-infantil é uma questão que vem sendo amplamente enfatizada nos programas ministeriais desde 1970. Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de atender à saúde sexual e reprodutiva da mulher (BRASIL, 2004). Entretanto, houve a necessidade de o programa ser ampliado e em 2000 instituiu-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo ampliação do acesso, incremento da qualidade e da capacidade instalada na assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Entre 1990 e 2015, houve redução na mortalidade materna (MM) no Brasil, com avanços significativos, de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, representando uma diminuição de 56%. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de MM, incluindo óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto, ou ocorridos até 42 dias depois. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2018).

A MM destaca-se como um importante problema de saúde nos países de baixa renda, sendo que 99% das mortes maternas no mundo ocorrem nos países em desenvolvimento. A taxa de MM nos países desenvolvidos foi de 16/100.000 em 2010, enquanto nos países em desenvolvimento foi de 240/100.000, 15 vezes maior para o mesmo ano. Diante da persistência dos indicadores de MM, a inadequação da assistência obstétrica é um dos fatores que podem contribuir para o evento da mortalidade (RODRIGUES et al., 2016).

Partindo do pressuposto de que existe um seguimento pré-natal (PN) adequado e visando a continuidade da adequação nos demais momentos da assistência obstétrica, instituiu-se em 2011 a Rede Cegonha, com objetivo de implementar o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, por meio de organização na rede de atenção, com garantia de acesso, acolhimento e

resolutividade para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2011a).

Em uma análise realizada no Estado do Paraná sobre a MM entre 2006 e 2010, identificou-se as principais causas de óbitos e fatores de risco, sendo estabelecido desta forma, o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP). O PRMP realiza a estratificação de risco da gestante, bem como a organização do serviço de saúde em três graus de risco: *risco habitual* (RH) - gestantes que não apresentam fatores de risco; *risco intermediário* (RI) - gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais, sócio demográficas e de história reprodutiva anterior e; o *alto risco* (AR) - gestantes que apresentam fatores de risco decorrentes de condição clínica pré-existente e intercorrência clínica (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018).

O PRMP tem como objetivo garantir o acesso e a promoção do cuidado seguro e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério. Tem como meta, o alcance da qualidade da assistência materno infantil, organizada em todas as regiões do Estado com equidade e mínima ocorrência de óbito materno, por meio da implantação da Linha Guia da Atenção Materno infantil, Estratificação de Risco em todos os níveis de atenção à gestante, vinculação da gestante ao hospital de referência, conforme Estratificação de Risco. Neste sentido, o programa busca promover a garantia do parto, o estabelecimento de padrões de qualidade e segurança, melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco (PNAR), acesso aos exames e medicamentos de PN padronizados pela Linha Guia, bem como a implementação de transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes em situação de risco (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018).

Desde a primeira avaliação ou consulta PN deve ser realizada a estratificação do risco gestacional (ANEXO A) direcionando desta forma, o seguimento gestacional, de acordo com o foco PN, assim como, o local de realização do PN (BRASIL, 2019) (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição do foco no cuidado pré-natal, conforme a estratificação de risco gestacional, segundo saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: guia para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Paraná, Brasil, 2022

Estrato de risco	Pré-natal	Foco
Habitual	Realizado pela equipe da Atenção Primária à Saúde (APS), com apoio da equipe da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando necessário.	<ul style="list-style-type: none"> ● Bem-estar da gestante, do bebê e de sua família; ● Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas; ● Fortalecimento da capacidade de autocuidado.
Intermediário	Realizado pela equipe da APS, com apoio da equipe da AAE, quando necessário.	<ul style="list-style-type: none"> ● Mitigação dos fatores de risco, ● Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco; ● Fortalecimento da capacidade de autocuidado; ● Fortalecimento do apoio sociofamiliar.
Alto risco	Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE.	<ul style="list-style-type: none"> ● Estabilização clínica; ● Vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas; ● Fortalecimento do apoio sócio familiar; ● Suporte direto à gestante e à sua família.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2019.

Além da estratificação do risco gestacional para definição do local de realização do PN e foco do cuidado, salienta-se a importância da integração do cuidado por meio do Sistema de Atenção à Saúde, definido como o conjunto de atividades, com propósito de promoção, recuperação e manutenção da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Os sistemas de atenção à saúde caracterizam-se como respostas sociais, os quais buscam responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades, sendo organizados por meio da atenção à saúde, conforme condições agudas e crônicas, em um contínuo desde a fragmentação até a integração dos sistemas (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados são aqueles organizados por um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados, sendo estes incapazes de prestar um cuidado contínuo. Diferentemente dos sistemas integrados de atenção à saúde, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), organiza-se por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, a qual presta uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

Salienta-se que o sistema fragmentado e voltado para as condições e eventos agudos, episódico e reativo não é efetivo, sendo necessário mudanças profundas. A partir deste contexto, o Quadro 2 apresentará as características e diferenças dos sistemas fragmentados e da RAS (MENDES, 2011).

Quadro 2 – Descrição das características dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde. Brasil, 2022

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	De melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada

	usuárias	pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado

Conhecimento e ação clínica	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

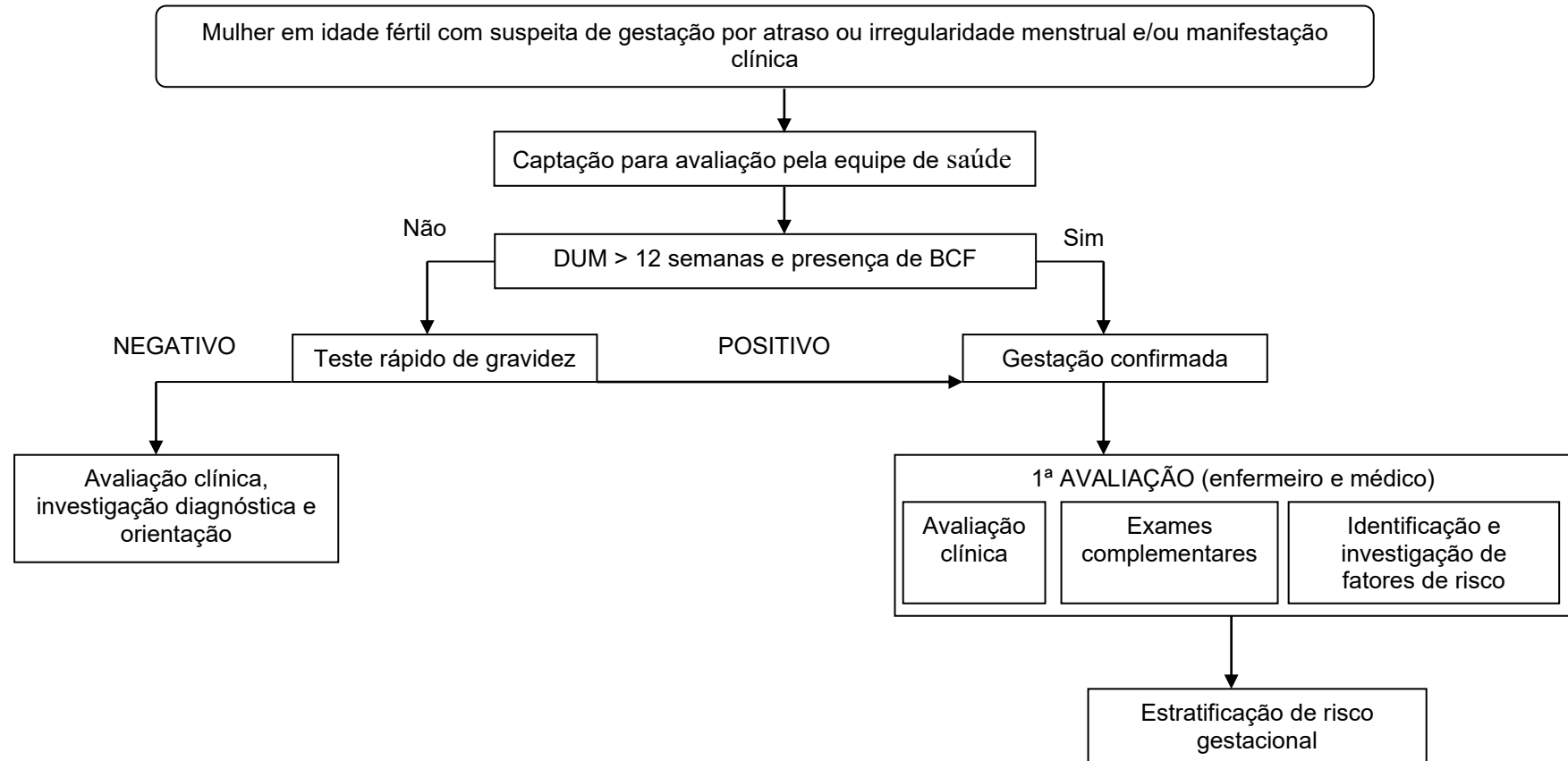
Fonte: Mendes, 2011.

Considera-se a RAS, uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos diversos níveis de atenção. A organização em rede pode servir de resposta para a garantia de acesso e qualidade assistencial, por meio da oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência (DAMACENO et al., 2020).

Neste sentido, deve ser garantida a continuidade do cuidado a gestantes durante todo o ciclo gravídico puerperal, por meio das equipes da APS e AAE, os quais devem atuar como equipe única, possuindo a mesma linguagem no manejo e recomendação, a partir de diretrizes clínicas e instrumentos pactuados, ademais de canais de comunicação e apoio recíproco ágeis e úteis, buscando o compartilhamento do cuidado à gestante de AR (BRASIL, 2019). A seguir será descrito o fluxo de atenção que deve ser seguido à gestante na RAS (Figura 1).

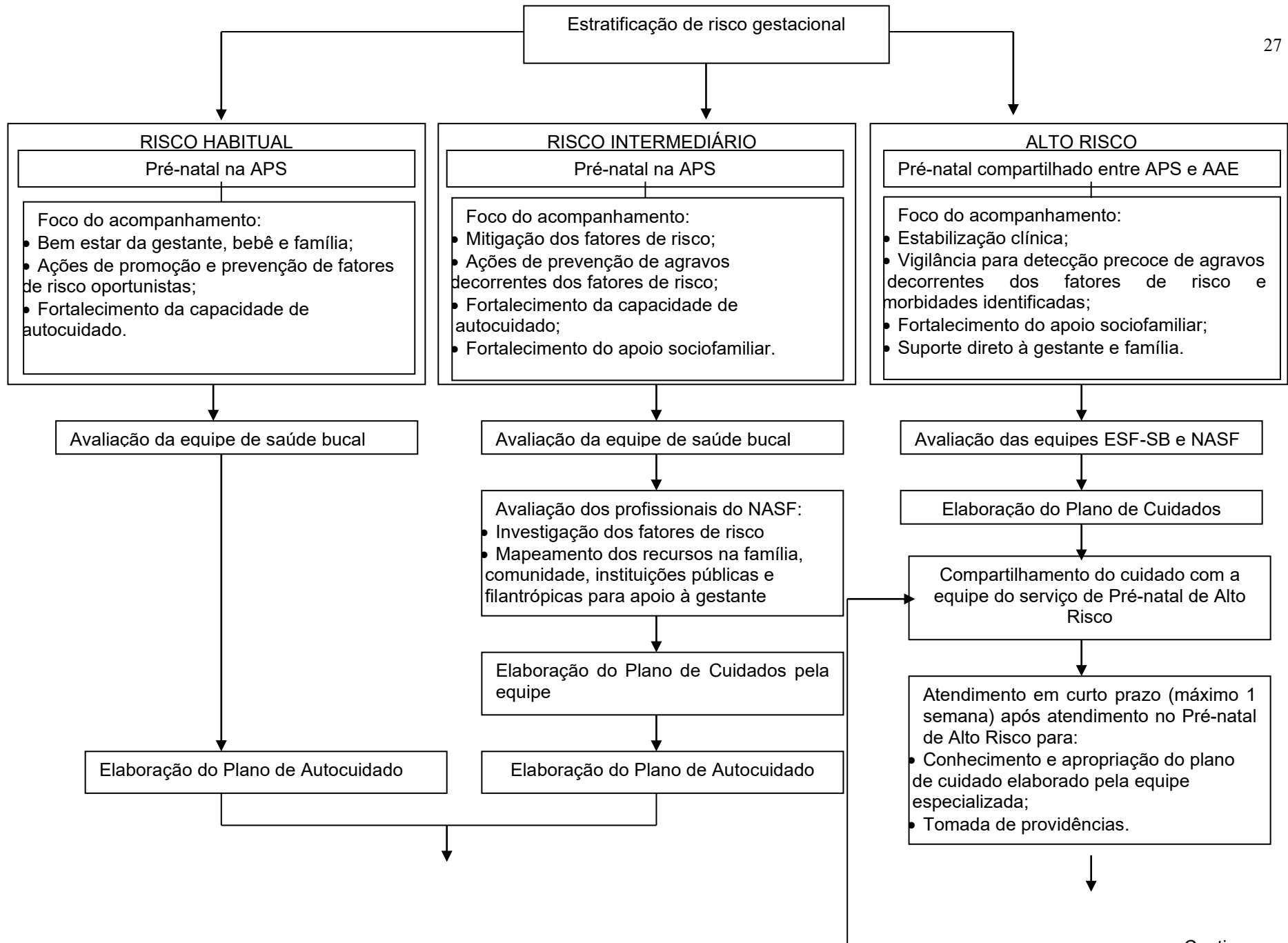
Figura 1

Fluxo de atenção à gestante na rede de atenção à saúde. Brasil, 2022



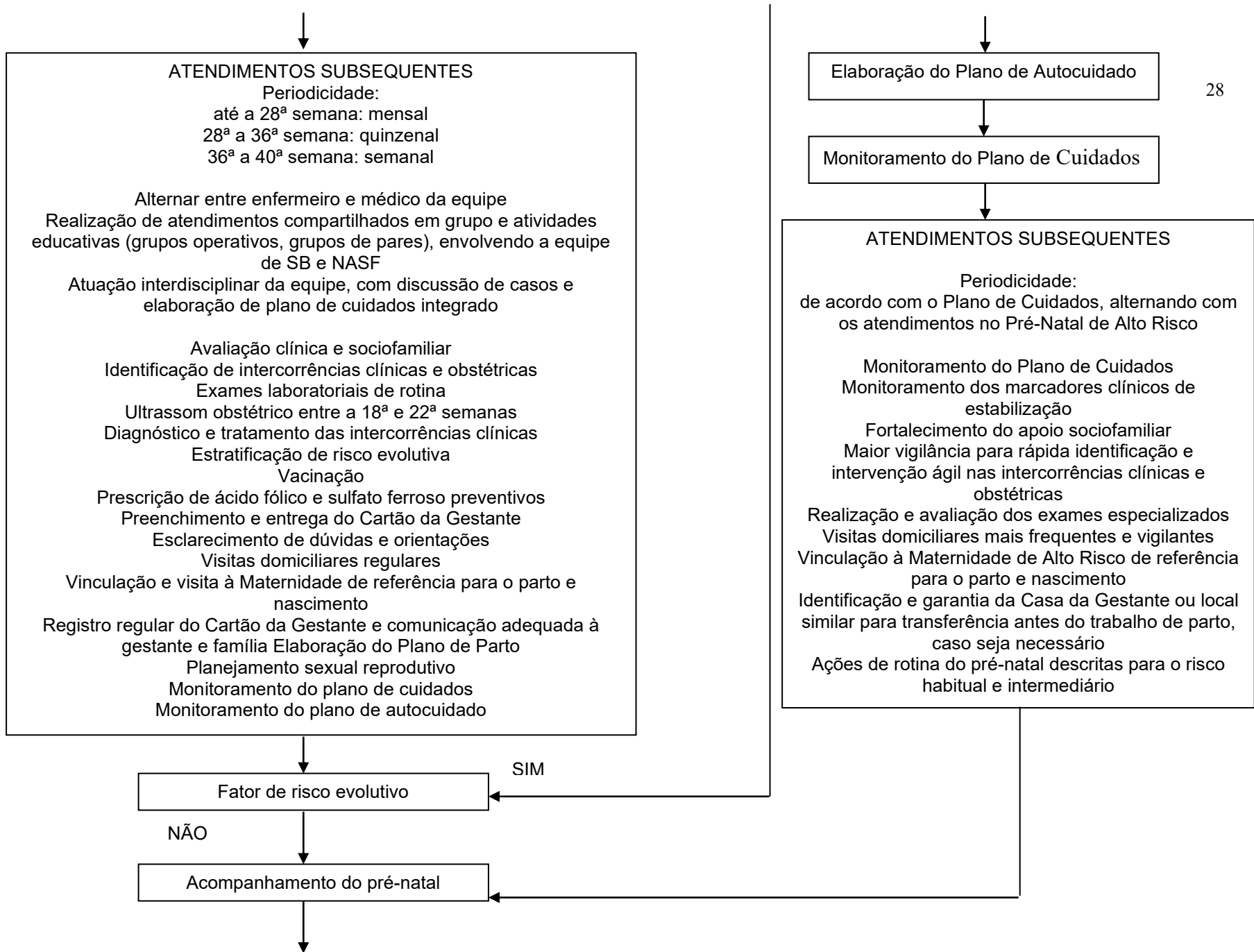
Continua...

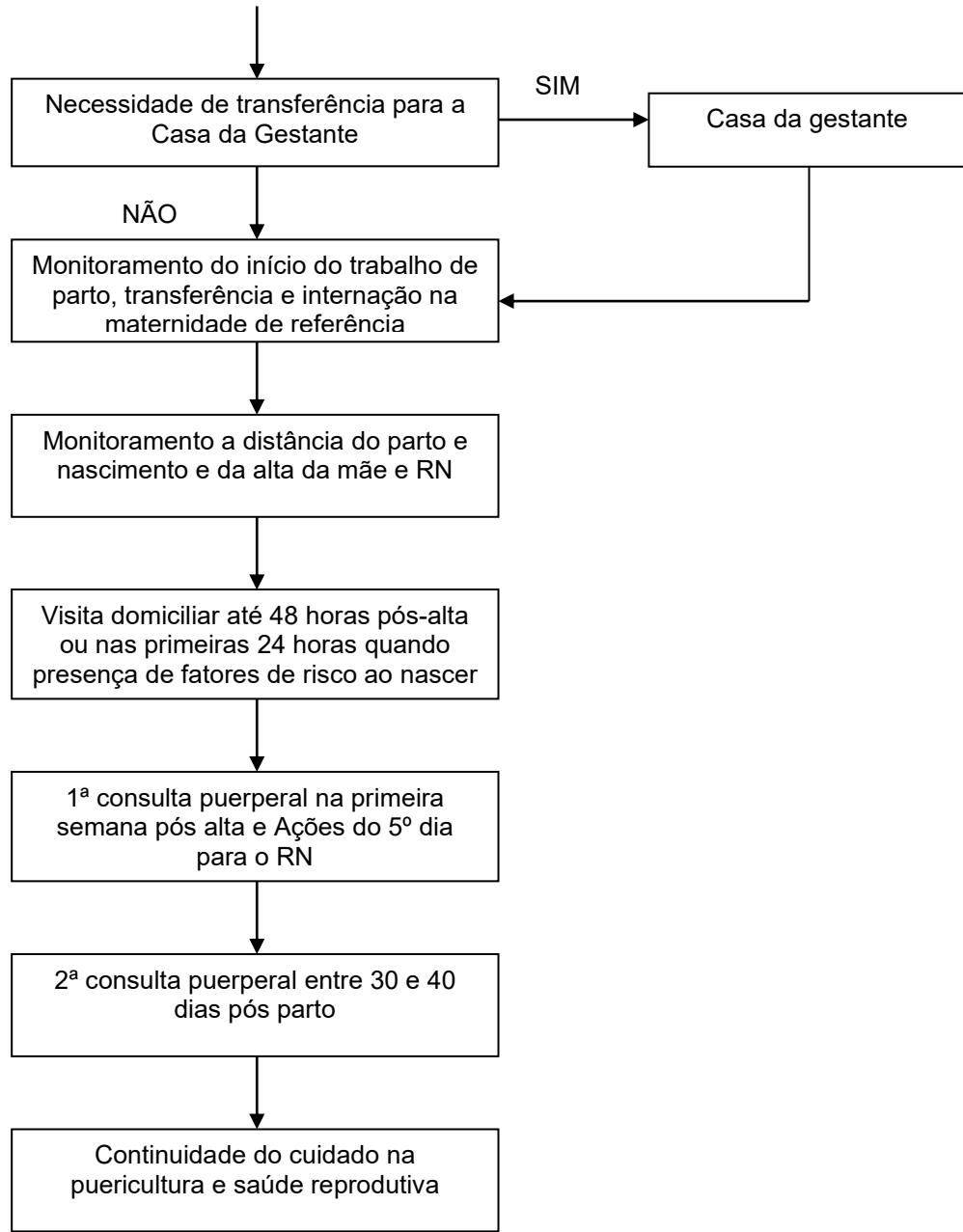




Continua...







A atenção ao PNAR deve ser realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, integrada à rede de atenção básica que deve coordenar o cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres (BRASIL, 2013). O atendimento especializado durante a gravidez é uma das intervenções mais adequadas na prevenção de agravos maternos (FEKADU; REGASSA, 2014).

Salienta-se que mesmo após a implantação de programas ministeriais com enfoque na qualidade da assistência PN, ainda persistem problemas relacionados à fragilidade assistencial (Figura 2). Além deste contexto, o Brasil ainda não atingiu a meta destinada à prevenção da mortalidade materna, definida nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2015 (BRASIL, 2011b). Portanto, um novo compromisso internacional foi firmado, dentro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015/2030, o qual estabeleceu a redução da mortalidade materna para 30/100.000 nascidos vivos até 2030 (BRASIL, 2018).

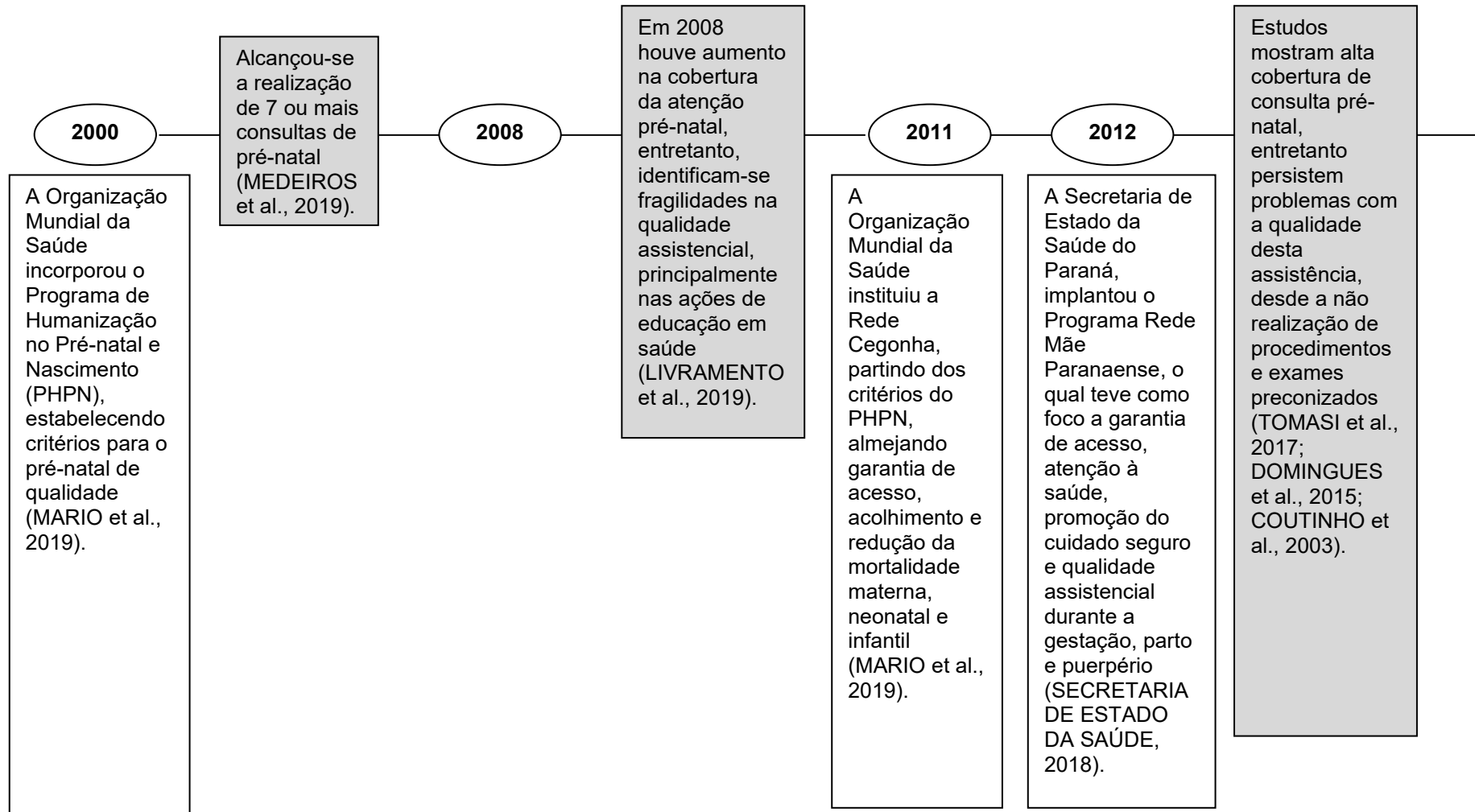
Buscar a equidade e a qualidade da assistência PN foi o princípio norteador do PHPN, entretanto, observa-se que nos últimos anos, não se alcançou em sua totalidade a garantia deste princípio. Além do comprometimento da qualidade oferecida, prevalece ainda a iniquidade nesta assistência, na qual mulheres mais fragilizadas, continuam sendo as que recebem assistência PN de pior qualidade (GOUDARD; SIMÕES; BATISTA, 2016).

Recomenda-se por meio do PHPN a realização de no mínimo seis consultas durante o PN, com início precoce no primeiro trimestre de gestação, além da realização de exames laboratoriais e clínico-obstétricos (POLGLIANE; LEAL; AMORIM, 2014). Estudos evidenciaram o aumento da cobertura da assistência PN (DOMINGUES et al., 2015; VIELLAS et al., 2014;). Entretanto, persistem problemas na qualidade do cuidado, conforme procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde (DOMINGUES et al., 2015).

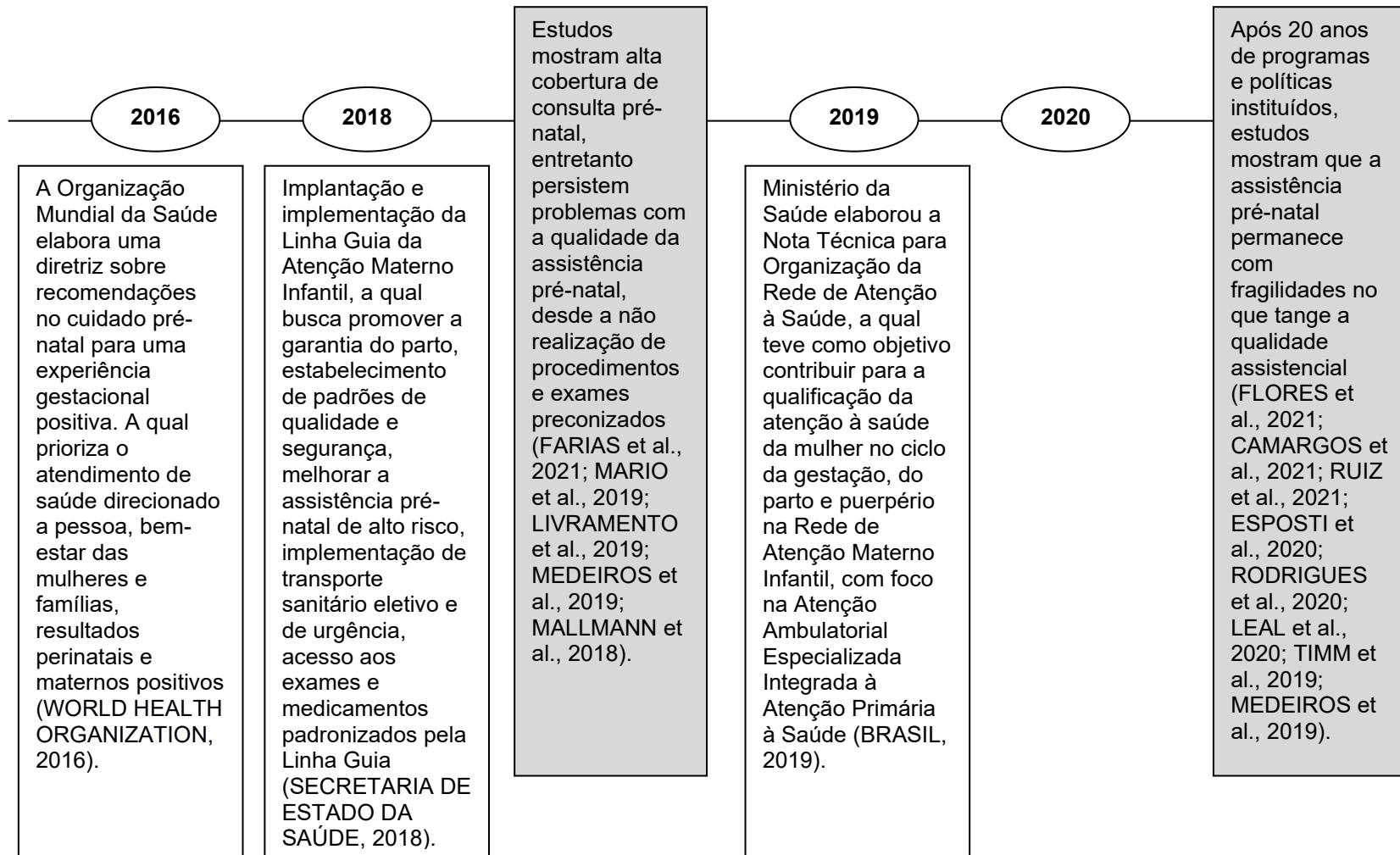
No decorrer da última década, a baixa adequação da atenção PN foi evidente nos municípios brasileiros, por meio das falhas assistenciais no número de consultas e insuficiência nos procedimentos realizados, incluindo a falha na qualidade sobre os conteúdos das consultas de PN (NUNES et al., 2016).

Figura 2

Linha do tempo de programas e políticas instituídos na assistência materno infantil no Brasil. Paraná, Brasil, 2022



→
Continua...



Serviços inadequados e a falta de informação são fatores que impedem as mulheres de receberem ou procurarem cuidados durante a gestação e parto (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Um estudo nacional que avaliou a qualidade da atenção PN, identificou que ações que dependem exclusivamente da atitude dos profissionais de saúde, não vem ocorrendo, sendo considerado um desafio a compreensão dos motivos pelos quais tais ações não estão sendo disponibilizadas em sua totalidade às gestantes (TOMASI et al., 2017).

A adequação da assistência PN ainda é insuficiente no Brasil. Desafios persistem para melhorias da qualidade da assistência PN, quanto ao diagnóstico precoce de gravidez, início de acompanhamento nas primeiras semanas gestacionais, especialmente às com maior risco reprodutivo, acesso ao serviço de saúde para realização de cuidados efetivos, a fim de que sejam alcançadas a redução da MM e da proporção elevada de cesariana, a prevenção de agravos e óbitos evitáveis (VIELLAS et al., 2014).

Ressalta-se que a cobertura do cuidado PN e o número de consultas realizadas, não devem ser vistos isoladamente como garantia de sucesso no acompanhamento gestacional, tendo em vista que outros determinantes podem afetar a qualidade do serviço, como a habilidade profissional, motivação dos profissionais, provisões orçamentárias, integração com outros programas de saúde e a disponibilidade de materiais de consumo, medicamentos e equipamentos básicos (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015). Salieta-se que a habilidade na oferta do cuidado está intrinsecamente relacionada com a formação acadêmica e continuada para a prática profissional.

A assistência PN apresenta-se como um fator de proteção, prevenção ou detecção precoce de patologias maternas ou fetais, permitindo o desenvolvimento saudável do bebê e redução de riscos à gestante (BRASIL, 2016). Quando o acompanhamento gestacional ocorre de maneira efetiva, problemas obstétricos podem ser solucionados, assegurando partos e nascimentos saudáveis (LEAL; THEME FILHA; MOURA, 2015).

Considera-se a necessidade de qualificar os serviços de saúde, com objetivo de oferecer assistência segura, por profissionais qualificados, favorecendo a redução da MM e neonatal (ARANTES et al., 2014). Estudos mostram que 95% dos óbitos maternos que ocorrem no mundo, poderiam ser evitados, por meio da garantia de uma atenção obstétrica segura e respeitosa (MARTINS; SILVA, 2018).

São inúmeras as ações voltadas para a assistência materna, porém, com ênfase na atenção ao parto e nascimento saudável, entretanto, nota-se uma lacuna no seguimento PNAR. Para que ocorra acompanhamento efetivo na assistência materna, é fundamental a atuação direcionada à gestação.

Avanços importantes foram alcançados na assistência gestacional e neonatal no Brasil, concretizados por meio de ações implementadas para o melhor acesso ao PN, com seguimento de um calendário padronizado, procedimentos e condutas clínicas rotineiras e enfoque voltado para o alcance de metas na cobertura PN.

Porém, para que seja possível atingir os ODS até 2030, são primordiais ações voltadas para o fenômeno do seguimento PN à gestante de AR.

Em meio a essa complexa organização dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde ressalta que a morbidade e mortalidade materno-infantil poderiam ser evitadas, se houvesse encaminhamentos para serviços de saúde qualificados, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade, desde o primeiro atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS) até a AAE dos casos mais graves (BRASIL, 2004).

Pesquisas como as de Martinelli et al. (2014); Domingues et al. (2015); Polgliane, Leal e Amorim (2014); Viellas et al. (2014); Pedraza (2016); Tomasi et al. (2017) têm investigado a qualidade PN no Brasil, com metodologias quantitativa e/ou qualitativa, sendo que várias delas utilizam-se de base de dados secundários para o alcance de seus objetivos, com enfoque em procedimentos técnicos. Entretanto, percebe-se a necessidade de investigações mais ampliadas para o entendimento deste fenômeno. Neste sentido a pesquisa de método quantitativo - qualitativo pode favorecer a exploração e entendimento da atenção PNAR, na perspectiva da usuária, assim como dos profissionais que realizam o cuidado à mulher, almejando melhorias na qualidade PN.

Devido às fragilidades encontradas na qualidade da assistência PN, há necessidade de ações para redução da MM e agravos às gestantes de AR. Para o alcance dos ODS 2015/2030, faz-se necessário um diagnóstico da assistência, assim como a identificação de estratégias para a promoção e de melhorias na qualidade PN. Estas ações tem o intuito de oferecer subsídios para a qualificação da assistência a este grupo de mulheres e qualificações para os profissionais que prestam assistência gestacional.

Para melhorar a saúde materna, as barreiras que limitam o acesso aos cuidados de qualidade devem ser identificadas e enfrentadas em todos os níveis do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Assim como, as lacunas que limitam o sistema integrado de atenção à saúde devem ser identificadas.

Considerando que a excelência da qualidade no PN pode ser atingida por meio da atitude dos profissionais capacitados para o cuidado à gestante no PNAR, o presente estudo investigou o seguimento PN, enquanto fenômeno multifacetado, que envolve diversos atores para sua concretude e portanto, depende essencialmente das perspectivas de gestantes de AR que buscam por este cuidado e de profissionais que o realizam, no intuito de identificar e evidenciar lacunas e fragilidades neste processo. Neste sentido, questiona-se: Quais estratégias estão sendo realizadas para a qualificação do processo assistencial no PNAR? Qual o significado do planejamento das ações na gestão PNAR? Como os gestores vivenciam o planejamento da assistência indireta no PNAR? Quais estratégias podem ser agregadas para o aperfeiçoamento assistencial?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a assistência pré-natal de alto risco nos serviços de atenção primária e ambulatorial especializada, assim como, apresentar estratégias para qualificação deste seguimento.

2.1.1 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar a adequação da assistência pré-natal de alto risco;
- ✓ Verificar o tempo de espera para o acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco nos serviços em estudo;
- ✓ Compreender o significado do planejamento das ações na gestão pré-natal de alto risco;
- ✓ Apresentar as estratégias esperadas para o aperfeiçoamento profissional.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo misto com concepção filosófica pragmática e desenho explanatório sequencial embasado na abordagem quantitativo-qualitativo.

O conceito de misturar diferentes métodos teve início em 1959, quando Campbel e Fisk utilizaram múltiplos métodos para estudar a validade de traços psicológicos. Os autores encorajaram pesquisadores quanto ao emprego de sua matriz de múltiplos métodos para examinar múltiplas abordagens à coleta de dados, estimulando desta forma, outros pesquisadores a combinarem métodos e associar abordagens aos métodos de campo como observações e entrevistas (dados qualitativos), combinadas aos métodos tradicionais (dados quantitativos). Assim, iniciou-se a triangulação das fontes de dados, um meio para a busca de convergência entre os métodos qualitativos e quantitativos (CRESWELL, 2010).

A proposta da triangulação de métodos foi defendida por Denzin em 1973, por meio da inserção de múltiplas técnicas, observadores e métodos para ampliar as referências e olhares sobre determinada realidade social que se almejava investigar. Neste sentido, os métodos quantitativo e qualitativo estariam articulados, buscando compreender a extensividade e a intensividade dos processos sociais, partindo do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade social e dos sujeitos sociais, indicados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como um dado cultural. A triangulação metodológica deve ser considerada como uma estratégia essencial, principalmente na saúde pública, devido à sua amplitude biológica, à experiência humana de adoecimento, à busca pela cura e à produção de cuidados (DESLANDES; ASSIS, 2002).

No início da década de 1990, a ideia da combinação evoluiu da busca da convergência para a real integração, ou conexão dos dados quantitativos e qualitativos, como por exemplo, os resultados de um método podem ajudar a identificar os participantes a serem estudados ou as perguntas a serem feitas pelo outro método (CRESWELL, 2010).

O presente estudo teve como concepção filosófica o pragmatismo, o qual tem como foco as aplicações, buscando as soluções para os problemas (PATTON, 1990). O pesquisador ao invés de concentrar-se no método, enfatiza o problema da

pesquisa, utilizando-se de todas as abordagens disponíveis para o entendimento do problema (CRESWELL, 2010).

Procedimentos de métodos mistos sequenciais são aqueles em que o pesquisador procura elaborar ou expandir os achados de um método com os de outro método. Pode ter início com método quantitativo, no qual uma teoria ou conceito é testado, seguido por um método qualitativo que envolva exploração detalhada de alguns casos ou indivíduos. A ordem dos métodos pode ser inversa. (CRESWELL, 2010).

Neste sentido, a estratégia explanatória sequencial pode ser definida pelos dados quantitativos terem maior atribuição de peso, sendo coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa “QUAN”, posteriormente, a coleta e análise dos dados qualitativos, com menor peso “qual” é desenvolvida, sobre os resultados quantitativos iniciais (SANTOS et al., 2017). O pesquisador tem como base a investigação na suposição de que a coleta de diversos tipos de dados proporciona um melhor entendimento do problema de pesquisa. O estudo inicia-se com um levantamento amplo para generalizar os resultados para uma população e após, durante a segunda fase, concentra-se em entrevistas qualitativas abertas visando coletar pontos de vista detalhados dos participantes (CRESWELL, 2010).

Os métodos mistos podem emergir como novo paradigma na pesquisa científica, aumentando as possibilidades de interpretações mais precisas e mais completas sobre os fenômenos de investigação. Frente à complexidade do cuidado humano, os métodos mistos podem ser profícuos para os problemas de investigação científica, entretanto, pesquisas envolvendo métodos mistos na área da saúde, ainda são incipientes no Brasil (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

A contribuição da interação de abordagem quantitativa - qualitativa, provém justamente de suas diferenças: compreensão / explicação em profundidade de valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, assim como os programas e ações realizadas nos serviços de saúde. Outra contribuição da estratégia de pesquisa quantitativa - qualitativa é a explicação em extensão sobre, como os sujeitos de um grupo populacional, tornam-se expostos e/ou vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem e como se dá a necessidade de tratamento / atenção. Pesquisas quantitativas - qualitativas interpretam cada qual à

sua maneira, com articulações entre o singular, o individual e o coletivo que estão presentes no processo saúde-doença (DESLANDES; ASSIS, 2002).

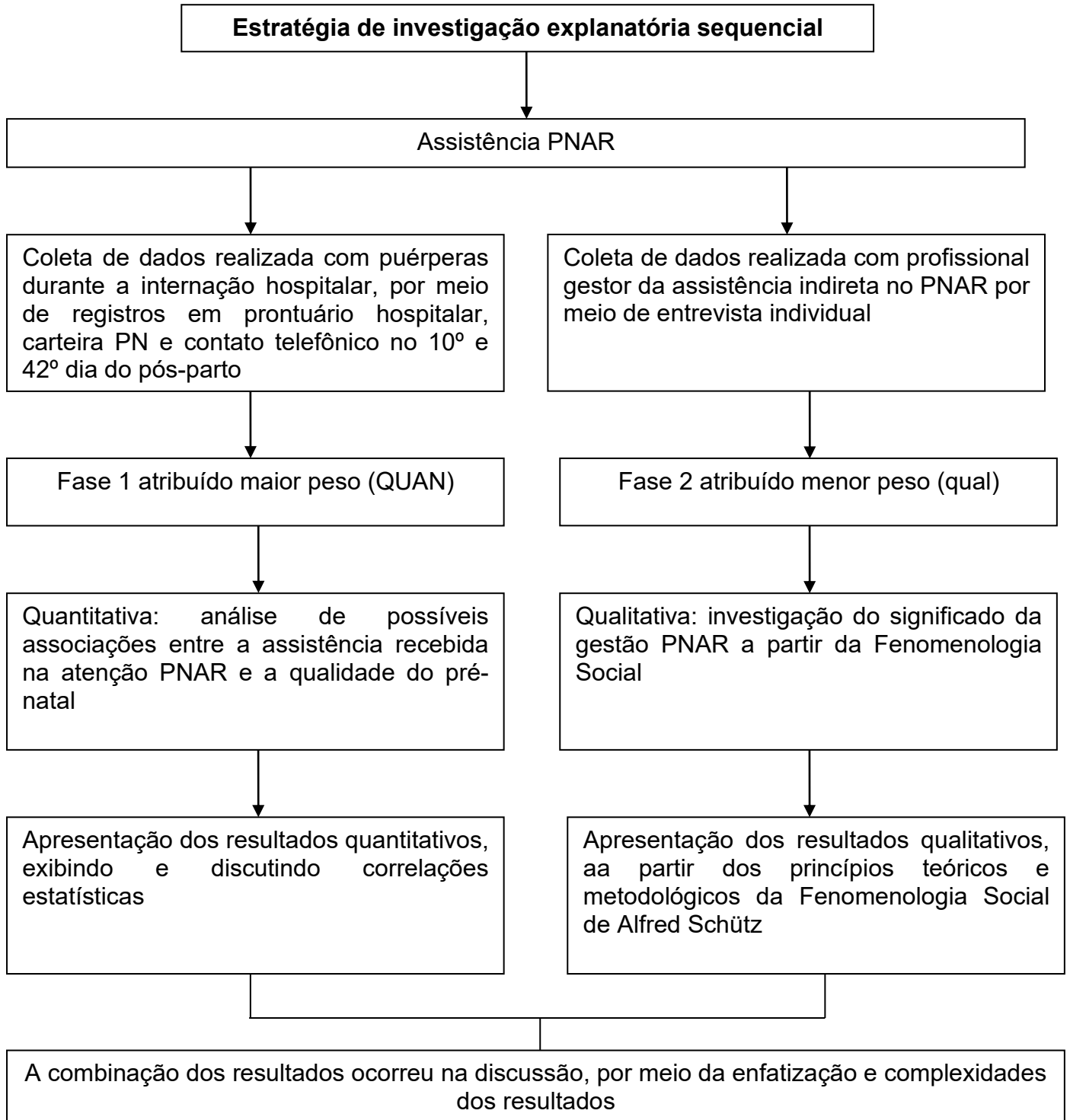
Segundo Creswell (2010) os estudos de métodos mistos devem ter como planejamento os procedimentos para métodos mistos, devendo estes ter quatro aspectos importantes a serem considerados, sendo eles:

- **Distribuição do tempo:** Considerar a distribuição do tempo durante a coleta de dados qualitativos e quantitativos, descrevendo suas fases sequencialmente (realizada em fases) ou concomitantemente (coletados ao mesmo tempo);
- **Atribuição de peso:** Deverá ser atribuído o peso ou a prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa. Em alguns estudos o peso pode ser igual; em outros pode ser enfatizado um ou outro; dependendo do interesse do pesquisador e do que o pesquisador busca enfatizar em seu estudo;
- **Combinação:** A combinação dos dois tipos de dados na pesquisa, pode ocorrer em diversos estágios: durante a coleta, análise, interpretação ou nas três fases. No estudo misto é importante discutir e apresentar uma proposta de quando ocorre a combinação dos dados. Será considerado conectado quando os dois bancos de dados são mantidos separados, porém conectados; isto é, uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa está conectada entre uma análise de dados da primeira fase e segunda fase da pesquisa. Em contrapartida será considerado integrado quando o pesquisador coleta os dados quantitativos e qualitativos concomitantemente, com fusão dos dados quantitativos aos dados qualitativos. Finalmente o pesquisador poderá incorporar uma forma secundária de dados dentro de um estudo mais amplo, tendo uma forma de dados diferente do banco de dados principal;
- **Teorização:** Deve ser considerada a perspectiva teórica que guia todo o projeto. Todos os pesquisadores levam teorias, estruturas e palpites para sua investigação e tais teorias podem ser explicadas em um estudo de métodos mistos ou estar implícitas e não mencionadas (CRESWELL, 2010).

O procedimento para métodos mistos considerado para o presente estudo assumiu a distribuição do tempo como sequencial, tendo em vista que seu início ocorreu por meio de dados quantitativos e a segunda fase consistiu na coleta de dados qualitativos. Quanto à atribuição do peso, primeira fase, quantitativa teve maior peso e a etapa qualitativa teve menor peso, uma vez que foi desenvolvida sob os resultados quantitativos iniciais. A combinação dos dados foi conectada entre os dois bancos, quantitativo e qualitativo que foram mantidos separados, mas conectados na construção da análise da primeira e segunda fases da pesquisa. Quanto à teorização, considerou-se a perspectiva teórica pertinente à fase do estudo, sendo assim, na primeira fase QUAN utilizaram-se três referências, World Health Organization (2016), Linha Guia Rede Mãe Paranaense 2012 e 2018 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018; BRASIL 2019). Na segunda fase qual, o referencial teórico e metodológico adotado foi a Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012) (Figura 3).

Figura 3

Representação dos procedimentos específicos de coleta, análise e interpretação de dados, referente às fases 1 (QUAN) e 2 (qual). Paraná, Brasil, 2022



Fonte: O próprio autor.

3.2 ETAPA QUANTITATIVA (QUAN) - FASE 1

3.2.1 Local e Período do Estudo

A primeira fase do estudo (QUAN) foi implementada a partir dos dados da pesquisa de mestrado intitulada: “Gestação de Alto Risco: Situações de *Near Miss* Materno (NMM) no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal”, a qual teve como objetivo analisar o acompanhamento pré-natal e puerperal na gestação de alto risco no serviço público.

Os dados da etapa 1 (QUAN) foram originados de uma coorte prospectiva, realizada em uma maternidade pública do Sul do Brasil, referência para realização de parto de AR às mulheres atendidas pelo SUS.

Trata-se do Hospital Universitário vinculado a Universidade Estadual de Londrina, o qual é referência para 17° Regional de Saúde, que atende em média 21 municípios do Estado do Paraná, fornecendo suporte a outros municípios. A maternidade presta assistência a intercorrências obstétricas e aos partos de alta complexidade, realizando 1.447 atendimentos no ano de 2015 (ano anterior à coleta dos dados quantitativos). Sua estrutura é de pequeno porte com três leitos para pré-parto, parto e pós-parto, uma sala de pré-parto com dois leitos, quatro enfermarias para alojamento conjunto com onze leitos, um leito de urgência, um ambiente específico para cuidados com recém-nascido, um local específico para cuidados de enfermagem e dois banheiros compartilhados para todas as mulheres internadas.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a agosto de 2017.

3.2.2 População e Amostra

A população do estudo na fase 1 (QUAN) foi constituída por mulheres atendidas no Hospital Universitário no período pós-parto, classificadas como de AR.

Define-se população ou universo, como todo conjunto de elementos portadores de uma característica comum. População infinita é aquela cujo primeiro elemento pode ser determinado, mas o último não o poderia, certamente, como no exemplo da população mundial de mulheres no período gravídico puerperal, classificadas como de AR (PEREIRA, 2013).

Recorre-se então à amostragem, pela qual se sorteiam alguns elementos da população garantindo o caráter de representatividade da população. A partir desses dados dos elementos sorteados tiram-se as conclusões que serão generalizadas para toda a população (PEREIRA, 2013).

Sejam: N tamanho (número de elementos) da população; n tamanho (número de elementos) da amostra; n_0 uma primeira aproximação para o tamanho a amostra; E_0 erro amostral tolerável.

Um primeiro cálculo do tamanho da amostra pode ser feito, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da seguinte expressão:

$$n_0 = 1 / E_0^2 \quad (5\% = 400)$$

Conhecendo o tamanho da população podemos corrigir o cálculo anterior por:

$$n = N \cdot n_0 / N + n_0$$

Portanto, considerou-se para o cálculo amostral dos dados quantitativos, o número de 1.447 atendimentos no ano de 2015, com média mensal de 121 mulheres, com margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, definindo número amostral de 319 mulheres, utilizando fórmula de Barbetta (BARBETTA, 2012).

3.2.3 Variáveis do Estudo

As variáveis de estudo foram compostas pelas seguintes informações:

- I. Aspectos Socioeconômicos demográficos:** idade materna, raça autodeclarada, situação conjugal, localidade da residência, cidade de origem para a realização do parto, número de filhos, escolaridade, ocupação e renda familiar;
- II. Dados Obstétricos:** número de gestações anteriores, número de partos anteriores, número de cesarianas prévias, número de aborto anterior, intervalo entre uma gestação e outra;
- III. Antecedentes clínicos:** antecedentes clínicos anteriores a gestação atual e uso contínuo de medicação;
- IV. Assistência PN durante a gestação atual:** realização do PN, local da realização do PN, procedência para realização do parto, saber o motivo do encaminhamento para gestação de AR, tempo de espera para início do acompanhamento na AAE,

realização da visita a maternidade na rotina do PN, possuir caderneta pré-natal (CPN), registro da classificação de risco gestacional, realização do PN na APS concomitantemente com a AAE, número de ultrassonografia realizada, registro da data da última menstruação (DUM), idade gestacional (IG) pela primeira ultrassonografia, IG pela DUM, data provável do parto (DPP), realização de consulta odontológica, participação em grupo de gestante durante a gestação, IG do início do acompanhamento PN, número de consultas realizadas durante o PN, número de registro do batimento cardíaco fetal (BCF), altura uterina (AU), peso materno (PM), pressão arterial (PA), IG, apresentação fetal, situação fetal, tipagem ABO/Fator Rh, glicemia, hemoglobina (Hb)/ Hematócrito (Ht), *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), urina I e urocultura, *Streptococcus do grupo B* (SGB), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatite B, toxoplasmose, eletroforese de hemoglobina, registro de vacinação anti-tetânica, Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Tipo Adulto (dTpa), hepatite B, influenza, realização da coleta de colpocitologia oncótica (CCO), uso de ácido fólico e sulfato ferroso, conhecimento da mulher sobre problemas detectados durante o PN, registro dos problemas detectados durante o PN anotados em CPN pelo profissional de saúde, orientações recebidas sobre alimentação e atividade física durante o PN, registro de patologia prévia à gestação anotada em CPN pelo profissional de saúde, intervalo entre a última consulta do PN e parto e saber qual hospital procurar em caso de emergência;

V. Critérios de *near miss* materno: definição do determinante primário de *near miss* materno de acordo com a Organização Mundial de Saúde, segundo protocolo de 2011 (BRASIL, 2011c);

VI. Condições da internação: origem do encaminhamento e tipo de transporte utilizado até a maternidade para realização do parto;

VII. Condições da realização do parto: tipo de parto realizado e IG da realização do parto;

VIII. Seguimento do puerpério imediato: realização da avaliação ou consulta de revisão puerperal precoce na primeira semana do pós-parto, local da realização da avaliação ou consulta puerperal (uma semana após o parto);

IX. Seguimento do puerpério tardio: Número de dias após o parto que foi realizado a 1ª avaliação/consulta puerperal, agendamento da revisão puerperal tardia na UBS, realização da revisão puerperal tardia (30- 40 dias pós-parto) na UBS, uso de sulfato ferroso, realização da inscrição no programa de planejamento familiar, uso de

método contraceptivo, tipo de método contraceptivo ofertado, motivo de busca a UBS após o parto

3.2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas mulheres internadas na maternidade em estudo, que estivessem no puerpério imediato, sem comprometimento cognitivo e com ao menos um critério de NMM estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2011c). Considerou-se como critérios de exclusão mulheres que estivessem internadas para submeter-se a procedimento ou apenas para tratamento gestacional.

O NMM refere-se a uma mulher que quase morreu, aquela que sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez. NMM pode ser definido à mulher que sobrevive a uma condição ameaçadora à vida (ANVISA, 2014).

Os critérios de inclusão de NMM são definidos pela OMS como: **Complicações maternas graves:** hemorragia pós-parto grave, pré-eclâmpsia grave, eclampsia, sepse ou infecção sistêmica grave, rotura uterina e complicações graves do abortamento; **intervenções críticas ou uso da unidade de terapia intensiva:** internação em unidade de terapia intensiva, radiologia intervencionista, laparotomia e uso de hemoderivados e **condições ameaçadoras à vida:** disfunção cardiovascular, disfunção respiratória, disfunção renal, disfunção hematológica ou/da coagulação, disfunção hepática, disfunção neurológica e disfunção uterina (BRASIL, 2011c).

3.2.5 Protocolo do Estudo

O estudo teve as seguintes etapas: identificação das mulheres de acordo com critérios de NMM, consulta e transcrição dos registros na CPN, prontuário hospitalar, entrevista no pós-parto durante a internação hospitalar e dois contatos telefônicos no 10º dia do pós-parto e após 42º dia do pós-parto para identificação dos cuidados recebidos durante a assistência PN e puerperal.

Para o registro das informações utilizou-se instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos demográficos, obstétricos, critérios de NMM, condições

da internação, parto, puerpério imediato e tardio. Os dados foram coletados diariamente até a composição da amostra.

Utilizou-se três referenciais teóricos, como norteadores da qualificação da assistência PN, sendo estes: **referencial 1**: “Recomendações da OMS sobre cuidado pré-natal para uma experiência gestacional positiva” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), sendo descrito o acompanhamento PN para uma experiência gestacional positiva, a qual prioriza o atendimento de saúde direcionado à pessoa, bem-estar das mulheres e famílias, e resultados perinatais e maternos positivo, tais orientações descrevem os elementos principais de um pacote de atendimento PN de rotina essencial durante o período da gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A diretriz propôs o desenvolvimento de 39 recomendações à assistência PN, sendo estas distribuídas em 5 tipos de intervenções: Intervenções nutricionais; Avaliação materna e fetal; Medidas preventivas; Intervenções para sintomas fisiológicos comuns e; Intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção pré-natal. Tais recomendações são descritas como recomendado, não recomendado ou recomendado em contextos específicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Com a finalidade que o presente estudo seja direcionado à uma população geral de gestantes, ou seja que não se limite à certas condições, elegeu-se as intervenções recomendadas e os seguintes tipos de recomendações: intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas e intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e qualidade do cuidado pré-natal.

A diretriz considera como recomendação às **Intervenções nutricionais** o aconselhamento sobre alimentação saudável e atividade física, além da suplementação oral diária de 30 mg a 60 mg de sulfato ferroso e 0,4 mg de ácido fólico durante a gestação. Como **Avaliação materna e fetal** recomenda-se a detecção da hiperglicemia pela primeira vez a qualquer momento durante a gestação. Em ambientes de alta prevalência para HIV e Sífilis, o teste e aconselhamento deve ser realizado pelo provedor, sendo considerado um componente de rotina no cuidado PN e realização da ultrassonografia antes de 24 semanas de IG recomenda-se ainda a investigação do uso de tabaco e substâncias no passado e presente durante a assistência PN. Quanto a **Medidas preventivas** a diretriz recomenda a vacinação com toxóide tetânico à todas as mulheres,

considerando exposição anterior à vacinação contra o tétano, recomenda-se ainda a administração de antibióticos por sete dias à todas as mulheres com bacteriúria assintomática. E finalmente as **Intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção pré-natal** recomenda-se que cada gestante carregue seu próprio registro ou anotação de caso durante a gestação, e que tenha o mínimo de oito contatos de atendimento durante o PN, sendo que o primeiro contato PN deve ocorrer até 12^a semana IG, a diretriz recomenda a inclusão de trabalhadores de saúde leigos, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, parteiras e médicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Esta última recomendação não foi considerada no presente estudo, por sua complexidade de gestação de AR e necessidade do acompanhamento por categoria profissional específica; também não se considerou a investigação quanto ao uso de tabaco e substância, assim como, o uso de antibioticoterapia, partindo do princípio de que estes seriam aplicáveis à uma amostra específica de usuárias.

Ampliou-se à análise acrescentando-se aos critérios eleitos acima, a realização de cuidados e exames laboratoriais, segundo o **referencial 2**: Linha Guia Rede Mãe Paranaense de 2012 e 2018 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3).

Incluindo desta forma à **Avaliação materna e fetal** a realização dos seguintes exames quantitativo mínimo liberado: 1º, 2º e 3º trimestre: dosagem de glicose, VDRL, sorologia para toxoplasmose e ultrassonografia obstétrica; realização de dois dos seguintes exames: sorologia para *Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay* (HIV Elisa), Hb e Ht e um dos seguintes: hepatite B e eletroforese de hemoglobina, esta última classifica como exame a ser realizado no 1º trimestre (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3).

Quanto as **Medidas preventivas**, agregou-se ao exame quantitativo mínimo liberado no 1º, 2º e 3º trimestre urina I e urocultura, quanto aos exames a serem realizados no 1º trimestre: triagem sanguínea de acordo com a classificação do sangue humano (ABO) e sistema de grupo sanguíneo (Rh), exame citopatológico cérvico vaginal e odontológico (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3).

Não se considerou para o presente estudo os critérios recomendados conforme critério médico e quando necessário, partindo do pressuposto que são

situações peculiares, não sendo possível sua generalização, desta forma, excluiu-se o teste de tolerância a glicose e o Teste Indireto de Antiglobulina Humana (Tia). Também se excluiu o exame parasitológico de fezes e pesquisa para Hormônio Tiroestimulante - TSH por pertencerem ao protocolo de 2018, posterior ao ano da coleta de dados.

Agrupou-se às ***Intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e qualidade do cuidado pré-natal***, os seguintes critérios: gestante utilizar a carteira de gestante, registro da estratificação de risco gestacional, realização da primeira consulta PN até 12^a. semana de IG, compartilhamento do cuidado com equipe especializada do PNAR, participação em dois momentos de atividade educativa em grupo de gestante, vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto, realização de visita à maternidade de referência ao parto até o 6^o mês de gestação (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3). Para avaliação da vinculação da gestante à maternidade, identificou-se o conhecimento da mulher sobre a procura do serviço em situações de urgência.

Quanto às gestantes provenientes de município diferente da sua vinculação ao parto, com dificuldade para seu deslocamento ao serviço de referência, recomenda-se que as mulheres sejam encaminhadas, próxima da data do parto, para casa de apoio próximo ao serviço de vinculação (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012). Quanto ao transporte para realização do parto, gestantes provenientes de município diferente da sua vinculação ao parto, a equipe de saúde deve programar-se quanto ao deslocamento da gestante até o hospital de referência, por meio da utilização de transporte sanitário (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3).

Recomenda-se a realização da primeira consulta puerperal na 1^a semana do pós-parto, assim como a garantia de ações ao planejamento reprodutivo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3). Quanto ao acesso ao planejamento reprodutivo, considerou-se a puérpera ou casal que receberam aconselhamento e ou prescrição de método contraceptivo realizada por médico ou enfermeiro, ou a realização de método contraceptivo cirúrgico.

No que tange o número de consultas durante o PN, este foi adaptado ao presente estudo, à recomendação da Linha Guia de 2012, última recomendação

durante a coleta de dados, sendo definido o número mínimo de seis consultas durante o PN (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012). Ressalta-se que na Linha Guia de 2018 o número de contatos foi aumentado para sete consultas durante o PN (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 3).

Quadro 3 – Descrição dos cuidados a serem solicitados na assistência pré-natal, de acordo com o trimestre de realização e número de exames, segundo Linha Guia Rede Mãe Paranaense de 2012 e 2018. Paraná, Brasil, 2022

Linha Rede Paranaense	Guia Mãe	2012		2018	
		Quantitativo mínimo liberado	A ser solicitado / Recomendado	Quantitativo mínimo liberado	A ser solicitado / Recomendado
Urina I		1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º	1º
Urocultura		1º, 2º, 3º		1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º
VDRL		1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º
Ht e Hb		2 exames	1º	2 exames	1º, 2º, 3º
Glicemia		1º, 2º, 3º	1º, 3º	1º, 2º, 3º	1º
Hepatite B		1 exame	1º	1 exame	1º
HIV		2 exames	1º, 3º	2 exames	1º, 2º, 3º
Toxoplasmose		1º, 2º, 3º	1º	1º, 2º, 3º	1º, 2º, 3º
Ultrassonografia Obstétrica		1º, 2º, 3º	1º antes 24 ^a semana, repetir se intercorrências	1º, 2º, 3º	1º, 2º (26-28 repetir se intercorrências)
ABO + RH			1º		1º
Eletroforese de hemoglobina			1º		1º
Exame Citopatológico Cérvico Vaginal			1º		1º
Exame odontológico			1º		1º
Número de consultas durante o PN			6 consultas		7 consultas
Registro estratificação de risco					
Possuir CPN					
Compartilhar o cuidado com o SE					
Vinculação ao hospital de risco					
Visita guiada até o 6º mês			Programar		Programar

Atividade educativa em grupo (2x)				
1ª consulta deve ser até o final do 3º mês de gestação				
Gestante de origem em município diferente ao local do parto		Próxima (casa de apoio)		Transporte sanitário
Consulta puerperal		1ª semana pós-parto		1ª semana pós-parto
Garantir ações do planejamento familiar / reprodutivo no puerpério				

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2012, 2018).

Incluiu-se aos critérios elencados acima o **referencial 3**: “Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada” (BRASIL, 2019). No tocante a Intervenção nutricional recomenda-se o uso de sulfato ferroso 60 mg/dia a partir da 20ª semana de gestação até o parto e ácido fólico 0,4 mg até a 12ª semana gestacional. Às medidas preventivas agregou-se a imunização por meio da aplicação da vacina DTPA a partir da 20ª semana, vacina contra Hepatite B (3 doses) e vacina contra influenza durante a campanha anual, e realização de cultura para SGB na 35ª a 37ª semanas de IG. Agregou-se às intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e qualidade do cuidado PN, a segunda consulta puerperal no 30º e 40º dias pós-parto (BRASIL, 2019).

Incluiu-se também os Marcadores do cuidado por meio do registro dos seguintes exames clínico obstétrico: aferição da pressão arterial (PA), verificação do PM, DUM, IG e DPP em todas as consultas, registro do BCF e AU a partir da 9ª a 13ª semana gestacional, determinação da situação e apresentação fetal a partir da 33ª a 34ª semana gestacional e identificação dos sinais de alerta para intercorrências clínicas ou obstétricas em todas as consultas (BRASIL, 2019).

Considerou-se como identificação dos sinais de alerta o registro em CPN do problema detectado durante o PNAR.

Seguindo as recomendações supracitadas, a própria autora propôs critérios para avaliação da qualidade pré-natal, elegendo pontos de corte para classificação da adequação PN, considerando para sua aplicação, a possibilidade de realização, de acordo com o período gestacional e imprescindibilidade para realização dos cuidados a qualquer momento durante a assistência PN, sendo classificado a adequação da assistência em adequada, intermediária ou inadequada. Ponderou-se adequada a assistência PN que atingiu todos os seguintes critérios: aconselhamento durante o PN sobre alimentação saudável e atividade física; ingestão durante a gestação de suplementação oral diária de sulfato ferroso até o parto ou puerpério e ácido fólico até a 12ª semana IG ou mais (Quadro 4). Dosagem de glicemia realizada no 1º, 2º e 3º trimestre, dois ou mais registros da dosagem de Hb e Ht; 1 registro de realização de eletroforese de hemoglobina no 1º trimestre de gestação; sorologia HIV no 1º e 3º trimestre ou todos trimestres; sorologia VDRL no 1º, 2º e 3º trimestre; 1 registro de hepatite B no 1º trimestre; sorologia toxoplasmose em gestante suscetível no 1º, 2º e 3º trimestre e para gestante não suscetível apenas no 1º trimestre; realização de três ultrassonografias, sendo 1 em cada trimestre (Quadro 5). Registro de tipagem sanguínea grupo ABO/Fator Rh no 1º trimestre; Urina I e Urocultura no 1º, 2º e 3º trimestre; um registro de Cultura de SGB na 35ª a 37ª semana IG; realização de CCO no 1º trimestre gestacional ou verificado coleta no período menor que 1 ano da gestação; apresentar registro anterior de imunização antitetânica e 1 dose de dTpa durante a gestação; apresentar registro de 3 doses da vacina hepatite B ou esquema atualizado; apresentar 1 dose da vacina influenza e consulta odontológica durante a gestação (Quadro 6). Possuir CPN; iniciar acompanhamento PN antes da 12ª semana IG; realizar 6 ou mais consultas PN; às gestantes que tiveram seu PN realizado a partir do ano de 2018, estas devem ter 7 ou mais consultas PN, registro de classificação de risco gestacional em todas as consultas; receber a informação de qual hospital buscar em caso de emergência; realizar o PNAR na APS concomitante a AAE; realizar visita à maternidade de vinculação ao parto preferencialmente até o 6º mês de gestação; participação em grupo de gestante; estar no momento da internação ao parto na mesma cidade de localização da maternidade; gestante com origem de outro município, realização do deslocamento até a maternidade de referência, por meio de

transporte sanitário ou ambulância; receber dois atendimentos puerperais, sendo estes na 1ª semana do pós-parto e de 30 a 40 dias do pós-parto; receber aconselhamento e ou prescrição sobre método contraceptivo no puerpério tardio por profissional médico ou enfermeiro, ou realização de método contraceptivo cirúrgico (Quadro 7). Possuir 6 ou mais registros da DUM + IG + DPP; PA; PM; BCF; AU, possuir 3 ou mais registros da situação fetal; apresentação fetal; e apresentar registro de alteração ou diagnóstico de risco detectado durante o PN (Quadro 8).

A assistência inadequada foi definida na presença de 1 ou mais dos seguintes critérios: não uso de sulfato ferroso até o parto e ou não uso do ácido fólico até 12ª semana IG ou mais; não recebimento de nenhuma orientação sobre alimentação saudável e atividade física; ou receber apenas 1 dos aconselhamentos associado ao não uso de sulfato ferroso e/ou ácido fólico (Quadro 4). Nenhum registro de dosagem de glicemia; Hb e Ht; eletroforese de hemoglobina; sorologia HIV; VDRL; hepatite B; toxoplasmose; ultrassonografia ou apresentar apenas o registro em 1 trimestre da sorologia HIV; VDRL; toxoplasmose para gestante suscetível; ultrassonografia (Quadro 5). Nenhum ou apenas 1 registro de Urina I e Urocultura; nenhum registro de tipagem sanguínea grupo ABO/Fator Rh; nenhum registro de cultura de SGB; não realização de CCO no período superior ou igual há 1 ano do período gestacional; registro da vacina antitetânica em atraso; nenhum registro ou agendamento de dTpa; nenhum registro ou esquema em atraso da vacina hepatite B; nenhum registro da vacina influenza; não realização do exame odontológico durante a gestação (Quadro 6). Não possuir CPN; início do acompanhamento PN após 12ª semana IG; realização de menos que 6 consultas PN, ou menos que 7 consultas aos PN realizados a partir do ano de 2018; nenhum registro de classificação de risco; não recebimento de informação sobre qual hospital buscar em caso de emergência; PNAR realizado somente na APS ou somente na AAE; não receber nenhuma consulta puerperal (Quadro 7). Possuir 0-2 registro da DUM + IG + DPP; PA; PM; BCF; AU; situação fetal; apresentação fetal; e não possuir registro da alteração ou diagnóstico detectado durante o PN (Quadro 8). As outras associações foram classificadas como assistência intermediária.

Quadro 4 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a intervenções nutricionais. Paraná, Brasil, 2022

Intervenções nutricionais			
	ADEQUADO	INTERMEDIÁRIO	INADEQUADO
Aconselhamento e uso de suplemento	Apresentar todos os componentes abaixo:	Apresentar no mínimo 1 dos componentes de aconselhamento e mais o componente de suplementação	Apresentar qualquer 1 dos seguintes componentes
Aconselhamento de alimentação saudável*	Recebimento de orientação sobre alimentação saudável	Recebimento de orientação sobre alimentação saudável ou recebimento de orientação sobre prática de exercício físico e estar em uso durante a gestação de sulfato ferroso e ácido fólico via oral	Não receber nenhuma orientação sobre alimentação saudável e atividade física ou receber apenas 1 dos aconselhamentos associado ao não uso de sulfato ferroso e/ou ácido fólico via oral
Aconselhamento de atividade física*	Recebimento de orientação sobre prática de exercício físico		
Suplementação oral diária de ferro e ácido fólico*†	Uso durante a gestação de sulfato ferroso até o parto e ácido fólico via oral no mínimo até 12 ^a semana IG		

Fonte: *WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016); †BRASIL (2019), adaptado pela autora.

Quadro 5 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a avaliação materna e fetal. Paraná, Brasil, 2022

Avaliação materna e fetal			
	ADEQUADO	INTERMEDIÁRIO	INADEQUADO
Tipo de exames	Apresentar todos os componentes abaixo:	Apresentar qualquer 1 dos seguintes componentes	Apresentar qualquer 1 dos seguintes componentes
Glicemia*	Registro de realização no 1º, 2º e 3º trimestre	Apenas 1 registro	Nenhum registro
Hb e Ht*	2 registros ou mais	Apenas 1 registro	Nenhum registro
Eletroforese de hemoglobina*	1 registro ou mais no 1º trimestre	1 registro ou mais no 2º ou 3º trimestre	Nenhum registro
Sorologia HIV*	Registro de realização no 1º e 3º trimestre ou 1º, 2º e 3º trimestre	Registro de realização no 1º e 2º trimestre ou 2º e 3º trimestre	Nenhum registro ou apenas registro em 1 trimestre
Sorologia VDRL*	Registro de realização no 1º, 2º e 3º trimestre	Registro de realização em apenas 2 trimestres	Nenhum registro ou apenas registro em 1 trimestre
Sorologia Hepatite B*	1 registro ou mais no 1º trimestre	1 registro ou mais no 2º e ou 3º trimestre	Nenhum registro
Sorologia Toxoplasmose*	Registro de realização em gestante suscetível 1º, 2º e 3º trimestre e para gestante não suscetível apenas 1º trimestre	Registro de realização em apenas dois trimestres em gestante suscetível	Nenhum registro ou apenas 1 registro em gestante suscetível
Ecografia*	Registro de realização no 1º, 2º e 3º trimestre	Registro de realização em apenas dois trimestres	Nenhum registro ou realização em apenas 1 trimestre

Fonte: *SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2012, 2018) adaptado pela autora.

Quadro 6 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a medidas preventivas. Paraná, Brasil, 2022

Medidas preventivas			
	ADEQUADO	INTERMEDIÁRIO	INADEQUADO
Tipo de exames e imunização	Apresentar todos os componentes abaixo:	Apresentar qualquer 1 dos seguintes componentes	Apresentar qualquer 1 dos seguintes componentes
Urina I e Urocultura*	Registro de realização no 1º, 2º e 3º trimestre	Registro de realização em apenas 2 trimestres	Nenhum registro ou apenas registro em 1 trimestre
Triagem sanguínea grupo ABO/Rh*	1 registro ou mais no 1º trimestre	1 registro ou mais no 2º ou 3º trimestre	Nenhum registro
Cultura de <i>Streptococcus do grupo B</i> †	1 registro ou mais de realização na 35ª a 37ª semana IG	1 registro ou mais de realização no período anterior a 35ª semana IG e/ou após a 37ª semana IG	Nenhum registro
Colpocitologia oncótica*	Colhido preferencialmente no 1º trimestre ou verificado coleta no período ↓ 1 ano da gestação	-‡	Não realização no período ↑ ou igual há 1 ano do período gestacional
Vacina antitetânica†§	Registro de esquema anterior e 1 dose de dTpa durante a gestação ou com agendamento em dia	-‡	Nenhum registro de esquema anterior ou esquema em atraso e/ou nenhum registro ou nenhum agendamento de dTpa
Vacina hepatite B†	Registro de realização de 3 doses ou esquema atualizado	-‡	Nenhum registro ou esquema em atraso
Vacina influenza†	Registro de 1 dose durante a gestação	-‡	Nenhum registro durante a gestação
Exame odontológico*	Realização durante a gestação	-‡	Não realizado durante a gestação

‡ = Impossibilidade da assistência intermediária

Fonte: *SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2012, 2018); †BRASIL (2019); §WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016), adaptado pela autora.

Quadro 7 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção pré-natal. Paraná, Brasil, 2022

Intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção PN			
	ADEQUADO	INTERMEDIÁRIO	INADEQUADO
Item assistencial	Apresentar todos os componentes abaixo:	Apresentar 1 dos seguintes componentes	Apresentar 1 dos seguintes componentes
Registro de anotações**†	Possuir caderneta de gestante	-‡	Não possuir caderneta de gestante
Início do acompanhamento PN**†	Início do acompanhamento antes 12ª semana IG	-‡	Início do acompanhamento após 12ª semana IG
Número de consultas durante o PN†	Realizar 6 ou mais consultas *Às gestantes que tiveram seu PN realizado a partir do ano de 2018, estas devem realizar 7 ou mais consultas PN	-‡	Realizar < 6 consultas *ou < 7 consultas às gestantes que tiveram seu PN realizado a partir do ano de 2018
Classificação de risco gestacional†	Registro em todas as consultas	Registro em algumas consultas	Nenhum registro
Vinculação ao hospital de referência†	Receber a informação de qual hospital buscar em caso de emergência	-‡	Não receber a informação de qual hospital buscar em caso de emergência
Compartilhamento do cuidado†	Realizar PNAR na atenção primária concomitante com a atenção ambulatorial especializada	-‡	PN realizado somente na atenção primária ou somente na atenção ambulatorial especializada
Visita guiada†	Realizar visita à maternidade de vinculação ao parto preferencialmente até o 6º mês de gestação	Não realizada visita à maternidade de vinculação ao parto durante a rotina do PN	--§
Atendimento em grupo†	Participação em 1 ou mais grupo de gestante durante o PN	Não participação em grupo de gestante durante o PN	--§
Origem à maternidade para realização do parto†	Gestante estar no momento da internação na mesma cidade de localização da maternidade ou se origem de outra	Gestante estar no momento da internação em outra cidade e não utilizar para transporte ambulância ou	--§

	cidade realizar transporte por ambulância ou transporte sanitário	transporte sanitário	
Visita ou acompanhamento puerperal na 1ª semana do pós-parto†	Receber visita domiciliar ou consulta puerperal na 1ª semana do pós-parto	Receber apenas 1 visita puerperal , sendo esta domiciliar ou atendimento puerperal na 1ª semana do pós-parto ou de 30 a 40 dias do pós-parto	Não receber nenhuma visita ou consulta puerperal
Visita ou acompanhamento puerperal de 30 - 40 dias do pós-parto	Receber visita domiciliar ou consulta puerperal de 30 a 40 dias do pós-parto		
Garantia de ações ao planejamento reprodutivo†	Puérpera ou casal receber aconselhamento e ou prescrição de método contraceptivo realizado por médico ou enfermeiro ou a realização de método contraceptivo cirúrgico	Não recebimento de aconselhamento e ou não prescrição de método contraceptivo realizada por médico ou enfermeiro ou não realização de método contraceptivo cirúrgico	--§

‡- = Impossibilidade da assistência intermediária; §-- = A não realização do cuidado não classifica a assistência em inadequada

Fonte: *WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016); †SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2012, 2018), ||BRASIL (2019), adaptado pela autora.

Quadro 8 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal, de acordo com o acesso a marcadores do cuidado. Paraná, Brasil, 2022

Marcadores do cuidado			
	ADEQUADO	INTERMEDIÁRIO	INADEQUADO
Item assistencial	Apresentar todos os componentes abaixo:	Apresentar 1 dos seguintes componentes	Apresentar 1 dos seguintes componentes
DUM + IG + DPP*	Possuir 6 ou mais registros	Possuir 3 - 5 registros	Possuir 0 - 2 registros
PA*	Possuir 6 ou mais registros	Possuir 3 - 5 registros	Possuir 0 - 2 registros
PM*	Possuir 6 ou mais registros	Possuir 3 - 5 registros	Possuir 0 - 2 registros
BCF*	Possuir 6 ou mais registros	Possuir 3 - 5 registros	Possuir 0 - 2 registros
AU*	Possuir 6 ou mais registros	Possuir 3 - 5 registros	Possuir 0 - 2 registros
Palpação obstétrica (Situação fetal e apresentação fetal)*	Possuir 3 ou mais registros	-†	Possuir 0 - 2 registros
Sinais de alerta*	Possuir registro da alteração ou diagnóstico detectado durante o PN	-†	Não possuir registro da alteração ou diagnóstico detectado durante o PN

†- = Impossibilidade da assistência intermediária

Fonte: *BRASIL (2019), adaptado pela autora.

3.2.6 Análise dos Dados

Após coletado e digitação dos dados (QUAN), procedeu-se a análise descritiva e analítica da adequação da assistência PN, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os dados foram analisados por meio do teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e o local de realização da assistência PN.

Após análise da adequação da assistência PNAR, identificou-se lacunas no acompanhamento PN, analisadas a partir de fragilidades no cuidado recebido e insuficiência dos registros e nas orientações realizadas, além do não

compartilhamento do cuidado com a AAE à todas as gestantes, surgindo a necessidade de aprofundamento do fenômeno gerenciamento assistencial à gestante de AR, desse modo o estudo teve seguimento à segunda etapa (qual).

3.3 ETAPA QUALITATIVA (QUAL) - FASE 2

3.3.1 Local e Período do Estudo

Por se tratar de um estudo misto com desenho explanatório sequencial, de abordagem quantitativo-qualitativo, com triangulação de dados, realizou-se a continuidade da coleta de dados. Para a segunda fase da pesquisa (qual), realizou-se entrevista individual, utilizando gravador de voz, com profissionais que realizavam gestão da assistência indireta PN à gestante de AR. O período de coleta de dados foi de janeiro a março de 2020.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos participantes, sendo, uma Secretaria Municipal de Saúde que administra e coordena 54 UBS, tendo como finalidade a coordenação e implementação das políticas de saúde, assim como, promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio da promoção de ações integrais e intersetoriais. A Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde, a qual realiza a gestão estadual da RAS, tendo como missão formular, desenvolver e gerir a política estadual de saúde, almejando o fortalecimento do SUS, de acordo com as realidades regionais, da participação da sociedade e com enfoque a qualidade da saúde da população. O Ambulatório de Especialidades vinculado a uma universidade pública, referência para acompanhamento à gestação de AR, atendendo no ano de 2018 um total de 1.138 pacientes com diagnóstico de patologia obstétrica. O serviço apresenta uma equipe constituída por 3 médicos, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 1 técnico administrativo e 1 auxiliar operacional, além de residentes e internos do curso de medicina. E o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema que é público e atua como instrumento de apoio à gestão municipal. O serviço posiciona-se como ente constituinte da administração indireta diante de seus consorciados, atendendo 21 municípios da região do Médio Paranapanema. Dentre os serviços de atenção ambulatorial especializada, o ambulatório tem cerca de 800 mil atendimentos anuais, com oferta de diversos serviços de especialidades médicas, exames e diagnósticos clínicos, além de ações em educação em saúde.

3.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Ponderou-se como critérios de inclusão para composição dos participantes, profissionais que atuassem na assistência indireta como gestores no planejamento do acompanhamento à gestante de AR, garantindo a inclusão dos gestores de todas as instituições pesquisadas, considerou-se também um tempo mínimo de 60 dias no cargo de gestão e como exclusão profissionais que prestam assistência gestacional exclusivamente à gestante com acompanhamento PN de Risco Intermediário (RI) e/ou Risco Habitual (RH).

3.3.3 Seleção dos Participantes

O número de participantes não foi determinado *à priori*, considerou-se a exaustividade dos dados, ou a sua repetição (MINAYO, 2017; FLICK, 2009). Assim, houve seleção intencional, por meio da identificação de 19 gestores envolvidos no cuidado indireto à gestante de AR, dos serviços da APS e AAE.

Seis participantes foram excluídos do estudo, sendo que três gestores possuíam o cargo de gestor, entretanto, não planejavam o gerenciamento à gestante de AR, um gestor apresentava tempo de serviço menor que 60 dias, encontrando-se no período de adaptação do trabalho, e dois gestores não aceitaram participar da pesquisa, resultando em 13 participantes (Quadro 9).

A coleta de dados foi encerrada na repetição dos conteúdos provenientes das falas e alcance do objetivo proposto.

Quadro 9 – Caracterização dos participantes do estudo fase 2 (qual), segundo local de trabalho (n=13). Paraná, Brasil, 2022

Instituição	Descrição do cargo na gestão	Categoria profissional
Secretaria Municipal de Saúde no Sul do Brasil	Diretor de APS	Médico
	Assessor médico da APS	Médico
	Coordenador da APS	Enfermeiro
	Gerente regional da APS	Enfermeiro
	Gerente regional da APS	Enfermeiro
Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde	Diretor	Farmacêutico
	Coordenador do Comitê de Mortalidade Materna	Enfermeiro
	Promotor de saúde da Vigilância Sanitária	Enfermeiro
	Técnico de APS	Enfermeiro
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	Diretor executivo	Letras estrangeira
	Diretor de planejamento e atenção em redes de saúde	Enfermeiro
	Gestor estratégico	Enfermeiro
Ambulatório de Especialidades vinculado a uma universidade pública	Gestor de enfermagem	Enfermeiro

Fonte: O próprio autor.

3.3.4 Protocolo do Estudo

Primeiramente, identificou-se os gestores envolvidos no gerenciamento do cuidado indireto à gestante de AR, junto à equipe administrativa, após, as entrevistas foram agendadas com auxílio da secretária, conforme disponibilidade do participante, em seu próprio local de trabalho. Os relatos foram coletados por entrevista aberta e gravada e analisados à luz da Fenomenologia Social proposta por Alfred Schütz que busca a compreensão da vivência intersubjetiva, por meio da relação social (SCHÜTZ, 2012).

Neste sentido, esta fase (qual) buscou o significado do gerenciamento da assistência PNAR, na perspectiva do gestor que realiza a assistência indireta à gestante de AR, assim como, a compreensão dos motivos da ação profissional que direcionam o cuidado à gestante e as ações que podem ser implementadas para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência gestacional.

Durante o atendimento PN, o profissional interage com o indivíduo, seja na assistência à mulher e também aos familiares, os quais podem se encontrar em

estágio de vulnerabilidade física, psicológica e social. Nesta perspectiva fenomenológica, se estabelece uma alternativa de pesquisa, contribuindo para um olhar efetivo, sobre as experiências relacionadas ao processo saúde-doença de seres humanos e, principalmente, as vividas em diferentes cenários assistenciais e de atenção à saúde (JESUS et al., 2013).

Cuidar do outro, implica considerar o campo de atuação do profissional de saúde, como sendo de interação entre o ser que cuida e o ser cuidado, reconhecendo-o como ambiente e espaço complexo da atividade humana, que requer a compreensão da ação social, dos atores sociais neles inseridos (CAMATTA et al., 2008). A ação constitui-se em atos, comportamentos e atitudes relacionados ao processo saúde-doença, sendo que tais ações realizadas, variam conforme as situações de cuidado e com o tipo de relacionamento nelas estabelecido (WALDOW; BORGES, 2011).

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz caracteriza-se por um caráter de interpretação e compreensão do fenômeno humano, atribuindo significados aos atores em seu mundo cotidiano, almejando a busca de experiências do ser, onde este se relaciona com outros autores (SCHÜTZ, 2012).

Utilizou-se os seguintes conceitos propostos por Alfred Schütz: Ação social, Mundo social, Intersubjetividade, Atitude natural, Relação social, Motivação (motivos existenciais: “motivos porque” e os “motivos para”), Relação face a face, Bagagem de conhecimentos, Reciprocidade de intenções e Tipificação.

A ação social da experiência do cuidado, vivenciado por profissionais que realizam o gerenciamento da assistência PNAR, é permeada no cotidiano vivido dos sujeitos, no seu mundo social, cultural e intersubjetivo. O cuidado pode ser descrito como uma experiência vivenciada de maneira natural, a qual ocorre desde a primeira relação do ser humano, como um processo de interação entre os sujeitos, que ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nesta ação social. Neste sentido, profissionais e a gestante de AR, possuem interesses próprios, sendo estes motivadores, direcionados para a ação do cuidado humano, estes considerados motivos existenciais da motivação (SCHÜTZ, 2012).

O cuidado à gestante de AR exige além da competência técnica, o cuidado direcionado às necessidades específicas da gestante, assim como, as expectativas e o conhecimento de cada indivíduo. Tais práticas são proporcionadas

de acordo com a bagagem de conhecimento dos envolvidos, de quem realiza o cuidado indireto - gestor – e de quem recebe a assistência, a gestante classificada com AR gestacional.

Neste sentido, o conhecimento é o saber recebido dos nossos predecessores, acrescido de nossa própria experiência vivida que pode ser compreendida por ações exteriorizadas, consideradas base da comunicação e da relação social, impulsionadas por ações, por meio dos motivos porque: considerados razões enraizadas de experiências passadas dos atos já concretizados e dos motivos para: no que concerne as expectativas relacionadas com comportamento futuro e subjetivo do que não aconteceu, tais conhecimentos são denominados bagagem de conhecimento (SCHÜTZ, 2012).

A sociologia compreensiva é percebida a partir da análise de interpretação frente ao fenômeno, na perspectiva de valorização da dimensão social, por meio de vivências cotidianas, com a possibilidade de compreensão a partir das experiências dos profissionais de saúde, buscando razões para justificar cada ação desempenhada (CARVALHO et al., 2018).

A ação humana é compreendida no encontro da motivação (motivo/ação) e, quando nos colocamos, ao menos em pensamento em situação similar ao outro, encontra-se a intersubjetividade, ocorrendo a compreensão em que nossos atos são motivados para a ação do outro (SARAIVA et al., 2018).

O cuidado à saúde, exige a identificação de ações frente às necessidades das gestantes que apresentam riscos na gestação, neste sentido, nesta fase buscou-se resgatar a vivência e o percurso existencial de profissionais que prestam cuidado indireto à gestante de AR.

A gestante de AR e os profissionais que prestam a assistência gestacional, vivenciam uma relação social, permeada de interesses comuns no desenvolvimento das ações do cuidado, sendo estas com reciprocidade de intenções. Adquire-se a vivência do cuidado à saúde, por meio da tipificação dos grupos sociais, representados por profissionais e gestantes, capazes de tipificar o mundo vivido para compreendê-lo (SCHÜTZ, 2012).

A Tipificação pode ser descrita como uma estrutura vivenciada única, uniforme, contínua, que pode ser analisada e descrita porque tem um valor de significação e que pode ser transmitida pela comunicação e pela linguagem significativa, na relação interpessoal (SCHÜTZ, 2008).

Para a Fenomenologia Social, o mundo cotidiano é o cenário onde o ser humano vive, o qual encontra-se estruturado previamente, anterior ao seu nascimento. Quando o homem nasce, realiza-se uma leitura da realidade, fazendo-o agir de modo natural, a partir do que é apresentado como realidade social. Neste sentido, a capacidade da ação natural no mundo da vida, está sempre modificando-se, sendo influenciada e influenciando, transformando-se continuamente, alterando desta forma as estruturas sociais, tal atitude natural é a forma do sujeito colocar-se no mundo da vida (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009; JESUS et al., 2013).

Para Schütz toda consciência é intencional, sendo que nenhum objeto é pensável sem referência à um ato da consciência, evidenciando desta forma o conhecimento, com a presença do objeto na consciência (CAPALBO, 2008). Alfred Schütz estabeleceu uma filosofia sem pressuposto, estudando as experiências do ser humano consciente que vive e age no mundo (SCHÜTZ, 2012).

Portanto, a ação é uma conduta humana, projetada pelo indivíduo com intencionalidade, dotada de propósito. Ao projetar uma ação, o sujeito antecipa um comportamento e as possibilidades para fazê-lo, estarão relacionadas aos elementos do presente vivido. Isto significa que a situação biográfica e o acervo de conhecimento disponíveis e acessíveis, condicionam a projeção de suas ações (SCHÜTZ, 2008).

Neste contexto, o acervo de conhecimento constitui-se primeiramente por meio dos progenitores, sendo estes mediadores da inserção do homem no mundo da vida, somando-se ainda, o conhecimento agregado pelos educadores e pelas experiências concretas, as quais estruturam continuamente o acervo do conhecimento, servindo de base para uma ação subsequente (SCHÜTZ, 2008).

Cada pessoa interpreta o mundo a partir de seus próprios interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos e religiosos, entretanto, o modo como expressa-se na vida individual, depende da totalidade da experiência que o sujeito constrói durante sua existência concreta. Agregando desta forma, um acervo de conhecimentos, o qual encontra-se disponível e acessível, de acordo com a situação biográfica do sujeito (SCHÜTZ, 2008).

Neste estudo, buscou-se a vivência e o percurso existencial relacionado com a temática, por meio do resgate da situação biográfica, com a interpretação do mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimento prévio, alcançando a capacidade de reflexão e compreensão das ações e sua relação com o mundo.

Neste contexto, é preciso ouvir os sujeitos, buscando sua intencionalidade por meio dos motivos, sendo eles: motivo-porque (passado) e motivo-para (futuro) (SCHÜTZ, 2012). O tipo vivido se dá a partir da descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica (convergências nas intenções dos sujeitos), ou seja, motivos porque e motivos para (SCHÜTZ, 2008).

A vivência do homem nesse mundo, orienta-se pelo modo que se define o cenário da ação, pela interpretação de suas possibilidades e enfrentamento dos desafios, sendo esta precedida do reconhecimento da situação atual do sujeito, constituída de uma história sedimentada, em todas as suas experiências subjetivas prévias (SCHÜTZ, 2008).

A ação do sujeito se dá no mundo social, possibilitando a aproximação e comunicação entre as pessoas, nos colocando uns em relação com os outros, revelando a experiência intersubjetiva por meio da relação face a face. Cuidar requer o estabelecimento de uma relação face a face, definida como aquela, na qual os sujeitos envolvidos estão conscientes um do outro e voltados mutuamente, no mesmo tempo e espaço (SCHÜTZ, 2008).

Durante o atendimento PN, o profissional interage direta ou indiretamente com o indivíduo, seja na assistência à mulher e também aos familiares, os quais podem se encontrar em estágio de vulnerabilidade física, psicológica e social. Neste sentido, a perspectiva fenomenológica estabelece uma alternativa de investigação, contribuindo para um olhar efetivo sobre as experiências relacionadas ao processo saúde-doença de seres humanos e principalmente, as vividas em diferentes cenários assistenciais e de atenção à saúde (JESUS et al., 2013).

A sociologia compreensiva é percebida a partir da análise de interpretação frente ao fenômeno, na perspectiva de valorização da dimensão social, por meio de vivências cotidianas, com a possibilidade de compreensão, a partir das experiências dos profissionais de saúde, buscando razões para justificar cada ação desempenhada (CARVALHO et al., 2018).

A Fenomenologia Social proporcionou a investigação do grupo social de gestores da assistência PNAR, os quais vivenciam a gestão, adquirindo experiências que constituem a situação típica no mundo da vida, fazendo com que ocorra a compreensão e a comunicação do ator social com seus semelhantes.

Neste contexto, realizou-se a entrevista mediante as seguintes questões norteadoras: Como planeja o cuidado à gestante de alto risco? Quais ações você

desenvolve no seguimento pré-natal de alto risco? Como você percebe sua formação para a prática profissional vivenciada no cuidado à gestante de alto risco? Como você percebe a assistência pré-natal à gestante de alto risco? O que você acredita que poderia ser implementado neste cuidado? Qual estratégia você acredita que poderia ser implementada no acompanhamento pré-natal à gestante de alto risco? O que você espera dos órgãos/setores responsáveis nesse seguimento para a continuidade das suas ações de cuidado no pré-natal de alto risco? Gostaria de discorrer sobre algo mais que não foi contemplado nessa entrevista e que é relevante para você na temática proposta?

Utilizou-se formulário semiestruturado para caracterização dos profissionais (APÊNDICE H) e com as questões norteadoras (APÊNDICE I). As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos. Para garantir o anonimato dos participantes, codificou-se as falas utilizando a letra G, seguida de numeração de 1 a 13.

3.3.5 Análise dos Dados

Para organização e análise dos dados, seguiu-se os princípios teóricos e metodológicos da Fenomenologia Social, por meio da leitura acurada de cada relato, captando as unidades de sentido da experiência vivida dos participantes, realização do agrupamento dos aspectos significativos para composição das Categorias Concretas do Vivido, assim como a compreensão do fenômeno à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (MERIGHI et al., 2011; CALDEIRA et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2019).

A partir da análise das categorias, elencou-se os “motivos porque”, as ações vivenciadas e os “motivos para” referente às expectativas (MERIGHI et al., 2011; CALDEIRA et al., 2012). Na apresentação dos relatos, houve correção na transcrição do português, editado à norma culta, não alterando o sentido das falas dos participantes.

3.4 Aspectos Éticos

Foram cumpridos todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, fase 1 sob o número: 1.757.596/UEL, em 03 de outubro de 2016 CAAE 59935716.7.0000.5231 (ANEXO C). E fase 1 e 2 sob o número: 3.660.461/UEL, em 24 de outubro de 2019 CAAE 21597619.5.0000.5231 (ANEXO E).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a unidade pesquisada: Hospital Universitário público (APÊNDICE A), Secretaria Municipal de Saúde no Sul do Brasil (APÊNDICE B), Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde (APÊNDICE C), Ambulatório de Especialidades vinculado a uma universidade pública (APÊNDICE D) e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (APÊNDICE E).

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DA TESE

A partir dos resultados QUAN e qual foi possível a avaliação da assistência PNAR, assim como, identificar as estratégias para o aperfeiçoamento assistencial, por meio do estudo misto (Quadro 10). Os resultados qual foram apresentados em oito categorias concretas do vivido, relacionadas aos “motivos porque” do planejamento das ações na gestão PNAR (Figura 4) e três categorias referente aos “motivos para” no tocante da expectativa dos gestores para a qualificação deste seguimento (Figura 5).

Quadro 10- Síntese dos resultados do estudo misto, referente aos dados quantitativos da fase 1 (QUAN) e qualitativos da fase 2 (qual).
Paraná, Brasil, 2022

Resultados QUAN							Resultados qual	
Avaliação da assistência pré-natal de alto risco e estratégias para o aperfeiçoamento assistencial								
Local de realização do pré-natal							Gerenciamento da assistência pré-natal de alto risco	
Variáveis	APS	AAE	Compartilhado	Não compartilhado	Total	(p) valor	Categorias concretas do vivido "motivos porque"	Relatos
	%	%	%	%	%			
Classificação da adequação pré-natal de alto risco							Vivenciando a dificuldade na comunicação entre os serviços	<p>Não temos retorno dos serviços, quando acontece algum problema, normalmente, as pessoas comentam quando fazemos reunião dos enfermeiros, apesar da grande maioria ir bem. (G1)</p> <p>Sentimos muita falta da maioria dos ambulatorios é a contra referência que não vem, é uma anotação que não está adequada, também temos fragilidade neste sentido com a atenção primária, mas por exemplo é uma anotação que não existe na carteirinha da gestante. (G2)</p> <p>É importante a comunicação entre os profissionais do ambulatório de referência, com a equipe da atenção básica, porque é a mesma gestante, ela está no território, tem coisas que a gente orienta que precisa dar continuidade. (G5)</p> <p>Eu referencio, por outro lado minha contra referência mais ou menos é uma carteirinha de pré-natal mal preenchida, às vezes com letras ilegíveis, às vezes vem só assim: exame. Qual exame? Não sei. (G12)</p>
Intervenções nutricionais								
Adequado	13,3	5,7	12,1	-	11,6	-		
Intermediário	26,7	42,8	42,1	-	39,3	-		
Inadequado	60,0	51,5	45,8	-	49,1	-		
Avaliação materna e fetal								
Adequado	8,3	20,0	19,7	-	17,6	-		
Intermediário	8,3	17,1	11,2	-	11,3	-		
Inadequado	83,4	62,9	69,1	-	71,1	-		
Medidas preventivas								
Adequado	5,0	11,4	12,5	-	11,0	-		
Intermediário	-	-	-	-	-	-		
Inadequado	95,0	88,6	87,5	-	89,0	-		
Melhorias na utilização e qualidade dos cuidados							Consequências da não integração entre os serviços	<p>[...] demanda muitas vezes uma coleta de exames desnecessária, sendo que já coletou no alto risco, mas não tem nada anotado na carteirinha, nós da atenção primária acabamos fazendo tudo de novo. Então isso implica em custos muitas vezes desnecessários. (G2)</p> <p>Precisamos fazer uma comunicação maior, a fim de que a gestante entenda o papel de cada um desses pontos de atenção, porque ela nem sabe o motivo que ela está indo de um ponto ao outro, então a própria gestante não identifica o sentido de ser acompanhada nos dois serviços. (G6)</p> <p>O exame realizado pela atenção primária, o serviço especializado não usa, eles pedem para colher outro igual, então eu acho que isso é mal uso do recurso público. (G8)</p> <p>[...] não vamos conseguir um pré-natal de qualidade com a realidade de hoje, porque a gestante sai da atenção primária e fica só no ambulatório de alto risco, perdendo o vínculo com os profissionais da atenção primária, isso é muito ruim, perdemos o controle. (G10)</p> <p>Precisamos olhar para gestante de alto risco de uma forma mais cuidadosa, mas acabamos falhando, porque a atenção primária fica sem saber o que precisa orientar, ou poderíamos fazer a busca das faltosas do alto risco, mas às vezes a gente só vai saber que ela faltou no alto risco uma semana depois, quando ela vem remarcar, principalmente aquelas que trabalham, temos dificuldade de encontrar em casa. (G12)</p>
Adequado	-	-	0,5	-	0,3	-		
Intermediário	5,3	-	39,3	-	28,7	-		
Inadequado	94,7	100,0	60,2	-	71,0	-		
Marcadores do cuidado								
Adequado	6,7	20,0	21,5	-	18,5	-		
Intermediário	3,3	8,6	3,6	-	4,1	-		
Inadequado	90,0	71,4	74,9	-	77,4	-		
Descrição do percentual das intervenções realizadas								
Intervenções nutricionais								
Uso de ácido fólico e sulfato ferroso	-	-	96,9	94,7	-	-		
Aconselhamento sobre atividade física	-	-	15,2	12,6	14,5	0,540		
Aconselhamento sobre alimentação	-	-	52,5	42,1	49,3	0,090		

Avaliação materna e fetal							0,020	Gerenciamento do acesso a atenção ambulatorial especializada	Temos uma lista expectante que são das gestantes que vem, e nós não damos conta de atender todas, algumas vão ter que esperar de três a quatro meses, para iniciar o atendimento. (G5) Às vezes essa gestante chega tardiamente na referência, e então a UBS fica com ela, o que não deveria, onde o que deveria ser parceria fica segurando essa bomba. (G12)
Ecografia em todos trimestres	-	-	79,4	67,4	75,8				
Ecografia em dois trimestres	-	-	12,5	17,9	14,1				
Sorologia VDRL em todos trimestres	-	-	57,4	44,2	53,5	0,023			
Sorologia VDRL em dois trimestres	-	-	25,1	29,5	26,4				
Sorologia HIV	-	-	55,6	49,5	-	-	Interferência no tempo de espera	Temos dois prestadores para alto risco que em determinados momentos do ano temos redução da oferta de vagas. (G2) Temos observado uma quantidade muito grande de gestantes em qualquer idade com comorbidades ou gestantes utilizando medicamentos sem muito critério. O abuso de medicamento na saúde mental é muito grande, é assustador em qualquer idade. (G3) Tudo depende se o encaminhamento for bem feito, com os dados necessários e que atenda aos critérios. Se faltou informações devolvemos como dados insuficientes. Também temos caso que na consulta o médico identifica que não tinha a necessidade do encaminhamento, com encaminhamentos realizados de forma incorreta. (G4) O encaminhamento com dados insuficientes, e até o não monitoramento das gestantes referenciadas (G12).	
Sorologia Toxoplasmose	-	-	95,1	93,7	-	-			
Sorologia Hepatite B	-	-	97,3	92,6	-	-			
Eletroforese de hemoglobina	-	-	49,3	49,5	-	-			
Hemoglobina e hematócrito	-	-	96,0	93,7	-	-			
Glicemia	-	-	95,5	92,6	-	-			
Medidas preventivas									
Consulta odontológica	-	-	61,4	55,8	-	-			
Colpocitologia oncótica	-	-	70,0	64,2	-	-			
Vacina influenza	-	-	65,5	63,2	-	-			
Vacina hepatite B	-	-	72,2	80,0	-	-			
Vacina antitetânica	-	-	84,3	87,4	-	-	Limites da gestão e gerenciamento do cuidado	Nós crescemos bastante nos últimos anos, e desenvolvemos vários tipos de atendimentos diferenciados em rede e o espaço físico ficou pequeno. (G4) O nosso grande desafio é ter profissionais nas especialidades necessárias e em quantidades suficientes para atender as gestantes. Não temos recurso próprio, ou é recurso do município, ou do Estado, ou do federal, então é por meio deste recurso que recebemos que vamos conseguindo contratar profissionais para fazer esse atendimento. (G5) Tem outras coisas que te atropelam, a epidemia de dengue, toda regional se volta para isso, chega o coronavírus e você não consegue dar continuidade àquilo que você planejou. Esse é o último ano da gestão municipal, então quando muda a gestão municipal, muda todas as pessoas que estão à frente e começa todo o processo de novo. (G6) Nós temos um processo de implantação de políticas verticalizado, com iniciativa do governo do Estado, então os municípios se apresentam como polo passivo na implantação de políticas públicas. Temos dificuldade de formular um plano regional. (G7) Temos secretários de saúde que não tem nenhuma base de saúde, estas pessoas não têm formação na área da saúde, eles são políticos. Então não conseguimos explicar a ele que um município de 4.000 habitantes, que tem uma UBS e um enfermeiro, é impossível implantar alguma coisa ou solicitar a presença do enfermeiro em todas as reuniões e nos treinamentos. (G9)	
Cultura de <i>Streptococcus do grupo B</i>	-	-	48,0	34,7	-	-			
Urina I e Urocultura	-	-	94,6	94,7	-	-			
Triagem sanguínea grupo ABO/Rh	-	-	98,2	96,9	-	-			
Intervenções do sistema de saúde para melhorias na utilização e qualidade da atenção pré-natal									
Possuir caderneta pré-natal	-	-	99,5	99,0	-	-			
≥ 6 consultas pré-natal	-	-	94,6	84,2	91,5	0,002			
Início pré-natal antes 12ª semana IG	-	-	80,3	80,0	-	-			
Classificação de risco	-	-	75,8	62,1	71,7	0,013			
Grupo de gestante	-	-	28,7	13,7	24,2	0,003			
Visita a maternidade	-	-	5,8	9,5	-	-			
Informações de emergência	-	-	78,0	58,9	72,3	≤0,000			
Saber o motivo do encaminhamento	-	-	92,4	62,1	83,3	≤0,000			
Espera de até 7 dias para acesso a AAE	-	-	20,2	6,3	16,0	≤0,000			

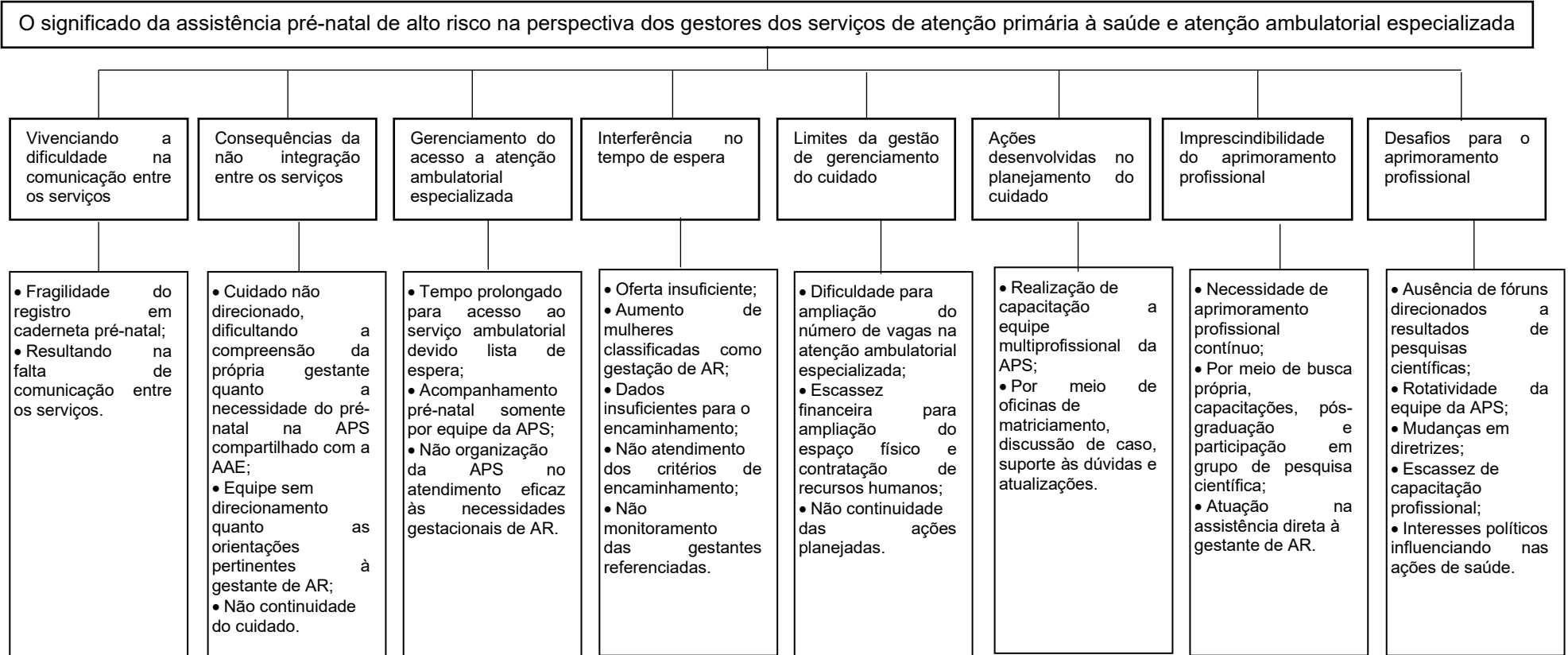
							Categories concretas do vivido "motivos para"	
Espera de 8-15 dias para acesso a AAE	-	-	17,5	12,6	16,0		Estratégias a serem realizadas para articulação entre os serviços	Temos hoje uma limitação muito grande de servidores, a gente deveria contratar, então pensando numa situação utópica ou hipotética, se tivéssemos autonomia financeira e a autonomia de gestão, conseguiríamos resolver. (G3) Precisamos contratar mais profissionais que façam este atendimento diferenciado. (G4) [...] a rede materno infantil vem sendo construída há muitos anos, precisamos dar continuidade à essa construção, continuidade dos recursos, criação de novos sistemas de informação e contratação de recursos humanos. (G5) Deveria ter um programa na Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo a gestão do município, os serviços secundários e terciários, um programa que seja colocado as informações em tempo real [...] teria que ter um investimento maior, para que conseguíssemos implementar e unificar todo esse processo. (G6) É preciso ter um espaço de discussão e de planejamento integrado entre os serviços, para troca de experiência. Eu me vejo nesse cenário, minha área de atuação é da direção de um serviço, da gestão e do planejamento, e pela minha experiência pessoal, eu vejo que existem poucos espaços em que eu posso compartilhar com outros colegas, que também sejam gestores de serviços, as dificuldades dos serviços, as dificuldades do meu papel, as lacunas que nós temos no sistema para o desenvolvimento desse papel ou mesmo a potencialização das minhas tarefas. (G7) Eu acho que falta um pouco de explicação também, o profissional tem que fazer essa parte de explicar, ter paciência. No comitê de mortalidade eu ouço assim gestante num óbito neonatal que fazia dois dias que ela não sentia o neném mexer, eu falei gente um mobilograma tem que explicar na primeira consulta entendeu? Porque se ela soubesse que aquilo é grave, que aquilo não é normal, ela tinha procurado assistência. (G9) Se tivesse um sistema unificado, com integração, desde exames de imagens, de exames de laboratório, algo informatizado, eu acho que com certeza ia facilitar bastante (G11). Precisamos instituir esse processo de referência e contra referência, sensibilizando os profissionais da importância da contra referência. (G13)
Espera >15 dias para acesso na AAE	-	-	62,3	17,9	49,1			
Não acessou a AAE	-	-	-	63,2	18,9			
Origem da gestante na mesma cidade	-	-	88,3	95,8	-	-		
Retorno puerperal 1 semana pós-parto	-	-	59,1	61,8	-	-		
Retorno puerperal 30-40 dias pós-parto	-	-	74,8	74,2	-	-		
Ações do planejamento reprodutivo	-	-	59,5	61,8	-	-		
Marcadores do cuidado (registro)								
Problema detectado no pré-natal	-	-	59,2	47,4	55,7	0,052		
≥ 6 pressão arterial	-	-	93,8	83,1	90,6	0,007		
≥ 6 peso materno	-	-	94,2	80,0	89,9	≤0,000		
≥ 1 DUM + DPP	-	-	87,5	87,4	-	-		
≥ 6 idade gestacional	-	-	86,1	71,6	81,8	0,001		
3-5 idade gestacional	-	-	11,2	18,9	13,5			
≥ 6 batimento cardíaco fetal	-	-	86,1	54,8	76,8	≤0,000		
3-5 batimento cardíaco fetal	-	-	10,8	34,7	17,9			
≥ 6 altura uterina	-	-	87,5	55,8	78,0	≤0,000		
3-5 altura uterina	-	-	9,4	32,6	16,3			
3-5 situação e apresentação fetal	-	-	45,3	28,4	40,2	0,004		

							<p>Possibilidades no gerenciamento do pré-natal de alto risco</p> <p>Mais completo possível, acolhedor, com assistência de diversos profissionais, desde o agente comunitário até o administrativo. Precisamos expandir nossas ações de capacitação, por exemplo o serviço de alto risco poderia ter uma parceria conosco, onde a rede de referência poderia capacitar os nossos profissionais da atenção primária, com algumas condições que fossem pertinentes a atenção primária. (G2)</p> <p>Precisamos de recurso financeiro para ampliar a área física e contratar mais profissionais. O recurso financeiro também é importante, para manter os materiais. (G4)</p> <p>Teria que ter melhorias do atendimento na atenção básica, para que viessem para o serviço especializado só os casos mais necessários. (G5)</p> <p>Deveríamos ter mais pessoas nos cargos de uma maneira geral, que tivessem uma formação mínima na área e que tivesse uma visão de fato, eu estou dizendo especificamente da saúde, do que é saúde pública, eu acho que aquilo que está dando certo deve se tornar uma política de Estado e não uma política de governo. (G6)</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Fonte: O próprio autor.

Figura 4

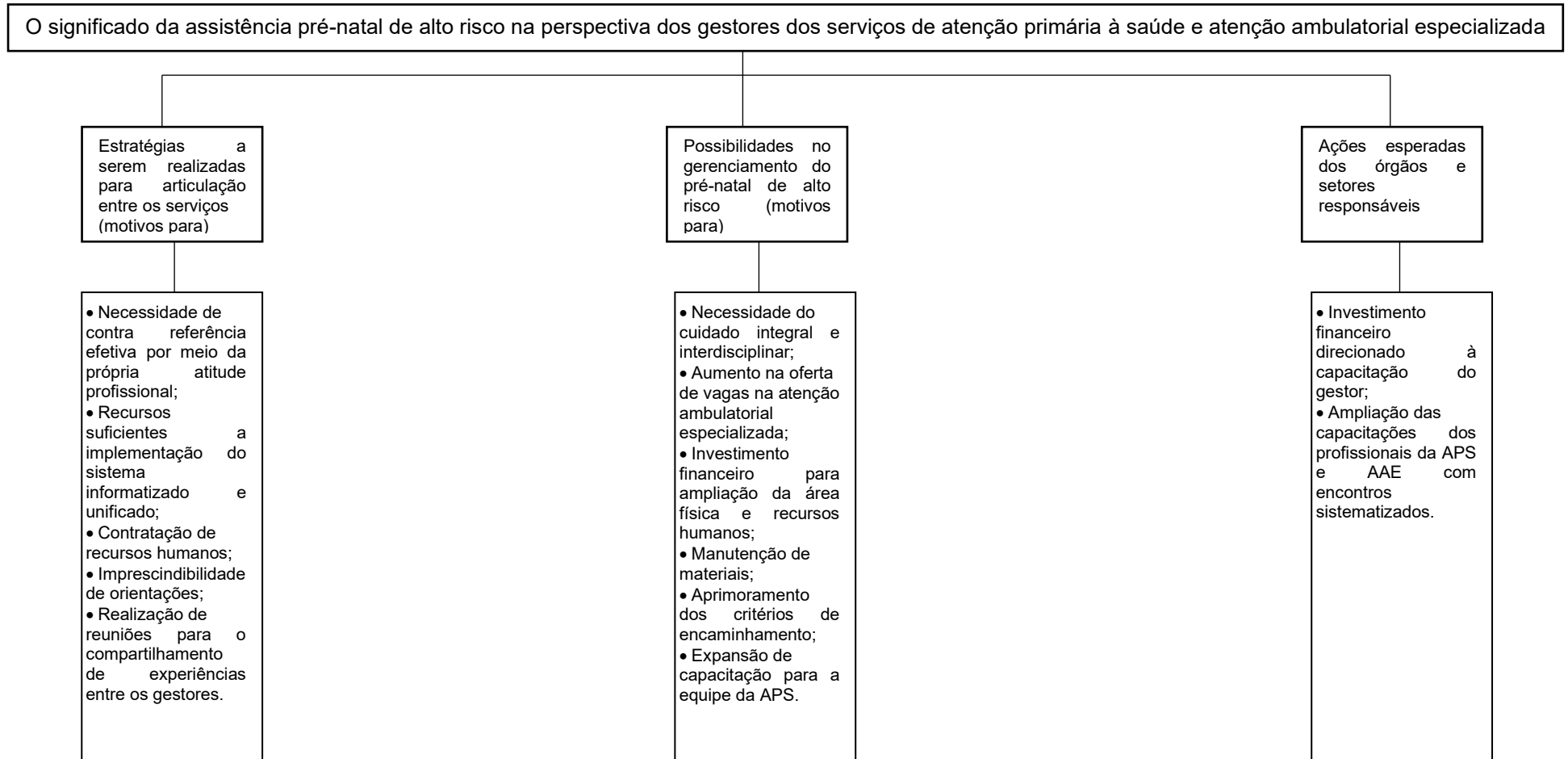
Diagrama dos fenômenos desvelados nos “motivos porque” do planejamento das ações no pré-natal de alto risco, compondo o passado e o presente vivido. Paraná, Brasil, 2022



Fonte: O próprio autor.

Figura 5

Diagrama dos fenômenos desvelados nos “motivos para” do planejamento das ações no pré-natal de alto risco, compondo as ações futuras. Paraná, Brasil, 2022



Fonte: O próprio autor.

Para responder às perguntas de pesquisa, os resultados desta tese serão apresentados na forma de três manuscritos (Quadro 11).

Quadro 11 – Descrição dos manuscritos desenvolvidos a partir da investigação denominada “Avaliação da assistência, acesso e planejamento do serviço pré-natal de alto risco na atenção primária à saúde e ambulatorial especializada: estudo misto”. Paraná, Brasil, 2022

Estudos	Objetivo
<p>Estudo 1 Avaliação pré-natal de alto risco na atenção primária e ambulatorial especializada: estudo de métodos mistos</p>	<p>Avaliar a assistência pré-natal de alto risco em município de grande porte e identificar as estratégias para o aperfeiçoamento assistencial.</p>
<p>Estudo 2 Tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco: estudo de método misto “Publicado na <i>Research, Society and Development</i>”</p>	<p>Analisar o tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco.</p>
<p>Estudo 3 Planejamento e estratégias na gestão do pré-natal de alto risco: um estudo fenomenológico</p>	<p>Compreender o significado do planejamento das ações na gestão pré-natal de alto risco, assim como as estratégias esperadas neste seguimento.</p>

Fonte: Próprio autor.

4.2 ESTUDO 1

AVALIAÇÃO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

RESUMO

Objetivo: Avaliar a assistência pré-natal de alto risco em município de grande porte e identificar as estratégias para o aperfeiçoamento assistencial. **Método:** Estudo de método misto com desenho explanatório sequencial, constituída da fase 1 realizada a partir de uma coorte prospectiva com 319 puérperas em uma maternidade pública no Sul do Brasil. Realizada no período de outubro de 2016 a agosto de 2017, por meio de instrumento semiestruturado, entrevista individual e contato telefônico após a alta hospitalar, procedendo-se análise descritiva e analítica por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). A fase 2 constituiu-se de um estudo qualitativo com 13 gestores, por meio de entrevista face a face, realizada no próprio local de trabalho do participante, no período de janeiro a março de 2020. Utilizou-se para coleta de dados questões norteadoras e instrumento semiestruturado para caracterização dos entrevistados. Os dados qualitativos foram analisados à luz da Fenomenologia Social. **Resultados:** Identificou-se maiores taxas de inadequação do pré-natal de alto risco para todos os critérios analisados, entretanto, quando a assistência foi realizada na atenção primária à saúde concomitantemente com a atenção ambulatorial especializada, observou-se maior taxa para suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso (96,9%); exames de triagem sanguínea (98,2%); sorologia para hepatite B (97,3%); exames de hemoglobina e hematócrito (96,0%) e glicemia (95,5%), seis ou mais consultas pré-natal (94,6% - $p 0,002$), classificação de risco gestacional (75,8% - $p 0,013$) e informação de emergência na gravidez (78% - $p \leq 0,000$). Fragilidades no registro em caderneta pré-natal, evidenciaram prejuízo na comunicação entre os serviços e na continuidade assistencial, indicando possível falta de interesse entre a equipe de saúde, visando o cuidado qualificado e resolutivo, uma vez que parte das gestantes não receberam orientações sobre o seu itinerário de saúde e doença e educação em saúde para o autocuidado. Assim, faz-se necessário investir em tecnologias leves, ou seja, nos relacionamentos entre os membros da equipe, bem como, entre profissionais e gestantes e familiares para que nessa reciprocidade de intenções possa se chegar ao principal objetivo, o cuidado resolutivo e qualificado. **Conclusão:** O cuidado compartilhado entre a atenção primária e ambulatorial especializada emergiu como estratégia para o aperfeiçoamento assistencial, entretanto há necessidade do fortalecimento da referência e contra referência efetivas, por meio da atitude do próprio profissional, quanto à conscientização da importância do registro, assim como, a implantação de prontuário eletrônico integrado e unificado com os diversos níveis assistenciais, salienta-se que as estratégias desveladas podem ser facilitadoras para a continuidade assistencial.

Descritores: Gravidez de Alto Risco. Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente. Gestão de Serviços de Saúde.

HIGH RISK PRENATAL ASSESSMENT IN PRIMARY AND SPECIALIZED OUTPATIENT CARE: A MIXED METHODS STUDY

ABSTRACT

Objective: To evaluate high-risk prenatal care in a large city and identify strategies for improving care. **Method:** Mixed method study with sequential explanatory design, consisting of phase 1 carried out from a prospective cohort with 319 postpartum women in a public maternity hospital in southern Brazil, from October 2016 to August 2017, using a semi-structured instrument, individual interview and telephone contact after hospital discharge, proceeding with descriptive and analytical analysis using the chi-square test ($p \leq 0,05$). Phase 2 consisted of a qualitative study with 13 managers, through a face-to-face interview, carried out at the participant's own workplace, from January to March 2020, using guiding questions for data collection and a semi-structured instrument to characterize the interviewees, the qualitative data were analyzed in the light of Social Phenomenology. **Results:** Higher rates of inadequacy of high-risk prenatal care were identified for all the criteria analyzed, however, when care was provided in primary health care concomitantly with specialized outpatient care, a higher rate for acid supplementation was observed folic and ferrous sulfate (96,9%); blood screening tests (98,2%); serology for hepatitis B (97,3%); hemoglobin and hematocrit tests (96,0%) and blood glucose (95,5%), six or more prenatal consultations (94,6% - $p 0,002$), gestational risk classification (75,8% - $p 0,013$) and emergency pregnancy information (78,0% - $p \leq 0,000$). Weaknesses in the record in the prenatal booklet, evidenced damage in the communication between the services and in the continuity of care, indicating a possible lack of interest among the health team, aiming at qualified and resolute care, since part of the pregnant women did not receive guidance on the their health and illness itinerary and health education for self-care. Thus, it is necessary to invest in light technologies, that is, in the relationships between team members, as well as between professionals and pregnant women and family members so that this reciprocity of intentions can reach the main objective, resolute and qualified care. **Conclusion:** Shared care between primary care and specialized outpatient care emerged as a strategy for improving care, however, there is a need to strengthen the effective reference and counter-reference, through the attitude of the professional himself, regarding the awareness of the importance of registration, as well as , the implementation of an integrated and unified electronic medical record with the different levels of care, it is emphasized that the strategies unveiled can be facilitators for the continuity of care.

Descriptors: Pregnancy, High-Risk. Prenatal Care. Primary Health Care. Secondary Care. Continuity of Patient Care. Health Services Administration.

4.2.1 Introdução

A assistência pré-natal (PN) objetiva o desenvolvimento gestacional, o parto do recém-nascido saudável e ausência de agravos à saúde materna, agregando a abordagem psicossocial e atividades educativas (MEDEIROS et al., 2019). No Brasil o PN tem alcançado ampla cobertura (MARIO et al., 2019).

Políticas de saúde materno-infantil, têm promovido o acesso aos cuidados de saúde seguros e de qualidade (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018). Apesar dos avanços alcançados, a mortalidade materna continua sendo um grande problema de saúde pública no mundo (GELLER et al., 2018). As complicações relacionadas ao período gestacional, parto e puerpério são as principais causas de morte e incapacidade de mulheres em idade reprodutiva (KASSAW; DEBI; GEBERU, 2020).

Neste contexto, ainda que o acesso PN seja universal, observa-se a inadequação assistencial quando se analisa conjuntamente as recomendações mínimas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha (MARIO et al., 2019; MENDES et al., 2020).

Sendo assim, é importante garantir em tempo oportuno o cuidado eficaz às gestantes com risco gestacional, bem como o acesso ao serviço ambulatorial de alto risco (AR), buscando minimizar as consequências à saúde materna e neonatal (FERNANDES et al., 2020; FIGUEIREDO et al., 2018).

Há uma lacuna na literatura quanto a estudos que investigam as fragilidades e potencialidades assistenciais no PN (SILVA et al., 2019). Salienta-se a pertinência de estudos que avaliem a assistência PN de forma abrangente, segundo critérios preconizados, por meio de políticas públicas de saúde, buscando melhorias assistenciais no pré-natal de alto risco (PNAR).

Considerando a relevância do PNAR e, a necessidade de melhorias nos indicadores de mortalidade materna, o objetivo deste estudo foi avaliar a assistência pré-natal de alto risco em município de grande porte e identificar as estratégias para o aperfeiçoamento assistencial.

4.2.2 Material e Método

Trata-se de um estudo misto com desenho explanatório sequencial, de abordagem quantitativo-qualitativo, definida pelos dados quantitativos terem maior atribuição de peso, sendo coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa “QUAN” (SANTOS et al., 2017). Utilizou-se para esta 1ª fase dados de um estudo de coorte prospectivo, realizado em uma maternidade pública no Sul do Brasil, referência para parto de AR, com puérperas que estavam internadas na instituição pesquisada, no período de outubro de 2016 a agosto de 2017 (Quadro 1).

Posteriormente, ocorreu a coleta e análise dos dados qualitativos com menor peso “qual” realizada sobre os resultados quantitativos iniciais (SANTOS et al., 2017). Ocorrendo a fase 2, por meio de um estudo fenomenológico, desenvolvido com gestores que atuavam no planejamento da assistência PNAR, tendo como cenário o próprio local de trabalho dos participantes, sendo estes, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde, o Ambulatório de Especialidades de uma universidade pública e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema, todos localizados no Sul do Brasil, no período entre janeiro e março de 2020 (Quadro 1).

Foram incluídas na fase (QUAN) mulheres internadas na maternidade em estudo e que estivessem no puerpério imediato, sem comprometimento cognitivo e com ao menos um critério de *near miss* materno estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Considerou-se como critérios de exclusão mulheres que estivessem internadas para submeter-se a procedimento ou apenas para tratamento gestacional. Definiu-se como critérios de inclusão à etapa (qual), profissionais que atuassem na assistência indireta como gestores no planejamento do acompanhamento à gestante de AR. Considerou-se também um tempo mínimo de 60 dias no cargo de gestão e como exclusão, profissionais que prestassem assistência gestacional exclusivamente à gestante com acompanhamento PN de Risco Intermediário (RI) e Risco Habitual (RH).

Na etapa (QUAN) considerou-se o cálculo amostral de 1.447 atendimentos no ano de 2015, margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, definindo número de 319 mulheres, conforme fórmula de (BARBETTA, 2012). A etapa (qual) utilizou-se amostragem intencional, por meio da identificação dos gestores envolvidos no gerenciamento do cuidado indireto à gestante de AR,

dos serviços de atenção à saúde primária e serviço ambulatorial de referência ao PNAR.

O número de participantes não foi definido *a priori*, considerou-se os critérios de inclusão para composição dos sujeitos, e a inclusão de gestores de todas as instituições pesquisadas, sendo as entrevistas encerradas assim que houve a repetição dos conteúdos dos relatos e alcance do objetivo proposto. Foram excluídos do estudo 6 sujeitos, sendo que 4 não atenderam os critérios de inclusão e 2 não aceitaram participar do estudo, tendo, portanto, 13 participantes, os quais foram identificados por letra G (Gestor), seguido da numeração de 1 a 13.

Na fase (QUAN) utilizou-se como variáveis independentes dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e puerperais e a dependente cuidado compartilhado (sendo este o pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) concomitantemente com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e cuidado não compartilhado (quando o pré-natal é realizado somente na APS ou somente na AAE).

Para registro das informações (QUAN), utilizou-se instrumento semiestruturado para compilação dos registros, e os dados (qual) foram coletados por entrevista aberta, por meio de gravador de voz, mediante duas questões norteadoras: Como você percebe a assistência PN à gestante de AR? O que você acredita que poderia ser implementado neste cuidado? A descrição dos participantes da etapa (qual) contou com instrumento semiestruturado (Quadro 1). As entrevistas tiveram o tempo médio de duração de 50 minutos.

Para garantia da qualidade das informações e adequação do instrumento de coleta de dados, realizou-se teste piloto a seis puérperas dados (QUAN) e um participante dados (qual), sendo realizadas as devidas correções. Realizou-se conferências manuais dos questionários preenchidos, a fim de verificar questões que não estivessem respondidas. Quando necessário realizava-se um novo contato com a puérpera no hospital ou por telefone, obtendo as respostas necessárias à pesquisa.

A fase (QUAN) seguiu as seguintes etapas: identificação das mulheres de acordo com critérios de *near miss* materno, consulta e transcrição dos registros em caderneta pré-natal (CPN), prontuário hospitalar, entrevista no pós-parto durante a internação hospitalar e dois contatos telefônicos no 10º dia do pós-parto e após 42º dia do pós-parto. Os dados foram coletados diariamente até a composição da amostra. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora com formação *stricto*

sensu, juntamente com um grupo de acadêmicos de graduação, pós graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, os quais foram previamente capacitados.

Na etapa (qual), primeiramente identificou-se os gestores envolvidos no gerenciamento do cuidado indireto de AR, posteriormente agendava-se entrevista com o (a) gestor (a), conforme disponibilidade do participante, por meio de equipe administrativa. Os dados foram coletados pela autora principal do estudo, a qual tem experiência em estudo qualitativo e se aprofundou no método abordado.

4.2.2.1 Análise dos dados

Após a coleta (QUAN), procedeu-se análise descritiva e analítica da adequação da assistência PN, por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 (Quadro 1). Utilizou-se três referenciais teóricos para classificação da adequação do PNAR, as Recomendações da OMS sobre cuidado PN, no que tange as *intervenções nutricionais* (aconselhamento sobre alimentação, atividade física e suplementação oral diária de sulfato ferroso e ácido fólico durante a gestação); *avaliação materna e fetal* (quanto à exames laboratoriais); *medidas preventivas* (relacionado a imunização) e *intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados* (referente a gestante possuir caderneta pré-natal - CPN e ocorrência da primeira consulta PN até 12^a semana de idade gestacional) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A Linha Guia Rede Mãe Paranaense de 2012 e 2018, acrescentando às *medidas preventivas* (exames para prevenção do câncer uterino e saúde bucal e, laboratoriais para o diagnóstico de infecção urinária e compatibilidade sanguínea materno fetal), agregou-se à *avaliação materna e fetal* (exames laboratoriais e ultrassonografia) e integrou às *intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados* (número de consulta PN, estratificação de risco gestacional, compartilhamento do cuidado com a atenção ambulatorial especializada, participação em grupo de gestante, vinculação e visita a maternidade, e acompanhamento puerperal e reprodutivo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018). E a Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada, elegendo os *marcadores do cuidado* (exame físico da gestante e identificação de sinais de alerta), somando às medidas

preventivas (imunização e cultura de SGB) e acrescentando às *intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados* (segunda consulta puerperal) (BRASIL, 2019).

Quadro 1 – Síntese dos aspectos metodológicos específicos de coleta, análise e interpretação de dados, referente a fase 1 (QUAN) e 2 (qual). Paraná, Brasil, 2022

Pesquisa de métodos mistos com estratégia de investigação explanatório sequencial		
Avaliação da assistência pré-natal de alto risco		
	Quantitativo (QUAN)	Qualitativo (qual)
Desenho do estudo	Estudo de coorte prospectivo	Estudo fenomenológico social
Distribuição do tempo	Sequenciais: dados quantitativos colhidos primeiro	
Atribuição do peso	Maior peso atribuído nos dados quantitativos (QUAN)	Menor peso atribuído nos dados qualitativos (qual): desenvolvido à luz dos achados quantitativos iniciais
Local	Maternidade pública, referência para parto AR	<ul style="list-style-type: none"> •Secretaria Municipal de Saúde; •Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde; •Ambulatório de especialidades de uma universidade pública; •Consórcio Intermunicipal de Saúde Parapanema (todos localizados no Sul do Brasil)
Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> •Mulheres internadas na Maternidade (puerpério imediato); •Sem comprometimento cognitivo; •Com ao menos um critério de near miss materno (OMS, 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> •Profissionais que atuassem na gestão da assistência indireta à gestante de alto risco; •Tempo mínimo no cargo de gestão de 60 dias
Critérios de exclusão	Internação para submeter-se a procedimento ou apenas para tratamento gestacional	Profissionais que prestassem assistência gestacional exclusivamente no pré-natal de RH e RI
Definição amostral	<ul style="list-style-type: none"> •Cálculo amostral de 1.447 atendimentos do ano anterior a coleta de dados; •Margem de erro amostral 5%; •Nível de confiança de 95%; •Definiu-se 319 mulheres, conforme fórmula de Barbetta (2012) 	<ul style="list-style-type: none"> •Amostragem intencional; •Identificação dos gestores envolvidos no gerenciamento do cuidado indireto à gestante de AR, dos serviços de APS e AAE; •Não foi definido a <i>priori</i> o nº de participantes; •Considerou-se os critérios de inclusão dos sujeitos e de

		<p>todas as instituições pesquisadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> •As entrevistas foram encerradas na repetição dos conteúdos e alcance do objetivo; •Dentre os 19 gestores identificados, excluiu-se 6 sujeitos (4 não atenderam os critérios de inclusão e 2 não aceitaram participar).
Participantes	319 puérperas classificadas como gestação de alto risco.	13 gestores da assistência pré-natal de alto risco.
Coleta de dados	Durante internação hospitalar, a partir dos registros em prontuário, caderneta pré-natal, entrevista no pós-parto durante a internação e contato telefônico no 10º e 42º dia do pós-parto de outubro de 2016 à agosto de 2017	Entrevista individual no local de trabalho do participante de janeiro à março de 2020
Registro das informações	Instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e puerperais.	Entrevista aberta gravada, mediante duas questões norteadoras: Como você percebe a assistência pré-natal à gestante de alto risco? O que você acredita que poderia ser implementado neste cuidado?
Análise de dados	<ul style="list-style-type: none"> •Estatística descritiva e analítica da adequação da assistência pré-natal; •SPSS® versão 20.0. 	Princípios teóricos e metodológicos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, elencando os “motivos porque” relacionados às ações já vivenciadas e os “motivos para” representado por ações futuras.
Conexão dos dados	Conexão entre os dois bancos de dados QUAN e qual na análise da 1ª e 2ª fase.	
Teorização	<p>Propôs-se a classificação da qualidade da assistência pré-natal de alto risco, como adequada, intermediária e inadequada, a partir de critérios preconizados pelos seguintes referenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • World Health Organization (2016); 	Investigou-se o significado da gestão pré-natal de alto risco à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012).

	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Estado da Saúde (2018) e (2012); • Brasil (2019). 	
Combinação	A combinação dos resultados ocorreu na discussão, por meio da ênfase e complexidades dos resultados.	

Fonte: O próprio autor.

As diretrizes supracitadas foram adaptadas, elegendo-se pontos de corte para classificação da adequação PN, considerando a possibilidade de realização de acordo com o período gestacional e imprescindibilidade para realização dos cuidados a qualquer momento durante a assistência PN, classificando-se a assistência em adequada ou inadequada (Quadro 2). Os indicadores não listados na figura foram classificados como assistência intermediária.

Quadro 2 – Proposta de critérios para a avaliação da qualidade pré-natal. Paraná, Brasil, 2022

Intervenções nutricionais	
Adequado (apresentar todos os componentes)	Inadequado (apresentar um dos componentes)
Aconselhamento sobre alimentação	Não receber nenhum ou apenas um dos aconselhamentos associado à não suplementação de ferro e/ou ácido fólico
Aconselhamento sobre atividade física	
Suplementação oral diária de ferro e ácido fólico	Não uso de suplementação
Avaliação materna e fetal	
Adequado (apresentar todos os componentes)	Inadequado (apresentar um dos componentes)
Exame de glicemia (três trimestres)	Nenhum trimestre
Exame de hemoglobina e hematócrito (2 ou mais registros)	Nenhum registro
Exame de eletroforese de hemoglobina (1º trimestre)	Nenhum trimestre
Sorologia para HIV* (1º e 3º ou todos trimestres)	Nenhum ou apenas 1 trimestre
Sorologia para VDRL† (todos trimestres)	Nenhum ou apenas 1 trimestre
Exame HBsAg‡ (1º trimestre)	Nenhum trimestre
Sorologia para toxoplasmose (gestante suscetível todos trimestres) e (não suscetível 1º trimestre)	Nenhum ou apenas 1 trimestre em gestante suscetível

Três ecografias sendo primeira antes da 24 ^a semana IG [§] e segunda entre 26 ^a a 28 ^a semana IG [§]	Nenhum ou um registro
Medidas preventivas	
Adequado (apresentar todos os componentes)	Inadequado (apresentar um dos componentes)
Cultura de <i>Streptococcus do grupo B</i> na 35 ^a a 37 ^a semana IG [§]	Nenhum registro
Exame de urina I e urocultura (todos trimestres)	Nenhum ou apenas 1 trimestre
Triagem sanguínea ABO e Rh [¶] (1 ^o trimestre)	Nenhum trimestre
Colpocitologia oncótica (1 ^o trimestre) ou no período ↓ 1 ano da gestação	Em atraso há ≥ 1 ano do período gestacional
Vacina antitetânica (DTPA ^{**} durante a gestação)	Nenhum registro ou esquema em atraso
Vacina hepatite B (3 doses ou esquema em dia)	Nenhum registro ou esquema em atraso
Vacina Influenza (1 dose na gestação atual)	Nenhum registro em gestação atual
≥1 consulta odontológica durante a gestação	Nenhuma consulta odontológica
Intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção pré-natal	
Adequado (apresentar todos os componentes)	Inadequado (apresentar um dos componentes)
Possuir caderneta pré-natal	Não possuir caderneta pré-natal
Início PN ^{††} antes 12 ^a semana IG [§]	Início PN ^{††} após 12 ^a semana IG [§]
≥6 ou ≥7 consultas PN ^{††} a partir do ano 2018	<6 ou <7 consultas PN ^{††} a partir do ano 2018
Registro de classificação de risco (todas as consultas)	Nenhum registro
Ser informada qual hospital buscar em caso de emergência	Não receber a informação
PN ^{††} realizado na UBS ^{‡‡} concomitante com a atenção ambulatorial especializada	Não realizado PN ^{††} ou realizado somente na UBS ^{‡‡} ou somente na atenção ambulatorial especializada
Visita à maternidade durante o PN ^{††}	-.§§
Participação em ≥ 1 grupo de gestante	-.§§
Origem da gestante para realização do parto na mesma	

cidade ou transporte realizado por ambulância ou transporte sanitário	-§§
Acompanhamento na 1ª semana e 30-40 dias do pós-parto	Nenhum acompanhamento
Método reprodutivo indicado por médico ou enfermeiro	-§§
Marcadores do cuidado no acompanhamento pré-natal	
Adequado (apresentar todos os componentes)	Inadequado (apresentar um dos componentes)
≥ 6 registros de IG [§]	Possuir 0-2 registro (s)
≥ 1 registros DUM e DPP ^{¶¶} (fazer cálculo em todas consultas)	Não possuir nenhum registro
≥ 6 registros da pressão arterial	Possuir 0-2 registro (s)
≥ 6 registros do peso materno	Possuir 0-2 registro (s)
≥ 6 registros do batimento cardíaco fetal	Possuir 0-2 registro (s)
≥ 6 registros da altura uterina	Possuir 0-2 registro (s)
≥ 3 registros da situação e apresentação fetal	Possuir 0-2 registro (s)
≥ 1 registro de alteração detectada no PN ^{††}	Não possuir nenhum registro

*HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; †VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory*; ‡HBsAg = Antígeno de superfície do vírus da hepatite B; §IG = Idade gestacional; ||ABO = Classificação do sangue humano; ¶Rh = Sistema de grupo sanguíneo; **DTPA = Tríplíce bacteriana acelular do tipo adulto; ††PN = Pré-natal; ‡#UBS = Unidade Básica de Saúde; §§~ = A não realização do cuidado classifica a assistência em intermediária; ||||DUM = Data da última menstruação; ¶¶DPP = Data provável do parto

Fonte: WHO (2016); BRASIL (2019); SESA (2012, 2018), adaptado pela autora à assistência pré-natal de alto risco.

Após análise da adequação da assistência PNAR, identificou-se lacunas no acompanhamento PN, analisadas a partir de fragilidades no cuidado recebido e insuficiência dos registros, e nas orientações realizadas, além do não compartilhamento do cuidado com a atenção ambulatorial especializada à todas as gestantes, surgindo a necessidade de aprofundamento do fenômeno “gerenciamento assistencial à gestante de AR”, desse modo o estudo teve seguimento na segunda etapa (qual).

Elegeu-se na fase (qual), o referencial teórico metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, por meio da compreensão do significado da gestão PNAR, assim como os motivos da ação profissional no gerenciamento do

cuidado e ações que podem ser implementadas no aperfeiçoamento assistencial (SCHÜTZ, 2012) (Quadro 1).

Para a organização e análise dos dados, seguiu-se os princípios teóricos e metodológicos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, por meio da leitura acurada de cada relato, captando as unidades de sentido, da experiência vivida dos participantes; realização do agrupamento dos aspectos significativos para composição das categorias; seguida da análise das categorias, elencando os “motivos porque” das ações já vivenciadas e os “motivos para” representadas por ações futuras expressas nos relatos, resultando na categorização dos dados e a compreensão do fenômeno à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (BELTRAME et al., 2019) (Quadro 1). Na apresentação dos relatos, houve correção na transcrição do português editados à norma culta, não alterando o sentido das falas dos participantes.

4.2.3 Aspectos Éticos

Foram cumpridos todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos, sendo que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido nas duas etapas da pesquisa. Desse modo, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o nº 3.660.461/UEL, em 24 de outubro de 2019 nº CAAE 21597619.5.0000.5231.

4.2.4 Resultados

A primeira etapa do estudo (QUAN) contou com 319 puérperas, sendo que a maioria se encontrava em idade reprodutiva 20-35 anos (70,5%) e extremos da idade (29,5%). Quanto à raça, a maior parcela autodeclarou-se branca (57%), com companheiro (86,8%) e ensino médio (55,8%). Quase metade da amostra tinha renda familiar maior que três salários mínimos (49,3%), (35,3%) entre dois a três salários mínimos e (15,4%) até um salário mínimo¹.

¹Salário mínimo vigente=R\$980,00, Brasil, 2017

No tocante aos dados obstétricos, (38,2%) eram primíparas, (32,9%) secundíparas e (28,8%) múltíparas, sendo que a minoria apresentou intervalo interpartal menor que dois anos (12,2%). No que concerne a via de parto atual, houve predomínio para cesariana (60,2%) e idade gestacional para realização do parto acima de 37 semanas (74,3%).

A descrição da adequação do PNAR está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da adequação pré-natal de alto risco quanto às intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, melhorias na utilização e qualidade dos cuidados e marcadores do cuidado, segundo local de realização do pré-natal de alto risco (n=319). Paraná, Brasil, 2022

Variáveis	Local de realização do PN							
	Atenção Primária		Atenção Secundária		Atenção Primária e Secundária		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Intervenções nutricionais</i>								
Adequado	8	13,3	2	5,7	27	12,1	37	11,6
Intermediário	16	26,7	15	42,8	94	42,1	125	39,3
Inadequado	37	60,0	18	51,5	102	45,8	157	49,1
<i>Avaliação materna e fetal</i>								
Adequado	5	8,3	7	20,0	44	19,7	56	17,6
Intermediário	5	8,3	6	17,1	25	11,2	36	11,3
Inadequado	51	83,4	22	62,9	154	69,1	227	71,1
<i>Medidas preventivas</i>								
Adequado	3	5,0	4	11,4	28	12,5	35	11,0
Intermediário	-	-	-	-	-	-	-	-
Inadequado	58	95,0	31	88,6	195	87,5	284	89,0
<i>Melhorias na utilização e qualidade dos cuidados*</i>								
Adequado	-	-	-	-	1	0,5	1	0,3
Intermediário	3	5,3	-	-	83	39,3	86	28,7
Inadequado	54	94,7	33	100,0	127	60,2	213	71,0
<i>Marcadores do cuidado</i>								
Adequado	4	6,7	7	20,0	48	21,5	59	18,5
Intermediário	2	3,3	3	8,6	8	3,6	13	4,1
Inadequado	55	90,0	25	71,4	167	74,9	247	77,4
Total	61	100,0	35	100,0	223	100,0	319	100,0

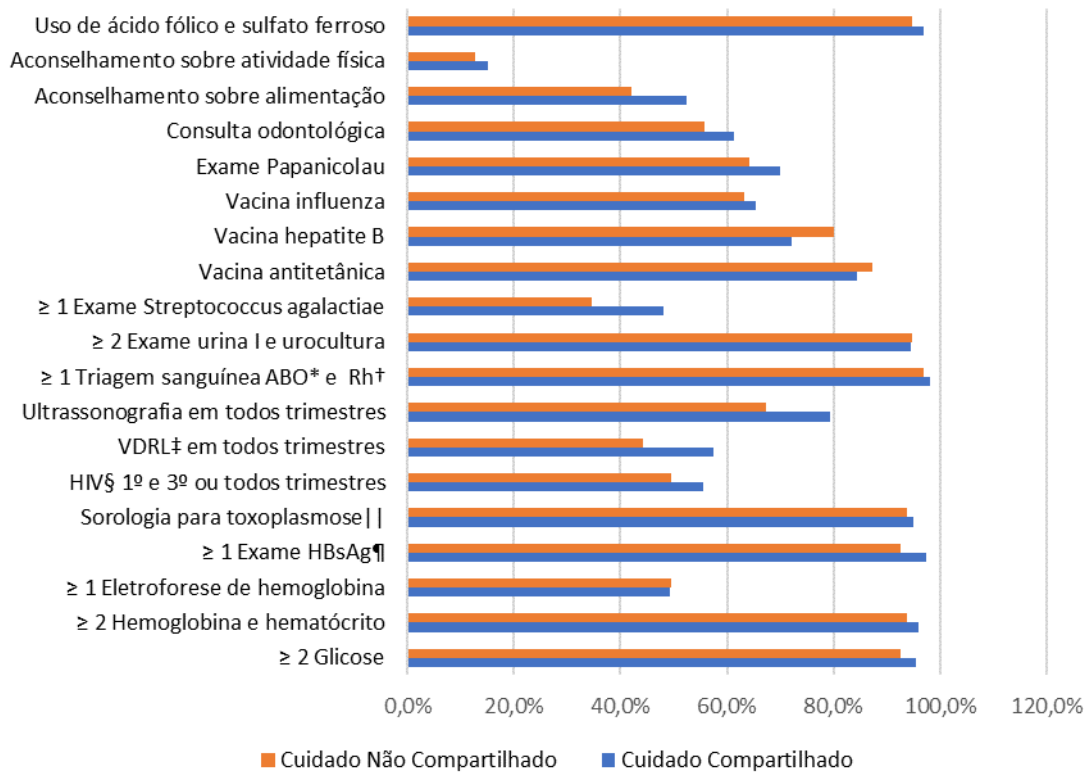
*Considerou amostra de 300 puérperas (excluídas 18 mulheres que não foi possível o contato na fase final quantitativa)

Fonte: O próprio autor.

As intervenções nutricionais, avaliação materna/fetal e medidas preventivas estão descritas na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição das intervenções nutricionais, medidas preventivas, avaliação

materna e fetal, segundo tipo de cuidado recebido (n=319). Paraná, Brasil, 2022



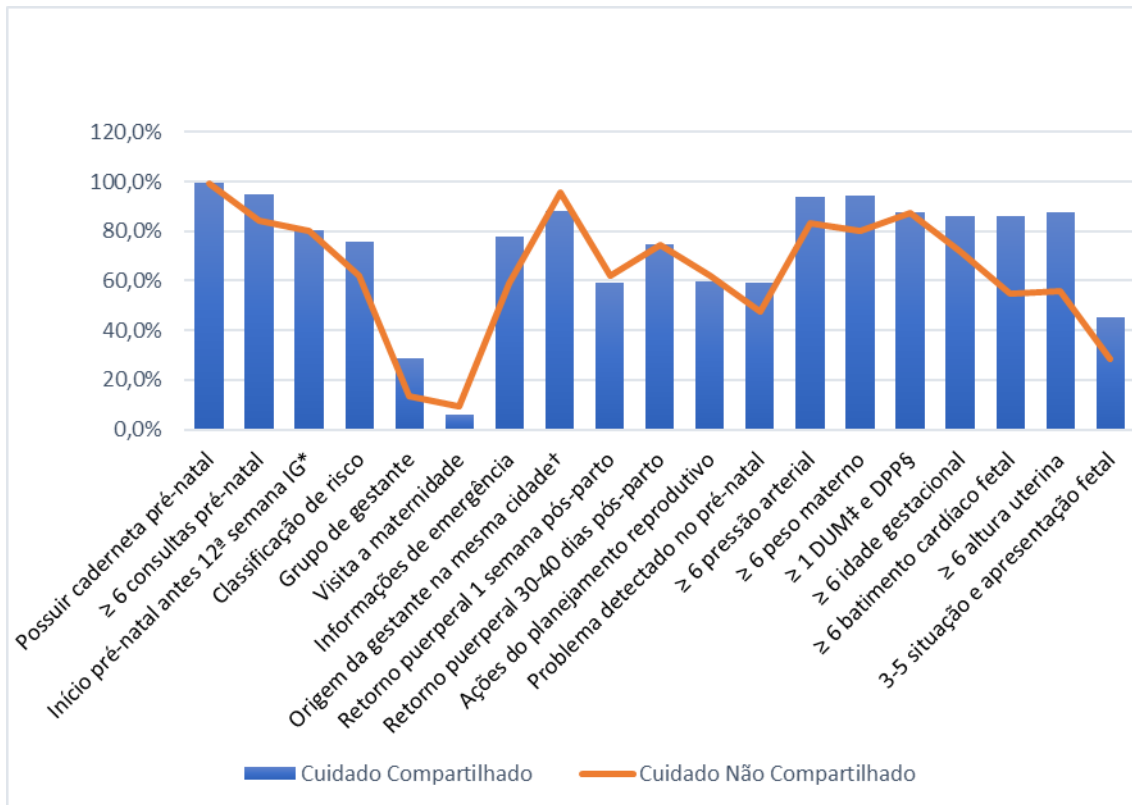
*ABO = Classificação do sangue humano; †Rh = Sistema de grupo sanguíneo; ‡VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory*; §HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; ||Exame realizado no 1º 2º 3º trimestre em gestante suscetível ou 1º trimestre em gestante não suscetível; ¶HBsAg = Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

Fonte: O próprio autor.

No que se refere as intervenções para melhorias na utilização, qualidade e marcadores do cuidado estão apresentados na Figura 2.

Houve diferença estatística significativa entre a adequação do PNAR, medida por meio da avaliação materna e fetal, melhorias na utilização e qualidade dos cuidados, e marcadores do cuidado quanto ao tipo de cuidado realizado. Da mesma forma, as melhorias na utilização e qualidade do cuidado, foram mais evidentes no grupo de puérperas acompanhadas no cuidado compartilhado, exceto no tempo de espera para início do acompanhamento ambulatorial que foi maior de 15 dias. Quanto aos marcadores do cuidado, o cuidado compartilhado também se destacou, já a escassez de registro da situação e apresentação fetal foi relevante (Tabela 2).

Figura 2- Distribuição das intervenções para melhorias na utilização, qualidade e marcadores do cuidado, segundo tipo de cuidado recebido (n=300). Paraná, Brasil, 2022



*IG = Idade gestacional; †Origem da gestante para realização do parto na mesma cidade da maternidade ou utilização de transporte sanitário ou ambulância; ‡DUM = Data da última menstruação; §DPP = Data provável do parto

Fonte: O próprio autor.

Tabela 2- Distribuição da adequação pré-natal de alto risco quanto a intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, melhorias na utilização / qualidade dos cuidados e marcadores do cuidado, segundo tipo do cuidado realizado durante o pré-natal de alto risco (n=319). Paraná, Brasil, 2022

Variáveis	Tipo do cuidado realizado						p valor*
	Cuidado Compartilhado		Cuidado Não Compartilhado		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Intervenções nutricionais</i>							
Receber orientação sobre alimentação	117	52,5	40	42,1	157	49,3	0,090
Receber orientação sobre atividade física	34	15,2	12	12,6	46	14,5	0,540
<i>Avaliação materna e fetal</i>							
Trimestre de realização VDRL [†]							
1° + 2° + 3° trimestre	128	57,4	42	44,2	170	53,5	0,023
Apenas 2 trimestres	56	25,1	28	29,5	84	26,4	
Trimestre de realização da ultrassonografia							
1° + 2° + 3° trimestre	177	79,4	64	67,4	241	75,8	0,020
Apenas 2 trimestres	28	12,5	17	17,9	45	14,1	
<i>Melhorias na utilização e qualidade dos cuidados</i>							
≥ 6 registros de consulta PN [‡]	211	94,6	80	84,2	291	91,5	0,002
Possuir registro de classificação de risco	169	75,8	59	62,1	228	71,7	0,013
Participação em grupo de gestante	64	28,7	13	13,7	77	24,2	0,003
Saber qual serviço buscar se emergência	174	78,0	56	58,9	230	72,3	≤0,000
Saber o motivo do encaminhamento ao PNAR [§]	206	92,4	59	62,1	265	83,3	≤0,000
Espera para início do acompanhamento ambulatorial							
Até 7 dias	45	20,2	6	6,3	51	16,0	≤0,000
8-15 dias	39	17,5	12	12,6	51	16,0	
>15 dias	139	62,3	17	17,9	156	49,1	
Não acessou a atenção ambulatorial especializada	-	-	61	63,2	61	18,9	
<i>Marcadores do cuidado</i>							
Registro do problema identificado no PN [‡]	132	59,2	45	47,4	177	55,7	0,052
≥ 6 registros da pressão arterial	209	93,8	79	83,1	288	90,6	0,007
≥ 6 registros do peso materno	210	94,2	76	80,0	286	89,9	≤0,000
≥ 6 registros de idade gestacional	192	86,1	68	71,6	260	81,8	0,001
3-5 registros de idade gestacional	25	11,2	18	18,9	43	13,5	
≥ 6 registros do batimento cardíaco fetal	192	86,1	52	54,8	244	76,8	≤0,000
3-5 registros do batimento cardíaco fetal	24	10,8	33	34,7	57	17,9	
≥ 6 registros da altura uterina	195	87,5	53	55,8	248	78,0	≤0,000
3-5 registros da altura uterina	21	9,4	31	32,6	52	16,3	
3-5 registros da situação e apresentação fetal	101	45,3	27	28,4	128	40,2	0,004
Total	223	100,0	95	100,0	319	100,0	

*Obtido pelo Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$); [†]VDRL= *Venereal Disease Research Laboratory*; [‡]PN = Pré-natal; [§]PNAR = Pré-natal de alto risco; ^{||}Incluso pela autora como recomendação a intervenções para melhorias na utilização e qualidade dos cuidados

Fonte: O próprio autor.

A segunda etapa (qual) contou com 13 gestores, sendo que 5 pertenciam a Secretaria Municipal de Saúde, 4 a Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde e 4 da atenção ambulatorial especializada de referência à gestação de AR. Quanto ao vínculo empregatício houve predomínio de servidor público (10), a maioria era mulheres (11), com idade entre 36 e 62 anos. Em relação a formação profissional, houve predomínio para enfermagem (9) e os demais medicina, farmácia e línguas estrangeiras (4), a média do tempo de formação foi de 22 anos. Todos os participantes apresentavam pós-graduação, *lato sensu* (9) e *stricto sensu* (4).

Os relatos dos participantes emergiram em um contexto de significados, vivenciados até o momento considerado “motivos porque”, assim como as perspectivas apresentadas nos “motivos para”, em relação às ações gerenciais na assistência gestacional de AR. Identificou-se três categorias concretas do vivido: duas descritas como “motivos porque”: vivenciando a dificuldade na comunicação entre os serviços e consequências da não integração entre os serviços. Seguidas de uma categoria concernente às perspectivas: estratégias a serem realizadas para articulação entre os serviços, descritas como “motivos para”.

Vivenciando a dificuldade na comunicação entre os serviços

A fragilidade do registro em CPN, foi evidenciada como limitação típica no processo do gerenciamento, suscitando na falta de comunicação entre os serviços, mesmo sendo considerada um componente essencial à continuidade do cuidado compartilhado.

Não temos retorno dos serviços, quando acontece algum problema, normalmente, as pessoas comentam quando fazemos reunião dos enfermeiros, apesar da grande maioria ir bem. (G1)

Sentimos muita falta da maioria dos ambulatórios é a contra referência que não vem, é uma anotação que não está adequada, também temos fragilidade neste sentido com a atenção primária, mas por exemplo é uma anotação que não existe na carteirinha da gestante. (G2)

É importante a comunicação entre os profissionais do ambulatório de referência, com a equipe da atenção básica, porque é a mesma gestante, ela está no território, tem coisas que a gente orienta que precisa dar continuidade. (G5)

Eu referencio, por outro lado minha contra referência mais ou menos é uma carteirinha de pré-natal mal preenchida, às vezes com letras ilegíveis, às vezes vem só assim: exame. Qual exame? Não sei. (G12)

Consequências da não integração entre os serviços

A falta de comunicação entre os serviços, resulta no cuidado não direcionado, causando repetições na coleta de exames, impactando em mal-uso de recurso público por meio do aumento de custos ao serviço de saúde. Ademais a limitação na comunicação dificulta a própria compreensão da gestante quanto a importância dos pontos de atenção na rede, interferindo no entendimento da mulher quanto a importância do cuidado compartilhado:

[...] demanda muitas vezes uma coleta de exames desnecessária, sendo que já coletou no alto risco, mas não tem nada anotado na carteirinha, nós da atenção primária acabamos fazendo tudo de novo. Então isso implica em custos muitas vezes desnecessários. (G2)

Precisamos fazer uma comunicação maior, a fim de que a gestante entenda o papel de cada um desses pontos de atenção, porque ela nem sabe o motivo que ela está indo de um ponto ao outro, então a própria gestante não identifica o sentido de ser acompanhada nos dois serviços. (G6)

O exame realizado pela atenção primária, o serviço especializado não usa, eles pedem para colher outro igual, então eu acho que isso é mal uso do recurso público. (G8)

Além desse contexto, a não integração entre os serviços faz com que a própria equipe da atenção primária se sinta perdida na condução das orientações gestacionais, em que a equipe não tem conhecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011). Não ocorrendo compreensão dos pontos para a continuidade do cuidado, além do desconhecimento das gestantes faltosas no serviço ambulatorial. A falta de controle no cuidado gestacional resulta em perda de vínculo com a atenção primária, tornando o cuidado frágil, não ocorrendo continuidade:

[...] não vamos conseguir um pré-natal de qualidade com a realidade de hoje, porque a gestante sai da atenção primária e fica só no ambulatório de alto risco, perdendo o vínculo com os profissionais da atenção primária, isso é muito ruim, perdemos o controle. (G10)

Precisamos olhar para gestante de alto risco de uma forma mais cuidadosa, mas acabamos falhando, porque a atenção primária fica sem saber o que precisa orientar, ou poderíamos fazer a busca das faltosas do alto risco, mas às vezes a gente só vai saber que ela faltou no alto risco uma semana depois, quando ela vem remarcar, principalmente aquelas que trabalham, temos dificuldade de encontrar em casa. (G12)

Estratégias a serem realizadas para articulação entre os serviços

Desvelou-se a necessidade da contra referência efetiva para continuidade dos processos e integração entre os diversos pontos de atenção da rede. Como estratégias evocadas pelos gestores no contexto da vida, salienta-se a atitude do próprio profissional, investimento financeiro para implementação do sistema informatizado e unificado, contratação de recursos humanos e imprescindibilidade de orientações. A realização de reuniões entre gestores para compartilhamento de experiências, foi ressaltada como prática essencial no desenvolvimento do cargo de gerenciamento.

Temos hoje uma limitação muito grande de servidores, a gente deveria contratar, então pensando numa situação utópica ou hipotética, se tivéssemos autonomia financeira e a autonomia de gestão, conseguiríamos resolver. (G3)

Precisamos contratar mais profissionais que façam este atendimento diferenciado. (G4)

[...] a rede materno infantil vem sendo construída há muitos anos, precisamos dar continuidade à essa construção, continuidade dos recursos, criação de novos sistemas de informação e contratação de recursos humanos. (G5)

Deveria ter um programa na Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo a gestão do município, os serviços secundários e terciários, um programa que seja colocado as informações em tempo real [...] teria que ter um investimento maior, para que conseguíssemos implementar e unificar todo esse processo. (G6)

É preciso ter um espaço de discussão e de planejamento integrado entre os serviços, para troca de experiência. Eu me vejo nesse cenário, minha área de atuação é da direção de um serviço, da gestão e do planejamento, e pela minha experiência pessoal, eu vejo que existem poucos espaços em que eu posso compartilhar com outros colegas, que também sejam gestores de serviços, as dificuldades dos serviços, as dificuldades do meu papel, as lacunas que nós temos no sistema para o desenvolvimento desse papel ou mesmo a potencialização das minhas tarefas. (G7)

Falta um pouco de explicação também, o profissional tem que fazer essa parte de explicar, ter paciência. No comitê de mortalidade eu ouço a informação sobre gestante num óbito neonatal que fazia dois dias que ela não sentia o neném mexer, eu falei gente um mobilograma tem que explicar na primeira consulta entendeu? Porque se ela soubesse que aquilo é grave, que aquilo não é normal, ela tinha procurado assistência. (G9)

Se tivesse um sistema unificado, com integração, desde exames de imagens, de exames de laboratório, algo informatizado, eu acho que com certeza ia facilitar bastante (G11).

Precisamos instituir esse processo de referência e contra referência, sensibilizando os profissionais da importância da contra referência. (G13)

4.2.5 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que classificou a assistência PN a partir de cuidados abrangentes, incluindo critérios para adequação dos cuidados recebidos e o local de sua realização, contribuindo para o fortalecimento das ações no cuidado PNAR, apontando lacunas existentes, assim como possibilidades no compartilhamento do cuidado. Ademais, os resultados podem servir no redirecionamento das políticas públicas de saúde preconizadas na assistência materno fetal.

O estudo misto possibilitou avaliação da assistência PNAR, por meio da identificação da fragilidade dos registros na CPN, assim como dos cuidados realizados, além da vivência do gestor frente o gerenciamento neste seguimento,

desvelando lacunas e estratégias para o aperfeiçoamento e continuidade do cuidado materno infantil.

A assistência PNAR mostrou-se inadequada em todos os critérios avaliados, independentemente do local de sua realização, entretanto o cuidado compartilhado apresentou maiores taxas, mesmo que ainda baixas para avaliação materna e fetal, às intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção PN e marcadores do cuidado.

Corroborando com um estudo realizado em uma unidade obstétrica de referência, onde a maioria das gestantes não tiveram acesso ao atendimento odontológico, ações educativas e visita a maternidade (MONTEIRO et al., 2019).

Entretanto, o cuidado compartilhado com a atenção ambulatorial especializada, mostrou-se como uma alternativa eficaz na organização e aprimoramento da qualidade assistencial, mesmo com lacunas na sua concretização, quanto a intervenções nutricionais, medidas preventivas, avaliação materna e fetal, intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção PN e marcadores do cuidado.

Para Schütz (2012), a capacidade da ação do sujeito ocorre de maneira natural no mundo da vida, na relação face a face por meio das experiências vividas, em que a bagagem de conhecimentos adquirida, pode ser desvelada no típico da ação, a partir do contexto de significados. O estudo desvelou as experiências vividas pela equipe e gestores na assistência PNAR, em que a bagagem de conhecimentos adquirida nas ações do cuidado, muitas vezes ficam a desejar, como apontaram os relatos dos gestores frente à fragilidade do registro na CPN em ambos os serviços, desveladas no típico da ação no contexto de significados à gestão, a qual fragiliza a comunicação na rede de atenção para referência e contra referência, dificultando a continuidade ao cuidado compartilhado com reciprocidade de intenções.

Estudos mostram a incompletude e não legibilidade da CPN, por meio da ausência dos registros e ações executadas, conseqüentemente este fato gera incerteza das ações realizadas, comprometendo a qualidade assistencial (CAMARGOS et al., 2021; GONZALEZ; CESAR, 2019).

Quase a totalidade das puérperas possuíam a CPN, ressalta-se a importância deste documento como registro de prontuário, sendo esta uma grande conquista à qualidade assistencial. Ressalta-se ainda os critérios alcançados pelos serviços de atenção primária e secundária ambulatorial quanto a intervenções

nutricionais, no que concerne o uso de suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, medidas preventivas para a realização dos exames de triagem sanguínea ABO (Classificação do sangue humano), Rh (Sistema de grupo sanguíneo) e avaliação materna e fetal para a sorologia hepatite B, hemoglobina e hematócrito e glicose.

O não compartilhamento do cuidado, foi identificado pelos gestores como uma lacuna assistencial, factível quando a gestante inicia no ambulatório de risco, e deixa de ser atendida pela unidade de atenção primária. Na ocorrência de tal fenômeno, o serviço de referência deixa de ter sua função de interconsulta, assumindo o papel de cuidador único.

A inexistência de um fluxo institucionalizado que garanta a segurança da gestante no caminhar entre os pontos de atenção na rede, bem como as fragilidades de comunicação entre os serviços, e o próprio não agendamento de consulta subsequente PN, podem contribuir para o não retorno das gestantes à unidade de atenção primária. Ressalta-se que a gestante, mesmo em condição de AR, é de responsabilização da equipe de atenção primária e estratégia saúde da família, devendo seu atendimento ocorrer na UBS, visita domiciliar e outros (BRILHANTE; JORGE, 2020; CARVALHO et al., 2020).

Subjacente ao não compartilhamento, a análise qualitativa salienta a falta de comunicação entre os serviços, falta de ações recíprocas, resultante do cuidado não direcionado, ocorrendo repetição de exames, com impacto ao recurso público. Ademais, a própria equipe da atenção primária apresenta dificuldade na condução de orientações específicas à gestante de AR, bem como, na solicitação de exames e encaminhamento de cuidados específicos da atenção ambulatorial especializada, fragmentando a continuidade assistencial.

As ações de cuidado, de gerenciamento e gestão, devem ocorrer por meio de tecnologias leves e relacionais (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Neste contexto, a relação face a face, possibilita a intersubjetividade entre a equipe de saúde, com intenções recíprocas (SCHÜTZ, 2012).

Apesar dos avanços já alcançados, assim como a implantação da Rede Cegonha, as ações e serviços de saúde encontram-se fragmentados e desarticulados, além da não comunicação entre os pontos de atenção, vivenciando um contexto de não continuidade às ações em saúde nos três níveis de atenção,

resultando na desqualificação da integralidade do cuidado materno e infantil (FIGUEIREDO et al., 2018; MONTEIRO et al., 2019; ERRICO et al., 2018).

Segundo os gestores, além da lacuna na orientação profissional à gestante, sobrevém a não compreensão da própria mulher, ou seja, a pouca bagagem de conhecimentos quanto à necessidade do compartilhamento do cuidado, sendo que a gestante não identifica a importância de manter o PN na atenção primária concomitantemente ao serviço ambulatorial, não sabendo que caminho seguir na RAS, podendo optar pelo acompanhamento PN em apenas um serviço, privando-se do cuidado compartilhado.

Estudos internacionais e nacionais, mostraram as lacunas evidenciadas neste seguimento, relacionadas ao não conhecimento da gestante quanto às consequências, implementação das práticas preventivas, estímulo ao comportamento de busca pela saúde e capacidade da mulher para assumir a responsabilidade por sua saúde (ERRICO et al., 2018; MITENIECE et al., 2018).

Neste sentido, as intervenções educacionais devem ser adaptadas culturalmente, com reforço regular das orientações sobre direitos e temas diversos, voltados ao ciclo gravídico e puerperal, bem como, ao cuidado com o recém-nascido, fazendo com que haja qualidade nas ações e resolubilidade das condições de saúde e doença vivenciados (SESHAN et al., 2018; ERRICO et al., 2018; MITENIECE et al., 2018).

A partir do acervo de conhecimento adquirido por experiências prévias, é possível incluir mais informações originadas por educadores e experiências concretas, compondo continuamente a bagagem de conhecimento (SCHÜTZ, 2012). Desta forma, a consulta PN é uma oportunidade para a prática dos profissionais tanto na educação em saúde como para o auto cuidado. Salienta-se a importância do empoderamento da gestante de alto risco, para que a mulher tenha seu direito garantido às informações e respostas das suas dúvidas.

Cada indivíduo, situa-se no mundo da vida de maneira específica. Considerando que na vida, nos deparamos com elementos de possível controle, e outros que estão fora da possibilidade de controle, o sujeito localiza a cena de ação, interpreta possibilidades e enfrenta desafios, sendo esta a situação biográfica do homem (SCHÜTZ, 2008). Os resultados deste estudo apontaram a pouca bagagem de conhecimento da equipe de saúde para lidar com as ações do cuidado e gestão

no PNAR, bem como, das gestantes para lidarem com suas necessidades de cuidado em saúde.

Neste contexto, o sujeito situa-se no mundo da vida, conforme o acervo ou bagagem de conhecimento construído, frente às experiências vivenciadas ao longo do tempo, estas adquiridas por meio de seus antecessores, e que são interpretadas porque tem um valor de significação, sendo transmitida pela comunicação, de acordo com aquilo que é considerado significativo, sendo denominada tipificação (SCHÜTZ, 2008; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Desde a formação do profissional de saúde, faz-se necessário que seus antecessores transmitam a importância da integralização, entre os diversos pontos de atenção na rede de serviços, a fim de que seja construído no acervo de conhecimento de cada profissional, a importância da interdisciplinaridade, almejando um trabalho recíproco, com intenções voltadas para um só objetivo, uma só finalidade ou seja, o cuidado resolutivo.

O trabalho interprofissional acontece quando os profissionais atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e colocando os usuários na centralidade do cuidado (FREIRE FILHO et al., 2018). Neste sentido, a atenção primária deve promover a educação em saúde no PNAR, permeada pelo vínculo com a gestante, sua família e comunidade. Entretanto, para que a UBS desempenhe seu papel efetivamente, é necessária a busca ativa das gestantes faltosas, assim como, informá-las sobre a importância de cada ponto de atenção na RAS (MENDES, 2011).

O tempo de acesso à atenção ambulatorial especializada foi preocupante, tendo em vista que a maioria aguardou mais de 15 dias e em muitos casos, a gestante não teve acesso a atenção ambulatorial especializada, seja pela impossibilidade de acesso antes do parto, ou o encaminhamento realizado no final da gestação, impossibilitando o seguimento na atenção ambulatorial especializada.

O acompanhamento PNAR, deve ser realizado por meio das redes de atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada. Saliencia-se, que a não garantia dessa atenção, configura-se em violência institucional a partir da violação de direitos, entretanto, há desafios a serem enfrentados pelos municípios na referência da atenção ambulatorial especializada, sendo que os sistemas regulatórios ainda são deficientes (BRILHANTE; JORGE, 2020).

Um aspecto a ser ponderado, são as gestantes de outros municípios, as quais deslocam-se para receber o atendimento especializado, em outra cidade. Esta situação pode ocasionar rupturas no suporte dos serviços de saúde e comunidade. Neste caso, a mulher e família passam a fazer parte de outro lócus e lógica de atenção, e a busca de estratégias para fomentar o apoio familiar e da rede social são necessárias (ERRICO et al., 2018).

Salienta-se ainda que o não acesso ao serviço apropriado pode resultar em desfechos desfavoráveis. Estudos que avaliaram o *near miss* materno (NMM) e mortalidade neonatal, afirmam que fatores como o atraso no cuidado obstétrico, despreparo da equipe de saúde, condições precárias dos serviços e deficiência na assistência PN influenciaram a ocorrência de desfecho negativo (SILVA et al., 2021; CANTALIXTO; FARIAS, 2021; CARVALHO et al., 2019; ANDRADE et al., 2020; LIMA et al., 2019; SILVA et al., 2018; MONTE et al., 2018).

Dentre os atrasos mais frequentes na assistência obstétrica, ressalta-se a ausência ou inadequação do PN e atraso no acesso à saúde por falta de serviço especializado, seguidos de conduta inadequada (CARVALHO et al., 2019).

Não obstante, a assistência PN de qualidade diminui o *near miss* materno e neonatal, por meio de estratégias de aperfeiçoamento como o fortalecimento da rede de referência e contra referência, realização de capacitação profissional, melhorias na cobertura PN e investimento na infraestrutura, gestão de processos e auditorias clínicas (FOUREAUX; BONAZZI, 2020; ANDRADE et al., 2020; CARVALHO et al., 2019; MONTE et al., 2018; FIGUEIREDO et al., 2018; MITENIECE et al., 2018).

Acredita-se que a APS pode estar preparada para o seguimento da gestante de AR até seu acesso à primeira consulta na atenção ambulatorial especializada, desde que a equipe da UBS, tenha acesso a capacitações e aos profissionais do serviço especializado. A troca de conhecimentos pode ser implementada por discussões de casos e necessidades de medidas terapêuticas, assim como, pelo respaldo em protocolos que busquem a reciprocidade de intenções entre as equipes da assistência PNAR.

A capacidade de agir na assistência PNAR está diretamente relacionada ao processo organizacional de trabalho, ao alcance da interação e desenvolvimento de planos de cuidados, para promoção da integração dos profissionais da APS,

devendo os profissionais serem qualificados, para responder em tempo hábil às demandas específicas da gestação de AR (FIGUEIREDO et al., 2018).

Neste sentido, o grupo de gestante pode ser preponderante para a efetivação da educação em saúde, entretanto, esta estratégia não vem sendo implementada pelos serviços, neste estudo. Uma pesquisa canadense que comparou os resultados de clientes recebendo atendimento em grupo, versus individual, ambos com equipe multiprofissional, observou que os resultados do grupo foram tão efetivos quanto o atendimento individual (HODGSON; SAXELL; CHRISTIANS, 2017).

Desta forma, o fato concreto é que a qualidade da assistência PN está associada ao acesso à equipe multiprofissional, assim como à integração do cuidado.

Diante das lacunas evidenciadas no seguimento PNAR, os gestores desvelaram expectativas (motivos para) quanto à integração entre os serviços que envolveram a atitude do próprio profissional, maior investimento para implantação de sistema eletrônico de prontuário e aumento de recursos humanos.

Ademais da necessidade de sistema informatizado e interligado com os diversos pontos de atenção para o fortalecimento da referência e contra referência, os gestores revelaram a necessidade de continuidade das ações já implementadas na assistência gestacional, por meio de investimento financeiro e contratação de recursos humanos. Salienta-se a necessidade de investimento de outras instâncias para a concretude de um sistema informatizado na RAS.

Na Armênia, um estudo que investigou as principais lacunas para implantação do sistema eletrônico de gerenciamento de informações de saúde, evidenciou a necessidade de recursos financeiros e humanos para sua implementação, assim como o apoio de formuladores de políticas públicas (DAVTYAN et al., 2019).

O sistema informatizado é um recurso valioso para os gestores na avaliação assistencial, apesar do impacto financeiro para sua implantação, o investimento pode ser uma estratégia para identificação de falhas assistenciais e estabelecimento de ações direcionadas aos problemas identificados, impactando no indicador de mortalidade materno infantil. Entretanto, há barreiras organizacionais para sua implementação, relacionadas a falhas no planejamento, falta de mão de obra qualificada, limitação no treinamento em tecnologia para profissionais de

saúde, resistência da equipe e finanças insuficientes (KHUBONE; TLOU; MASHAMBA-THOMPSON, 2020; DORNAN et al., 2019).

A implementação do sistema eletrônico de informação, deve ser uma prioridade global de saúde, entretanto, sua implantação exige compromisso de líderes de saúde para o desempenho estratégico em termos de política diretiva, mobilização de recursos e tomada de decisão com base em evidências científicas (KHUBONE; TLOU; MASHAMBA-THOMPSON, 2020).

Quanto à importância da própria atitude do profissional para o aperfeiçoamento assistencial, tendo em vista a imprescindibilidade de cuidados a serem realizados e orientações necessárias durante a gestação de AR, faz-se necessária a consciência e o compromisso profissional sobre a importância da educação em saúde, a qual não necessita de investimento financeiro, dependendo exclusivamente da atitude profissional, sendo este um dos maiores desafios a serem enfrentados na qualidade assistencial.

Cuidar requer o estabelecimento de uma relação face a face, definida como aquela, na qual os sujeitos envolvidos estão conscientes um do outro, e voltados mutuamente, no mesmo tempo e espaço (SCHÜTZ, 2008).

Para além do uso de recursos de maior complexidade, o atendimento individualizado na gestação de AR tem como estratégia alcançar a necessidade biopsicossocial e garantir o cuidado adequado. Neste sentido, o enfermeiro é visto como gestor do cuidado junto à equipe multiprofissional que deve articular o uso de tecnologias leves, estimulando a participação ativa no atendimento holístico humanizado e personalizado (RODRIGUES et al., 2016; ERRICO et al., 2018).

Ressalta-se a importância de pesquisas com enfoque na gestão dos serviços, favorecendo a identificação de pontos falhos, assim como as possibilidades de intervenções no aperfeiçoamento assistencial. O estudo teve como limitação a realidade local específica das puérperas e gestores estudados, não sendo possível sua generalização no Brasil, entretanto os dados encontrados são representativos e podem demonstrar a realidade de outras regiões, podendo ser replicados em outros locais de interesse.

Sugere-se a realização de outros estudos para aprofundamento do fenômeno, tendo como participantes, gestantes de AR que não aderem ao PN nos serviços de atenção primária à saúde integrados à atenção ambulatorial especializada, por meio de pesquisa fenomenológica.

4.2.6 Considerações Finais

A adequação da assistência PNAR no município em estudo, mostrou-se com fragilidades em ambos os serviços de atenção primária à saúde e secundária ambulatorial, quanto à incompletude dos registros em CPN e não realização de cuidados preconizados. Entretanto quando o cuidado foi compartilhado com o serviço de referência, a qualidade da assistência foi adequada.

O fortalecimento da referência e contra referência, foi identificado como uma necessidade para integração e continuidade do cuidado PNAR que depende, fundamentalmente, da atitude do próprio profissional quanto a priorização dos registros do cuidado, da implantação do prontuário eletrônico interligado com os diversos níveis assistenciais, bem como do direito de acesso à saúde.

Essas lacunas estão relacionadas com a falta de reciprocidade de intenções, no que tange ao cuidar e ao cuidado, entre a equipe de saúde e a gestão, e entre a equipe de saúde e gestantes, no que concerne à assistência PNAR permeada pela relação face a face. A pouca bagagem de conhecimentos e carência de tecnologias leves ou relacionais para o desenvolvimento das ações de cuidado e gerenciamento, interferem sobremaneira na resolubilidade das necessidades de saúde em todo o ciclo gravídico e puerperal, bem como, nos cuidados com o recém-nascido.

Evidenciou-se falta de interesses recíprocos entre a equipe de saúde, visando o cuidado qualificado e resolutivo. É incipiente a bagagem de conhecimentos, tanto por parte da equipe no que tange a capacitação, quanto por parte das gestantes que não recebem orientações sobre o seu itinerário de saúde e doença, e educação em saúde para o autocuidado.

Assim, faz-se necessário investir em tecnologias leves, ou seja, os relacionamentos entre os membros da equipe, bem como, entre profissionais, gestantes e familiares, para que nessa reciprocidade de intenções possa se alcançar o cuidado resolutivo e qualificado.

4.2.7 Referências

ANDRADE, M. S.; BONIFÁCIO, L. P.; SANCHES, J. A. C., et al. Severe maternal morbidity in public hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v.36n7/e00096419/pt>>. Acesso em: 13 jan 2022

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada à Ciências Sociais**. São Paulo: UFSC, 2012.

BELTRAME, C. H.; BATISTA, F. F. A.; CALDEIRA, S., et al. Mothers' experience in following up their newborns: a phenomenological study. **Online braz. j. nurs.**, v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6270>>. Acesso em: 12 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: guia para as secretarias estaduais e municipais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2021.

BRILHANTE, A. P. C. R.; JORGE, M. S. B. Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n5/0034-7167-reben-73-05-e20180816.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2021.

CAMARGOS, L. F.; LEMOS, P. L.; MARTINS, E. F., et al. Quality assessment of antenatal care home-based records of urban women. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v25n1/en_1414-8145-ean-25-1-e20200166.pdf>. Acesso em: 11 jul 2021.

CANTALIXTO, V. F.; FARIAS, F. N. Conceitos e características da morbidade materna e near miss: revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5752>>. Acesso em: 13 jan 2022.

CARVALHO, O. M. C.; VIANA JUNIOR, A. B.; AUGUSTO, M. C. C., et al. Delays in obstetric care increase the risk of neonatal near-miss morbidity events and death: a case-control study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 437, 2020. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-020-03128-y.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2021.

CARVALHO, B. A. S.; ANDRADE, A. G. B. F.; DANTAS, A. S., et al. Temporal trends of maternal near miss in Brazil between 2000 and 2012. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 19, n. 1, p. 115-24, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/YkqMYPzGrq5vgDpmCJNrShC/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 13 jan 2022.

DAVTYAN, K.; DAVTYAN, H.; PATEL, N., et al. Electronic health information system implementation in health-care facilities in Armenia. **Public Health Panorama**, v. 5, n. 1, p. 44-53, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325112>>. Acesso em: 10 jun 2021.

DORNAN, L.; PINYOPORNPANISH, K.; JIRAPORNCHAROEN, W., et al. Utilisation of Electronic Health Records for Public Health in Asia: A Review of Success Factors and Potential Challenges. **BioMed Research International**, ID: 7341841, 2019. Disponível em: <<https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2019/7341841.pdf>>. Acesso em: 12 jun 2021.

ERRICO, L. S. P.; BICALHO, P. G.; OLIVEIRA, T. C. F. L., et al. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1257-64, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/0034-7167-reben-71-s3-1257.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2021.

FERNANDES, J. A.; VENÂNCIO, S. I.; PASCHE, D. F., et al. Assessment of care for high-risk pregnancy in four Brazilian metropolises. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00120519.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2021.

FIGUEIREDO, K. M. S.; GONÇALVES, G. A. A.; BATISTA, H. M. T., et al. Actions of primary health care professionals to reduce maternal mortality in the Brazilian Northeast. **International Journal for Equity in Health**, v. 17, n. 104, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12939-018-0817-x.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2021.

FOUREAUX, P. V.; BONAZZI, V. C. A. M. Ocorrência de near miss materno em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público. **R. Enferm. UFJF**, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/33976/23500>>. Acesso em: 13 jan 2022.

FREIRE FILHO, J. R.; COSTA, M. V.; MAGNAGO, C., et al. Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the 'More Doctors' (Mais Médicos) program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3018.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2021.

GELLER, S. E.; KOCH, A. R.; GARLAND, C. E., et al. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. **Reproductive Health**, v. 15, n. 98, 2018. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-018-0527-2.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2021.

GONZALEZ, T. N.; CESAR, J. A. Acquisition and completion of pregnant woman's medical booklet in four populational-based surveys. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 19, n. 2, p. 375-82, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n2/1519-3829-rbsmi-19-02-0375.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2021.

HODGSON, Z. G.; SAXELL, L.; CHRISTIANS, J. K. An evaluation of Interprofessional group antenatal care: a prospective comparative study. **BMC**

Pregnancy Childbirth., v. 17, n. 297, 2017. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1485-3.pdf>>. Acesso em: 25 jun 2021.

KASSAW, A.; DEBI, A.; GEBERU, D. M. Quality of Prenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. **Journal of Pregnancy**, ID 9592124, 2020. Disponível em: <<https://downloads.hindawi.com/journals/jp/2020/9592124.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2021.

KHUBONE, T.; TLOU, B.; MASHAMBA-THOMPSON, T. P. Electronic health information systems to improve disease diagnosis and management at point-of-care in low and middle income countries: a narrative review. **Diagnostics**, v. 10, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277945/pdf/diagnostics-10-00327.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2021.

LIMA, T. H. B.; AMORIM, M. M.; KASSAR, S. B., et al. Maternal near miss determinants at a maternity hospital for high-risk pregnancy in northeastern Brazil: a prospective study. **BMC Gravidez Parto**, v. 19, n. 271, 2019. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2381-9.pdf>>. Acesso em: 13 jan 2022.

MARIO, D. N.; RIGO, L.; BOCLIN, K. L. S., et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/en_1413-8123-csc-24-03-1223.pdf>. Acesso em: 11 jul 2021.

MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FERRARI, R. A. P., et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 3, p. 204-11, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/0034-7167-reben-72-s3-0204.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2021.

MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. J.; PRADO, D. S., et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n3/en_1413-8123-csc-25-03-0793.pdf>. Acesso em: 11 jun 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 10 jan 2022.

MITENIECE, E.; PAVLOVA, M.; SHENGELIA, L., et al. Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study. **BMC Health Services Research.**, v. 18, n. 631, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-018-3432-z.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2021.

MONTE, A. S.; MENDES, I. C.; ORIÁ, M. O. B., et al. Near miss maternal: influencing factors and guidelines for reducing maternal morbidity and mortality. **Rev Rene**, v.

19, e3182, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31600>>. Acesso em: 13 jan 2022.

MONTEIRO, M. F. V.; BARBOSA, C. P.; VERTAMATTI, M. A. F., et al. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period in Ceará, Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 851, 2019. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-4566-3.pdf>>. Acesso em: 30 jun 2021.

RODRIGUES, N. C. P.; MONTEIRO, D. L. M; ALMEIDA, A. S., et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. **Jornal de Pediatria.**, v. 92, n. 6, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716300390?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 nov 2018.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/861-870/>>. Acesso em: 22 jan 2022.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S., et al. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em: 15 jun 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA-PR, 2012. Disponível em: <https://crianca.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf>. Acesso em: 20 abr 2021.

_____. _____. **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. 7. ed. Curitiba: SESA-PR, 2018. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>. Acesso em: 23 abr 2021.

SESHAN, V.; ALKHASAWNEH, E.; AL KINDI, S., et al. Can Gestational Anemia be Alleviated with Increased Awareness of its Causes and Management Strategies? Implications for Health Care Services. **Oman Med J.**, v. 33, n. 4, p. 322-30, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC6047186/>>. Acesso em: 10 abr 2021.

SCHÜTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Buenos Aires: Vozes, 2012.

SILVA, A. C. C.; SANTOS, F. M. S.; GAUDÊNCIO, J. F. F. S., et al. Maternal death related to poor/non-assistance of prenatal care. **Saúde coletiva**, v. 11, n. 65, 2021. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saude-coletiva/article/view/1594/1842>>. Acesso em: 13 jan 2022.

SILVA, A. A.; JARDIM, M. J. A.; RIOS, C. T. F., et al. Prenatal care of habitual- risk pregnant women: potentialities and weaknesses. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, n. 15, p. 1-20, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32336/pdf>> Acesso em: 05 jan 2022.

SILVA, J. M. P.; FONSECA, S. C.; DIAS, M. A. B., et al. Concepts, prevalence and characteristics of severe maternal morbidity and near miss in Brazil: a systematic review. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 18, n. 1, p. 7-35, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/38drPBWQyCgYbbrL7zX3fLw/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 13 jan 2022.

World Health Organization. WHO. **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. _____. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>>. Acesso em: 10 jan 2019.

4.3 ESTUDO 2

TEMPO DE ESPERA AO ACESSO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

RESUMO

Objetivo: analisar o tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco. **Metodologia:** estudo de método misto com desenho explanatório sequencial. Na etapa quantitativa realizou-se um estudo transversal analítico com 319 puérperas durante sua internação hospitalar, utilizando instrumento semiestruturado e entrevista, seguido de análise descritiva e analítica por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). Na fase qualitativa o estudo direcionou-se pela Fenomenologia Social com 13 gestores da assistência indireta no pré-natal de alto risco, por meio de entrevista audiogravada face a face e analisados à luz da Fenomenologia Social. **Resultados:** o período aguardado para acesso a atenção ambulatorial especializada foi de 15 dias (32,3%), 16 a 30 dias (27,9%), acima de 90 dias (9,4%) e (19,1%) não tiveram acesso ao serviço ambulatorial. Dentre os obstáculos que influenciam no tempo de espera revelou-se, a insuficiência de vagas, incompletude ou não monitoramento das informações e o não atendimento aos critérios de encaminhamento. Os gestores apontaram que a equipe de saúde precisa ter bagagem de conhecimento suficiente para desenvolver suas ações com reciprocidade de intenções no processo cuidar e do cuidado. **Conclusão:** a primeira consulta na atenção ambulatorial especializada ocorre em tempo prolongado e algumas mulheres não conseguem nem mesmo o acesso ao serviço, resultando no cuidado exclusivo da atenção primária à saúde, a qual não está organizada para assumir o cuidado exclusivo à gestante de alto risco.

4.3.1 Apresentação

O estudo 2 (ANEXO B) foi desenvolvido com o objetivo de analisar o tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco, com 319 puérperas durante a internação hospitalar e com 13 gestores que gerenciam a assistência gestacional de alto risco. O artigo foi publicado no mês de janeiro no ano de 2022 na Revista *Research Society and Development*.

Os resultados evidenciaram o não acesso imediato a primeira consulta ambulatorial, assim como, algumas gestantes não tiveram o acesso a atenção ambulatorial especializada, ocorrendo desta forma, o atendimento pré-natal exclusivo por meio da atenção primária à saúde, a qual não está organizada para este atendimento diferenciado.

Frente as dificuldades no acesso ao serviço ambulatorial, o estudo desvelou a possibilidade da atenção ambulatorial especializada atuar como

interconsulta, até estabilização clínica da gestante, assim como, deve ser considerado o aprimoramento dos critérios de encaminhamento de risco gestacional e expansão das ações de capacitação aos profissionais da atenção primária à saúde.

4.4 ESTUDO 3

PLANEJAMENTO E ESTRATÉGIAS NA GESTÃO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

RESUMO

Objetivo: Compreender o significado do planejamento das ações na gestão pré-natal de alto risco, assim como as estratégias esperadas neste seguimento. **Método:** Estudo qualitativo, ancorado na Fenomenologia Social, realizado com 13 gestores da assistência indireta no pré-natal de alto risco, entre janeiro e março de 2020, por meio de entrevista face a face e áudio gravada, a partir de questões norteadoras. A coleta de dados ocorreu no ambiente de trabalho dos gestores, as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e dois ambulatórios especializados, todos localizados no Sul do Brasil. Os dados foram analisados à luz da Fenomenologia Social, elencando os “motivos porque” das ações já vivenciadas e os “motivos para” constituído das ações futuras. **Resultados:** Foram identificadas quatro categorias concretas do vivido: Ações desenvolvidas no planejamento do cuidado; Imprescindibilidade do aprimoramento profissional; Desafios para o aprimoramento profissional; Ações esperadas dos órgãos e setores responsáveis. **Conclusão:** Os gestores destacaram que no planejamento de ações na gestão pré-natal de alto risco é de fundamental importância a capacitação profissional da equipe da atenção primária à saúde, entretanto, salientaram que oficinas de matriciamento voltadas a indicadores específicos, capacitação pessoal por meio da prática do atendimento direto, conhecimento da realidade local e participação em grupos de pesquisas são estratégias que podem ser assumidas imediatamente in loco, necessitando apenas de planejamento estratégico. Por outro lado, há uma lacuna no contexto institucional para o aprimoramento do cuidado, sendo essencial, o investimento financeiro de instâncias superiores para qualificação do próprio gestor, assim como, para a expansão de ações de educação permanente na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada, almejando melhorias assistenciais.

Descritores: Gestação de Alto Risco. Gestão de Serviços de Saúde. Capacitação Profissional. Assistência pré-natal. Educação em Saúde.

PLANNING AND STRATEGIES IN HIGH RISK PRENATAL MANAGEMENT: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of planning actions in high-risk prenatal management, as well as the strategies expected in this follow-up. **Method:** Qualitative study, anchored in Social Phenomenology, carried out with 13 managers of indirect care in high-risk prenatal care, between January and March 2020, through face-to-face interviews and recorded audio, based on guiding questions. Data collection took place in the work environment of the managers, the Municipal and State Health Departments and two specialized outpatient clinics, all located in southern Brazil. The data were analyzed in the light of Social Phenomenology, listing the “reasons why” of actions already experienced and the “reasons for” constituted by future actions. **Results:** Four concrete categories of experience were identified: Actions developed in care planning; Indispensability of professional improvement; Challenges for professional improvement; Expected actions from responsible bodies and sectors. **Conclusion:** The managers highlighted that in the planning of actions in high-risk prenatal management, professional training of the primary health care team is of fundamental importance, however, they stressed that matrix support workshops focused on specific indicators, personal training through the practice of direct service, knowledge of the local reality and participation in research groups are strategies that can be taken immediately in loco, requiring only strategic planning. On the other hand, there is a gap in the institutional context for the improvement of care, being essential, the financial investment of higher levels for the qualification of the manager himself, as well as for the expansion of permanent education actions in primary health care and care specialized outpatient clinic, aiming to improve care

Descriptors: Pregnancy, High-Risk. Health Services Administration. Health Human Resource Training. Professional Training. Prenatal Care. Health Education.

4.4.1 Introdução

A gestação é definida como um fenômeno fisiológico, entretanto, esta fase pode representar uma situação crítica, causada por alterações que ocorrem na vida da mulher, sendo estas físicas, mentais e mudanças sociais, bem como, alterações fetais, resultando em risco à saúde materna ou fetal, caracterizando a gestação de alto risco (AR) (MIRZAKHANI et al., 2020).

O acompanhamento pré-natal (PN) tem como função essencial o planejamento da assistência para prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis, e assim, evitar complicações futuras para a mulher e seu concepto (REIS et al., 2021).

A assistência PN no Brasil, constitui-se na proposta da Rede Cegonha, a qual sustenta a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) materno – infantil, definindo como norteadores do cuidado o início precoce do PN, estratificação de risco e atendimento na atenção ambulatorial especializada (SOARES; HIGARASHI, 2019). O gerenciamento de tais ações é competência dos gestores da assistência pré-natal de alto risco (PNAR), os quais planejam e implementam as ações assistenciais.

Apesar dos avanços alcançados na assistência PN ao longo dos anos, estudos nacionais e internacionais evidenciam fragilidades assistenciais (MONTEIRO et al., 2019; MITENIECE et al., 2018). Considerando o planejamento das ações como instrumento de gestão, o qual permite a tomada de decisão sobre prioridades que podem interferir diretamente na organização da rede de serviços públicos de saúde, pondera-se a gestão do serviço de saúde como elemento fundamental na resolução e efetivação das políticas públicas de saúde (PIRES et al., 2019).

Neste sentido, ações direcionadas à recursos humanos na saúde, gestão, educação e políticas, concretizam-se em melhorias na qualidade assistencial do PN, contribuindo para a redução da mortalidade materna (BRANDT et al., 2019).

Apesar da importância do gestor na qualidade assistencial, é inédito na literatura estudo que investigue gestores da assistência indireta do PNAR, sendo esta uma lacuna do conhecimento (AZEVEDO et al., 2020). Compreender a realidade vivenciada por gestores no planejamento da assistência PNAR, poderá

fornecer evidências para o desenvolvimento e implantação de políticas eficazes, almejando aperfeiçoamento assistencial.

Nessa perspectiva, o presente estudo indagou: como os gestores vivenciam o planejamento da assistência indireta no pré-natal de alto risco? E quais estratégias poderiam ser implementadas neste seguimento?

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender o significado do planejamento das ações na gestão pré-natal de alto risco, assim como as estratégias esperadas neste seguimento.

4.4.2 Material E Método

4.4.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, a qual compreende a experiência subjetiva no cotidiano das pessoas, permeada por suas relações que constituem o mundo social. O homem manifesta sua vivência de acordo com sua experiência no passado e presente (motivos porque) e planeja alcançar seus objetivos (motivos para) a partir da intersubjetividade, ensejando a interação em um contexto social, definido por meio do ambiente físico e sociocultural, vivenciando as situações cotidianas (SCHÜTZ, 2018).

Neste sentido, a perspectiva fenomenológica contribui para o olhar efetivo sobre as experiências no processo saúde doença dos seres humanos, assim como, aquelas vividas em diferentes cenários assistenciais e de atenção à saúde, buscando a compreensão das pessoas dentro do seu mundo social (SCHÜTZ, 2012).

4.4.2.2 Local

O município em estudo organiza o serviço de atenção PN conforme protocolo municipal, seguindo o fluxo do Ministério da Saúde, o qual preconiza que após a gestação confirmada, deve ser realizada a 1ª avaliação de PN com o profissional médico ou enfermeiro. A partir deste primeiro contato já deverá ser definida a estratificação de risco gestacional, e o local da realização do PN, ou seja, PN classificado como risco habitual (RH) ou intermediário (RI), tem o

acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS). Salienda-se que a classificação de risco deverá ser realizada em todas as outras consultas subsequentes, considerando que uma gestação pode tornar-se de risco a qualquer momento. Quanto às gestantes classificadas como alto risco (AR), o pré-natal deve ser compartilhado entre a APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (BRASIL, 2019).

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a março de 2020, por meio de entrevistas realizadas na sala do gestor, em seu próprio local de trabalho, sendo estes, a Secretaria Municipal de Saúde que administra e coordena os serviços na APS do município; a Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde que realiza a gestão estadual da RAS; o Ambulatório de Especialidades de uma Universidade pública, referência para o acompanhamento ambulatorial à gestação de AR e vinculado a um Hospital Universitário e também ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema, referência para atenção ambulatorial às gestantes de risco intermediário e AR gestacional, atuando como ferramenta de gestão e articulação em 21 municípios do estado do Paraná.

4.4.2.3 Seleção dos participantes

O presente estudo foi composto por gestores que realizavam o gerenciamento da assistência indireta no PNAR. A seleção dos sujeitos ocorreu de forma intencional, sendo incluídos no estudo profissionais que tivessem no mínimo 60 dias de atuação no cargo de gestão.

Não foi definido a priori o número de participantes, ponderou-se os critérios de inclusão, assim como a garantia da participação dos gestores de todas as instituições pesquisadas, identificando-se desta forma dezenove gestores, dos quais, quatro não atenderam aos critérios de inclusão e dois gestores não aceitaram participar do estudo, sendo excluídos seis participantes, resultando na participação de 13 gestores.

A busca pelos gestores foi realizada por meio de contato prévio com a equipe administrativa para identificação do participante, posteriormente agendava-se entrevista com a secretária ou com o próprio gestor, em horário de melhor conveniência ao mesmo.

4.4.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi norteada pelas seguintes questões: Quais ações você desenvolve no seguimento pré-natal de alto risco? Como você percebe sua formação para a prática profissional vivenciada no cuidado à gestante de alto risco? O que você espera dos órgãos/setores responsáveis nesse seguimento para a continuidade das suas ações de cuidado no pré-natal de alto risco?

Utilizou-se gravador de voz após a permissão do participante. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos. Considerando a riqueza da vivência dos gestores participantes, as 13 entrevistas foram incluídas no estudo.

A coleta de dados se encerrou quando foi alcançado o significado das falas, não surgimento de novos temas, alcance do objetivo proposto e respostas às perguntas de pesquisa (MINAYO, 2017).

Para garantia do anonimato dos participantes, as entrevistas foram codificadas pela letra G, inicial da palavra “Gestor”, seguida de numeração arábica conforme a ordem das entrevistas (G1 a G13).

4.4.2.5 Análise dos dados

No que tange à organização, categorização e análise dos relatos, considerou-se os princípios teóricos e metodológicos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, por meio da leitura acurada de cada relato, alcançando as unidades de sentido da experiência vivida; agrupamento dos aspectos significativos à composição das categorias; análise das categorias, elencando os “motivos porque”, representando as ações já vivenciadas e expressas e os “motivos para”, constituindo as ações futuras, resultando na categorização dos dados e na compreensão do fenômeno (BELTRAME et al., 2019).

Realizou-se correção na transcrição das falas dos participantes quanto à norma culta da língua portuguesa, não modificando o sentido das falas.

4.4.3 Aspectos Éticos

Foram atendidos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, conforme parecer: nº 3.660.461/UEL, em 24 de outubro de 2019 CAAE nº 21597619.5.0000.5231.

4.4.4 Resultados

O estudo foi composto por 11 gestores do sexo feminino e 2 masculinos, com idade entre 36 e 62 anos. O tempo médio de formação foi de 22 anos, sendo que 9 gestores relataram formação em enfermagem, 2 em medicina, 1 em farmácia e 1 em línguas estrangeiras. Quanto ao nível educacional, 9 possuíam pós-graduação *lato sensu* e 4 *stricto sensu*, no que tange ao vínculo empregatício, 10 gestores eram servidores públicos e 3 três com cargos comissionados.

À luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, foi possível identificar quatro categorias concretas do vivido, três relacionadas aos “motivos porque” do planejamento das ações na gestão PNAR: Ações desenvolvidas no planejamento do cuidado; Imprescindibilidade do aprimoramento profissional e Desafios para o aprimoramento profissional, compondo o passado e o presente vivido. E uma categoria referente aos “motivos para” abrangendo a expectativa dos gestores sobre a qualificação deste seguimento: Ações esperadas dos órgãos e setores responsáveis.

Ações desenvolvidas no planejamento do cuidado

No que concerne às ações desenvolvidas no cargo de gestor, desvelou-se a realização de capacitação da equipe multiprofissional da APS, a partir dos indicadores de mortalidade materno infantil, por meio das oficinas de matriciamento, discussão de casos, suporte profissional às dúvidas e atualizações de diretrizes.

Temos trabalhado muito no foco das oficinas de matriciamento, com temas específicos de acordo com os indicadores do comitê de mortalidade materno infantil, desde o médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, o agente comunitário de saúde, o administrativo, a equipe de odontologia, a equipe NASF. Temos incentivado também a discussão de caso dentro da unidade, com o objetivo de melhorar o acolhimento. (G2)

Temos um profissional para tirar dúvida e orientar os profissionais que estão na ponta, para fornecer este apoio. (G3)

Temos a supervisão clínica, na qual os profissionais do ambulatório de especialidade, fazem trabalho de escuta com o profissional da atenção básica, isso faz com que o profissional que está acompanhando o mesmo caso compartilhado conosco, que ele também tenha uma direção do cuidado e que ele possa trazer suas angústias, e suas necessidades. (G7)

Quando tem novos protocolos, novas estratégias, novas portarias, divulgamos aos municípios, por meio das capacitações e treinamentos e também atendemos algumas dúvidas dos municípios, que eles mesmos entram em contato conosco para esclarecimento. (G9)

O meu trabalho é apoiar as unidades, então hoje eu não atuo diretamente no pré-natal, mas atuo no planejamento das unidades, a gente acaba apoiando nesse processo de organizar, de planejar o pré-natal (...). Utilizamos todas as formas de apoio, por telefone, presencial elas vêm aqui ou nós vamos até as unidades e por meio de oficinas nas unidades. (G13)

Imprescindibilidade do aprimoramento profissional

O curso de graduação desvelou-se como base para o cargo exercido na gestão, a necessidade de aprimoramento profissional contínuo foi apontada, por meio de busca própria por atualizações em diretrizes, capacitações, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* e participação em grupo de pesquisa científica. A atuação na assistência direta à gestante de AR, também desvelou-se como bagagem de conhecimento para o cargo exercido na gestão.

Eu fiz muito curso durante a graduação, depois de urgência e emergência obstétrica, fiz muita coisa na área de pediatria, gestante, aleitamento, eu fui uma pessoa que procurei desenvolver bastante na área e trabalhei no posto de saúde, fazia pré-natal de baixo risco, trabalhei muitos anos, então eu acho que desde a faculdade até o caminho que eu segui me ajudou. (G1).

Eu acho que é na nossa carreira mesmo que você vai ter mais conhecimento da prática, no dia a dia, e aí como eu já trabalhei nessas três pontas, então você tem uma visão diferenciada, você entende como funciona. (G4)

Eu acho que a minha formação me ajudou na compreensão do atendimento das gestantes, de saber a importância do pré-natal, dos cuidados que devem ser feitos. Depois eu fiz uma habilitação em saúde pública, que me ajudou muito a pensar no que temos que prover no cuidado a gestante. Agora para mim está sendo uma experiência de muita aprendizagem você trabalhar num centro que trabalha a questão da média complexidade. (G5)

Minha especialização em saúde coletiva e depois auditoria, foram fundamentais, me deram toda essa bagagem para poder estar na gestão. (G6)

Eu participo de um grupo de pesquisa do doutorado e isso tem me fortalecido em relação às minhas necessidades da função, isso tem me ajudado bastante a fazer às minhas próprias reflexões. (G7)

A formação te dá realmente a base, precisamos sempre nos atualizar. Eu acho que a minha prática de trabalhar na ponta, faz muita diferença quando você está na parte de gestão e coordenação, porque você sabe exatamente como é na ponta para entender a realidade do profissional. (G9)

Na prática acabamos vendo casos diferentes da assistência pré-natal e você acaba buscando na literatura, você acaba lendo protocolo e tive também algumas capacitações para trabalhar com o Comitê de Mortalidade, mas eu acho que a grande parte é busca própria e diária. (G10)

Eu acho que é um casamento entre a vivência que eu tive enquanto enfermeira de unidade básica, e que você pode associar a gestão, então isso te dá uma ferramenta. Então acho que esse é uma somatória, um casamento mesmo entre a assistência e a parte gerencial que pode potencializar as negociações. (G12)

A formação do gestor em medicina, desvelou-se como intermediadora na comunicação com outros profissionais médicos, apesar da enfermagem ser enaltecida em sua competência para a gestão.

Enquanto médica, eles têm maior respeito quando é um médico que está falando. Às vezes vai uma enfermeira, minha assessora fala a mesma coisa, se não for eu que estou falando entre os médicos não vai, mais a minha prática de gestão não fui como médica, fui como enfermeira. As enfermeiras entendem muito mais de gestão, médico não é formado para

gestão, nem de supervisão, nós não somos formados para isso (G8).

Desafios para o aprimoramento profissional

Os gestores desvelaram as barreiras enfrentadas no gerenciamento do aprimoramento profissional, como a ausência de fóruns direcionados a resultados de pesquisas científicas, a rotatividade da equipe da APS, mudanças em diretrizes e escassez de ações para capacitação profissional, fragilizando a produção do conhecimento e continuidade das ações implementadas.

Não temos fóruns de escuta para compreender os resultados de pesquisas, que são realizados nas diversas universidades que executam e elaboram pesquisas na área do pré-natal, não conheço nenhum fórum que possa integrar universidades junto com serviços e que discutam esse tema da assistência pré-natal de forma sistematizada. (G7)

Troca muito os profissionais nos municípios, na atenção básica, então as vezes você faz todo um trabalho de capacitação e parte dos profissionais não ficam na prática, ou aquilo que você capacitou não pode ser mais realizado, vem alguma outra coisa que tira tudo aquilo que você fez, tudo que você já tinha feito, já não é mais daquele jeito. (G9)

Temos poucas capacitações locais, regionais e estaduais e muitas coisas ficam atravancadas no conhecimento, sempre tem coisas novas, por exemplo, o serviço traz algo novo, mas eu nunca vi isso na minha vida, ou eles trazem dúvidas que você nunca pensou ou leu, ou uma nova diretriz. (G11)

Diante das fragilidades para o aprimoramento profissional, desvelou-se a importância de capacitações para o gerenciamento do processo saúde doença, não deixando que interesses políticos influenciem nas ações efetivas de saúde.

Tem município que em dois anos trocou de secretário de saúde cinco vezes, isso é difícil porque você não consegue contar daquele assunto com aquela pessoa, porque ela está pensando na parte política, como por exemplo: toda UBS tem que fazer a classificação de risco, outro já coloca que não, que o atendimento será por ordem de chegada, por que a população vai se revoltar se a gente fizer assim entendeu? Esse gestor não está pensando na saúde, está pensando se vai ter voto ou não. (G9)

Precisamos ter pessoas com capacidade de gestão, às vezes a gerência política não está preparada, o gestor deve ter conhecimento do processo saúde e doença. (G10)

Ações esperadas dos órgãos e setores responsáveis

Os gestores esperam da instância superior, investimento financeiro direcionado à capacitação para gestão, sendo esta fundamental para o cargo, assim como, ampliação das capacitações dos profissionais da APS e AAE, com encontros sistematizados.

Precisamos do investimento para a capacitação profissional, se acessarmos o UNA SUS, nós temos uma série de cursos, mas não são todos os profissionais que têm esse hábito de acessar, de buscar por essa informação, então às vezes poderia vir algumas coisas mais direcionadas para o gestor aplicar com os seus profissionais. (G2)

Precisamos de pessoas com visão em gerente de gestão, se tiver um bom planejamento de gestão você consegue avançar, então o poder público deve capacitar as pessoas que estão à frente. (G10)

Eu acho que a capacitação seria uma estratégia fundamental para nosso serviço, como para as pessoas que vão atender estas gestantes em serviços específicos, então é o conhecimento mesmo, eu acho que as capacitações deveriam ocorrer com mais frequência. (G11)

4.4.5 Discussão

No contexto de significados dos “motivos porque”, vivenciado por gestores da assistência PNAR, revelou-se o gerenciamento de ações para o aprimoramento profissional da equipe multiprofissional da APS.

O sujeito situa-se no mundo da vida conforme a bagagem de conhecimento construída ao longo da vida, alcançada pelos antecessores e interpretadas a partir de sua significação (SCHÜTZ, 2008; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Assim, os gestores participantes do estudo consideraram fundamental a capacitação dos profissionais e gestores no atendimento diferenciado do PNAR, para a aquisição da bagagem de conhecimento necessário, quer seja na gestão ou nas ações diretas de cuidado.

A educação permanente para o aperfeiçoamento profissional deve ser considerada como estratégia para a reorganização do funcionamento dos serviços e processo de trabalho. No Brasil, instituiu-se no ano de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), entretanto esta estratégia apresenta dificuldades em sua operacionalização, relacionadas aos recursos financeiros insuficientes, falta de vontade política ou de pessoal, ou até mesmo, de capacitação das instâncias superiores para criar arranjos interinstitucionais ou setoriais para sua implementação (PIRES et al., 2019).

Um estudo que investigou a planificação da Atenção à Saúde de condições crônicas, descreveu a riqueza do matriciamento como suporte profissional à equipe da APS, assim como, às melhorias na RAS. O processo foi realizado com profissionais da AAE, de forma presencial ou à distância, periodicamente uma vez por semana, no formato de discussão de caso, com foco na problematização, no planejamento, na programação e execução de ações colaborativas entre a AAE e APS. Os autores salientam a riqueza do matriciamento como suporte profissional à equipe da APS (EVANGELISTA et al., 2019).

No presente estudo, revelou-se a partir dos indicadores de mortalidade materno infantil, o estabelecimento de temas específicos para capacitação profissional, por meio das estratégias de oficinas de matriciamento e discussão de caso. Ressalta-se a importância do comitê de mortalidade materna e infantil, como norteador dos temas a serem trabalhados nas oficinas de matriciamento, exercendo uma função substancial na identificação das fragilidades assistenciais, e no direcionamento das ações de aprimoramento profissional.

Neste sentido, a busca pela redução dos indicadores de mortalidade materna é uma preocupação mundial, várias iniciativas estão em andamento no enfrentamento do desafio da mortalidade materna. Nos Estados Unidos incluiu-se a Lei de Prevenção de Mortes Maternas de 21 de dezembro de 2018, a qual autoriza o financiamento federal para apoio aos comitês multidisciplinares estaduais e municipais, com enfoque em avaliações abrangentes das mortes maternas, assim

como o apoio por meio de informações de atividades de prevenção (AHN et al., 2020).

Acredita-se que uma estratégia que poderia ser implementada no processo de educação permanente, seria a ampla divulgação das reuniões do comitê, juntos aos profissionais atuantes no PNAR, seja do contato direto e indireto. Outra estratégia, seria a atuação e conscientização dos próprios membros formadores dos comitês, quanto à sua importância na capacitação profissional.

Os achados evidenciaram, ainda, a necessidade de suporte profissional para esclarecimento de dúvidas e para atualização de diretrizes, assim como, capacitações e especializações como estratégias contínuas para o cargo de gestão, facilitadoras do aprimoramento profissional e conseqüentemente, da replicação de experiências teórico-práticas para os profissionais que atuam diretamente no PNAR.

A experiência profissional agrega segurança à prática obstétrica, permitindo ao profissional correlacionar os conhecimentos adquiridos na teoria, aprimoramento de habilidades, aquisição de destreza e capacidade reflexiva sobre as experiências vivenciadas (OLIVEIRA et al., 2020). A interação social do grupo de gestores com a prática da assistência PNAR, permite a reciprocidade de intenções, onde o profissional se aproxima do sujeito cuidado, e por meio da relação face a face, o profissional se coloca no lugar do outro, identificando desta forma, a necessidade da pessoa cuidada.

Schutz (2008) aponta como mediadores da inserção do homem no mundo da vida, o acervo de conhecimento instituído por nossos progenitores, adjunto com o conhecimento transmitido por nossos educadores e por experiências concretas, sendo estes, elementos que estruturam continuamente o acervo de conhecimento, servindo como base para uma ação subsequente e incluídos na bagagem de conhecimento.

A importância do aprimoramento profissional ao longo da vida de profissionais atuantes na área da saúde foi evidenciada. Assim como, a educação permanente é uma estratégia utilizada no serviço hospitalar, ressalta-se a importância da efetivação de uma política de educação permanente focada para a atenção primária à saúde.

Neste sentido, o fortalecimento do trabalho em saúde nos cuidados primários e essenciais depende de profissionais com formação qualificada e com educação e supervisão permanente, específica à demanda dos cuidados primários,

ensejando a qualificação com intenções recíprocas para a continuidade do cuidado, acesso aos serviços e cuidado integral (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

Considera-se, como mediadores da inserção do homem no mundo da vida, o acervo de conhecimento instituído por nossos progenitores, adjunto com o conhecimento transmitido por nossos educadores e por experiências concretas, sendo estes, elementos que estruturam continuamente o acervo de conhecimento, servindo como base para uma ação subsequente, e incluídos na bagagem de conhecimento (SCHÜTZ, 2008).

Há necessidade do fortalecimento do trabalho em saúde, com atuação dos cuidados primários e essenciais, neste sentido, a utilização dos indicadores da assistência em saúde representam estratégia para qualificação da APS e no fortalecimento do processo de trabalho da equipe. Ressalta-se a importância de profissionais da saúde com formação qualificada, e com educação e supervisão permanente, específica à demanda dos cuidados primários, ensejando a qualificação com intenções recíprocas para a continuidade do cuidado, acesso aos serviços e cuidado integral (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

As ações estratégicas supracitadas para capacitação e apoio profissional, podem contribuir com a qualidade assistencial, por meio do aperfeiçoamento, adequações e formulações de protocolos que devem ser seguidos no PNAR, além da integração e participação da equipe no planejamento do cuidado gestacional, assim como, na reciprocidade de intenções agregadas, por meio da bagagem de conhecimentos adquirida que permeia, a situação biográfica dos profissionais envolvidos.

A formação em enfermagem revelou-se favorável para o cargo de gestão, uma vez que agrega, conhecimentos sobre gerenciamento de equipes e ações para o planejamento gestacional. Quando, concomitantemente, o profissional possui a formação direcionada e a prática profissional, estas contribuem para o olhar reflexivo necessário, no gerenciamento do planejamento assistencial à gestante de AR.

A formação de enfermagem representa uma preparação para a atuação profissional generalista, sendo necessárias especializações e capacitações contínuas para o desenvolvimento e aprimoramento profissional (AMUDHA et al., 2018). Neste contexto, salienta-se a importância de capacitações contínuas na área da saúde, considerando as mudanças que ocorrem em protocolos e com os avanços

científicos, sendo estas, necessárias na inclusão da bagagem de conhecimento profissional.

Desvelou-se no presente estudo, dificuldade na comunicação interpessoal entre o gestor enfermeiro e o médico que atua na prática, evidenciando obstáculos corporativos, para além daqueles inerentes ao processo do cuidado, desafios a serem enfrentados na atuação do enfermeiro gestor.

São inúmeras as barreiras de comunicação vivenciadas por profissionais da saúde, desde a falta de comunicação propriamente dita, até as diferenças hierárquicas, tendo como fatores que prejudicam a comunicação não eficaz, a falta de interesse do receptor da mensagem e a não adequação da linguagem para a compreensão da mensagem (WITISKI et al., 2019).

Um estudo realizado na Malásia identificou atitude autoritária do profissional médico com o enfermeiro, evidenciando barreiras na comunicação profissional. Neste sentido, há uma visão social e profissional equivocada de que o enfermeiro se apresenta em nível abaixo do médico, entretanto, as duas categorias profissionais devem atuar na busca do aperfeiçoamento assistencial, salienta-se que as duas profissões são exclusivas e não apresentam resolutividade sem comunicação eficaz e colaborativa (AMUDHA et al., 2018).

Segundo Schütz, a situação biográfica é considerada a forma como eu interpreto o mundo, assim como, enfrentamos e interpretamos os desafios do mundo da vida. Neste sentido, cada pessoa interpreta o mundo a partir de seus interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos e religiosos. O modo como o sujeito expressa-se na vida individual, depende da totalidade da experiência que o indivíduo constrói durante sua existência concreta, agregando desta forma, um acervo de conhecimentos, o qual encontra-se disponível e acessível, de acordo com a situação biográfica do sujeito (SCHÜTZ, 2008).

A discussão sobre comunicação do enfermeiro gestor versus comunicação com profissional médico, é uma lacuna científica, com necessidade de rompimento de paradigmas e maior aprofundamento. Faz-se necessário, que a própria formação esteja direcionada para o trabalho interprofissional.

Neste sentido, educadores da área da saúde devem estimular os discentes para o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, considerando as diferenças das atribuições profissionais, assim como, a importância que cada profissional representa no cuidado à gestante de alto risco. Todo professor

representa uma parte essencial para a construção da bagagem de conhecimento, e a formação, pode ser uma estratégia preponderante para a comunicação efetiva, assim como, a reciprocidade de intenções entre os profissionais de saúde.

Outro fator que favoreceu o aprimoramento gerencial, desvelou-se pela atuação do gestor em grupo de pesquisa científica, resultando na reflexão do próprio gestor quanto às necessidades do serviço. Ressalta-se a importância de o gestor aprofundar-se nos resultados de pesquisas, almejando aprofundamento científico e conseqüentemente, o fortalecimento da prática de gestão, sendo esta uma estratégia valiosa no aprimoramento da aquisição da bagagem de conhecimento.

Neste sentido, o presente estudo desvelou o desafio à implementação de fóruns de escuta para os gestores sobre resultados de pesquisas. Salienta-se a importância das próprias universidades criarem espaços para compartilhamento dos resultados de pesquisas com os gestores dos serviços, sendo este um levantamento essencial à proposta de melhorias assistenciais, além de ser uma oportunidade para o aperfeiçoamento do próprio gestor.

Dentre os limites para a continuidade do aprimoramento profissional, o presente estudo desvelou a rotatividade de trabalhadores da APS. Neste contexto, um estudo evidenciou a relação do vínculo empregatício com a instabilidade e insegurança profissional, sendo estes responsáveis pela alta rotatividade de profissionais (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Para Schütz, a matriz da ação social tem um sentido comum, entretanto, cada pessoa situa-se no mundo da vida de maneira específica, sendo esta a situação biográfica. A situação biográfica permite que o sujeito interprete o mundo a partir de experiências e conhecimentos prévios adquiridos, transmitidos por seus predecessores, sendo esta a bagagem de conhecimento disponível (SCHÜTZ, 2008).

Entende-se que a necessidade de promoção de concurso público, é uma lacuna a ser preenchida para o suprimento da precarização de trabalho, assim como, a remuneração adequada, buscando o vínculo do profissional com o serviço público e a continuidade das ações de capacitação profissional. Salienta-se a importância do servidor público para alcance da implantação e implementação das políticas públicas, tendo em vista, a continuidade da ação social na assistência PNAR, as quais são originadas de políticas públicas e apresentam um sentido comum.

Sobre as expectativas consideradas para o aprimoramento profissional, (motivos para), estas foram colocadas como dependentes de instâncias superiores, quanto a necessidade de investimento financeiro para a expansão da qualificação profissional, seja aos profissionais da assistência direta e indireta, assim como, para os cargos ocupados por gestores políticos. Os gestores atribuíram a responsabilidade do poder público, em proporcionar capacitação para o novo cargo assumido pelo gestor político, a fim de que o novo gestor proporcione a continuidade dos processos, tomada de decisão e implantação de novas políticas no suprimento das necessidades do cuidado.

A educação permanente representa uma estratégia que pode reorientar a formação, com impacto na mudança de conduta profissional, promovendo assim, o desenvolvimento da equipe e reorganização dos serviços de saúde (SILVA et al., 2020). Torna-se assim, uma possibilidade concreta para a reelaboração da bagagem de conhecimento frente as especificidades da prática.

Uma das estratégias que poderiam ser implementadas para a qualificação profissional no cuidado PNAR, seria a educação permanente baseada no Programa de Recursos Humanos para Saúde de Ruanda, lançado em 2012. O país adotou uma capacitação profissional liderada pelo governo, o qual forneceu ao profissional de saúde uma parceria com instituições acadêmicas no país, minimizando a escassez de força de trabalho em saúde qualificada, e fortalecendo a capacidade das escolas de pós-graduação em saúde. Entretanto, ressalta-se que há necessidade de investimento significativo no recrutamento e desenvolvimento de carreira do corpo docente local, recursos adequados destinados à gestão e administração, além de infraestrutura e equipamentos, flexibilidade de financiamento a longo prazo e compromisso dos envolvidos (CANCEDDA et al., 2018).

Um dos elementos imprescindíveis para a implantação de políticas direcionadas à capacitação permanente profissional em saúde, é o reconhecimento de tal necessidade, por parte dos formuladores de políticas públicas e de instâncias superiores. Este é um dos caminhos para o aprimoramento profissional e qualificação do serviço prestado, conseqüentemente redução dos indicadores de mortalidade materno e infantil.

A esse respeito, a educação permanente à distância, também conhecida como *e-learning*, considerada mundialmente, pode ser uma estratégia no aperfeiçoamento profissional de gestores e profissionais da assistência direta, tendo

como ferramenta a *internet*, oferecendo aos profissionais em atividade manter seu horário de trabalho e envolver-se em um ambiente de aprendizagem da melhor maneira e horário conveniente (MANZINI et al., 2020).

Salienta-se a necessidade de o próprio profissional buscar seu aperfeiçoamento profissional, tendo em vista que os protocolos e políticas focados para qualidade assistencial existem e estão disponíveis há mais de vinte anos, assim como, todo profissional deve ter responsabilidade própria na busca da bagagem de conhecimento.

Ademais dos investimentos em educação permanente, há necessidade de melhorias nos serviços de saúde quanto a infraestrutura, capacitação dos coordenadores dos serviços de saúde, assim como, proporcionar boas condições de trabalho aos profissionais, bem como ofertar tecnologias para educação à distância. Salienta-se ainda, a necessidade de intensificação de interação entre o sistema de saúde com as instituições de ensino e incentivo à colaboração interprofissional a fim de que todas estas ações sejam direcionadas para um cenário de estabilidade político-administrativa, proporcionando motivação e confiança aos profissionais de saúde (MANZINI et al., 2020).

4.4.6 Limitação do Estudo

Como limite deste estudo, aponta-se a sua realização em uma única região do Brasil que, avaliou-se um grupo específico de gestores. Entretanto, os resultados são significativos e podem servir como norteadores aos gestores e formuladores de políticas, no que tange às estratégias de aperfeiçoamento da gestão pré-natal de alto risco.

4.4.7 Considerações Finais

A ação social do cuidado PNAR foi compreendida por meio da necessidade de capacitação profissional, tendo como estratégias de ensino as oficinas de matriciamento, discussão de caso, suporte profissional conforme necessidade, dúvidas e atualização.

O tipo vivido do grupo social de gestores no PNAR, desvelou-se da importância da capacitação profissional contínua, quer seja no grupo de gestores, como no dos profissionais do cuidado direto. A bagagem de conhecimento na formação do gestor, demonstrou-se fundamental para o cargo exercido, com necessidade de aprimoramento contínuo, por meio de busca própria, capacitação, atuação na assistência direta, imersão do gestor em pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* e participação em grupo de pesquisa científica, ações em saúde que podem ser implementadas no contexto cotidiano do cuidado, independentemente de grandes investimentos econômicos.

Dentre os desafios no gerenciamento à capacitação profissional, revelou-se a inexistência de espaços direcionados ao aprimoramento da bagagem de conhecimento do próprio gestor, pouco acesso à divulgação de resultados de pesquisas, rotatividade de profissionais da APS, mudanças de diretrizes, cargos assumidos pelo gestor político sem conhecimento do processo saúde doença e poucas ações direcionadas à capacitação profissional.

Quanto às estratégias esperadas dos órgãos superiores, revelou-se a necessidade de investimento financeiro destinado à qualificação do gestor, assim como a expansão de ações em educação permanente para equipes da APS e SE, com vistas a melhorias assistenciais.

Foi marcante a importância de ações para o aprimoramento da bagagem de conhecimento, alcançando desta forma a reciprocidade de intenções, permeada pela relação face a face e pela identificação das necessidades específicas da gestante de AR. Salienta-se a importância das ações de educação permanente, para o alcance de melhorias assistenciais, buscando a matriz social do cuidado humano, ou seja, a situação biográfica, para o alcance da gestação e nascimento saudável.

Sugere-se novos estudos que investiguem a temática em questão, direcionados aos órgãos superiores da gestão PNAR de outras regiões do país, buscando aprofundamento e intervenções efetivas para melhoria da qualidade assistencial.

4.4.8 Referências

- AHN, R.; GONZALEZ, G. P.; ANDERSON, B., et al. Initiatives to Reduce Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity in the United States. **Ann Intern Med.**, v. 173, n. 11, 2020. Disponível em: <<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M19-3258>>. Acesso em: 21 set 2021.
- AMUDHA, P.; HAMIDAH, H.; ANNAMMA, K., et al. Effective Communication between Nurses and Doctors: Barriers as Perceived by Nurses. **J Nurs Care.**, v. 7, n. 3, p. 1-6, 2018. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/326080072-n-nurses-and-doctors-barriers-as-perceived-by-nurses-2167-1168-1000455>>. Acesso em: 21 mar 2021.
- AZEVEDO, S. J. S.; MOURA, L. K. S.; NASCIMENTO, C. M., et al. Perceptions of the managers of a university hospital about quality in health. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. 95, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/43697/pdf_1>. Acesso em: 05 jan 2022.
- BELTRAME, C. H.; BATISTA, F. F. A.; CALDEIRA, S., et al. Mothers' experience in following up their newborns: a phenomenological study. **Online braz. j. nurs.**, v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6270>>. Acesso em: 15 mar 2021.
- BRANDT, A. J.; BROWN, S.; CASSIANI, S. H. B., et al. Maternal health training priorities for nursing and allied health workers in Colombia, Honduras, and Nicaragua. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, n. 7, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2019.v43/e7/en>>. Acesso em: 10 out 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: guia para as secretarias estaduais e municipais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2021.
- CANCEDDA, C.; COTTON, P.; SHEMA, J., et al. Health Professional Training and Capacity Strengthening Through International Academic Partnerships: The First Five Years of the Human Resources for Health Program in Rwanda. **Int J Health Policy Manag.**, v. 7, n. 11, p. 1024-39, 2018. Disponível em: <https://www.ijhpm.com/article_3524_b08db13b92d2d6b9fa79bfc301b98fd5.pdf>. Acesso em: 21 mar 2021.
- EVANGELISTA, M. J. O.; GUIMARÃES, A. M. A. N.; DOURADO, E. M. R., et al. Planning and building Health Care Networks in Brazil's Federal District. **Cien Saude Colet.**, v. 24, n. 6, p. 2115-24, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KrXMY6P7LTtkwckj7xMMGXm/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 30 set 2021.
- FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1178-88, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/fpPZ8GnZ6XnPwC4Y9nhPYnM/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 21 mar 2021.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. **Cad Saude Publica**, v. 33, n. 2, e00118816, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33suppl2/e0011816/>>. Acesso em: 10 out 2021.

MANZINI, F.; DIEHL, E. E.; FARIAS, M. R., et al. Analysis of a Blended, In-Service, Continuing Education Course in a Public Health System: Lessons for Education Providers and Healthcare Managers. **Front Public Health**, v. 8, e561238, 2020. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.561238/full>>. Acesso em: 21 mar 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesq Qual**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 13 ago 2021.

MIRZAKHANI, K.; EBADI, A.; FARIDHOSSEINI, F., et al. Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 526, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-020-03190-6>>. Acesso em: 31 ago 2021.

MITENIECE, E.; PAVLOVA, M.; SHENGELIA, L., et al. Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study. **BMC Health Serv Res.**, v. 18, n. 631, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/%2010.1186/s1%202913-018-3432-z.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2021.

MONTEIRO, M. F. V.; BARBOSA, C. P.; VERTAMATTI, M. A. F., et al. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period in Ceará, Brazil. **BMC Health Serv Res.**, v. 19, n. 851, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-4566-3.pdf>>. Acesso em: 18 mar 2021.

OLIVEIRA, T. R.; BARBOSA, A. F.; ALVES, V. H., et al. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 29, e20190182, p. 1-6, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/QB9XVLqX65959W5YC6nzDbL/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 21 set 2021.

PIRES, D. E. P.; VANDRESEN, L.; FORTE, E. C. N., et al. Management in primary health care: implications on managers workloads. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180216, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/WvsWj7JWYvzwHkSSZ7fKxyj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jul 2021.

REIS, J. N.; CAMPOS, G. K. P.; RODRIGUES, L. A., et al. Classification of factors that interfere with the vaccination coverage of high-risk pregnant women in the Municipality of Colatina – ES. **Braz Journal Health Rev.**, v. 4, n. 1, p. 1440-53, 2021. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/23266/18699>>. Acesso em: 20 jul 2021.

SILVA, S. M. N. B.; BARAKAT, R. D. M.; DORES, C. C. C., et al. Integrated health management courses: an experience report from Ceará. **Braz J Hea Rev.**, v. 3, n. 1, p. 237-49, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/6099/5431>>. Acesso em: 30 set 2021.

SOARES, L. G.; HIGARASHI, I. H. Case management as a high-risk prenatal care strategy. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 3, p. 692-99, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/JpqvH67cTJX3HyknTkkzNDy/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 20 jul 2021.

SCHÜTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Buenos Aires: Vozes, 2012.

_____. **A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva**. Petrópolis: Vozes, 2018.

WITISKI, M.; MAKUCH, D. M. V.; ROZIN, L., et al. Communication barriers: perception of a healthcare team. **Cienc Cuid Saude**, v. 18, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988/751375140141>>. Acesso em: 22 jan 2022.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente investigação, permitiu avaliar e analisar a assistência PNAR nos serviços de atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada, assim como, apresentar estratégias para qualificação deste seguimento.

A assistência PNAR foi inadequada na maioria dos critérios analisados, entretanto, quando a assistência foi realizada na atenção primária concomitantemente com a atenção ambulatorial especializada, observou-se maior taxa para intervenções nutricionais, quanto a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso (96,9%); às medidas preventivas, no que concerne o registro dos exames de triagem sanguínea (98,2%); a avaliação materna e fetal, relacionada a sorologia hepatite B (97,3%), hemoglobina e hematócrito (96,0%) e glicose (95,5%), e para as intervenções do sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade da atenção pré-natal, quanto a realização de seis ou mais consultas pré-natal (94,6% - $p < 0,002$), registro de classificação de risco (75,8% - $p < 0,013$) e receber a informação sobre qual hospital buscar em caso de emergência (78% - $p \leq 0,000$).

No que concerne aos “motivos porque”, vivenciado no típico da ação na gestão PNAR, desvelou-se a incompletude dos registros em CPN, assim como a não realização de cuidados preconizados, fragilizando desta forma a comunicação entre os serviços e a continuidade ao cuidado com reciprocidade de intenções.

O estudo evidenciou o não acesso imediato a atenção ambulatorial especializada, sendo que o período aguardado foi de 15 dias (32,3%), 16 a 30 dias (27,9%), acima de 90 dias (9,4%) e (19,1%) não tiveram acesso ao serviço ambulatorial, estes revelados nos “motivos porque”, do cuidado exclusivo pela UBS durante o tempo de espera, a qual não está organizada para o atendimento de maior complexidade às necessidades inerentes da gestação de AR.

Dentre os obstáculos que influenciaram no período aguardado, revelou-se a insuficiência de vagas, incompletude ou não monitoramento dos dados e não atendimento dos critérios de encaminhamento, sendo estes, barreiras que atrasam o processo de encaminhamento, resultando no acesso tardio para a atenção ambulatorial especializada.

Diante dos limites assistenciais, identificou-se o gerenciamento das ações no PNAR, por meio da realização de capacitação à equipe multiprofissional da APS, a partir dos indicadores de mortalidade materno infantil, em estratégia de oficinas de matriciamento, discussão de caso, suporte profissional às dúvidas e atualizações de diretrizes.

Revelou-se ainda, os desafios para o aprimoramento profissional, vivenciada por escassez de ações de capacitação profissional, ausência de fóruns direcionados a resultados de pesquisas científicas, a rotatividade da equipe da APS e mudanças em diretrizes, fragilizando desta forma a produção do conhecimento, assim como, a continuidade das ações implementadas.

O estudo desvelou a bagagem de conhecimento incipiente, tanto por parte da equipe no que tange a capacitação, quanto por parte das gestantes que não recebem orientações sobre o seu itinerário de saúde e doença, e educação em saúde. As lacunas evidenciadas no presente estudo, estiveram relacionadas com a falta de reciprocidade de intenções, no que tange ao cuidar e ao cuidado, fragilizando a relação face a face, frente as necessidades específicas da assistência PNAR.

A pouca bagagem de conhecimentos revelada, assim como, a carência de tecnologias leves ou relacionais, interferem na resolubilidade das necessidades de saúde, seja na gestação, puerpério e nos cuidados com o recém-nascido. Evidenciou-se desta forma, falha na formação e capacitação para atuar com gestantes AR, bem como, a falta de interesses recíprocos entre a equipe de saúde, visando o cuidado qualificado e resolutivo.

Como estratégia a adequação da assistência PN, salienta-se a necessidade do acompanhamento gestacional realizado na UBS, e compartilhado com a atenção ambulatorial especializada, sendo esta uma estratégia para o alcance de maiores taxas de adequação no aperfeiçoamento assistencial. Revelou-se nos “motivos para”, a necessidade do fortalecimento da referência e contra referência para integração e continuidade do cuidado PNAR, alcançada por meio da atitude do próprio profissional, quanto a necessidade do registro, assim como a implantação do prontuário eletrônico interligado com os diversos níveis assistenciais, bem como o direito de acesso à saúde.

Nos “motivos para”, revelou-se ainda as estratégias a serem implementadas no tempo de espera a atenção ambulatorial especializada,

evidenciada do acompanhamento da gestante em serviço especializado, até a ocorrência de estabilização clínica, com continuidade do tratamento por meio da UBS, além disso, salienta-se a necessidade do aprimoramento dos critérios de encaminhamento de risco gestacional, almejando o encaminhamento correto e necessário a atenção ambulatorial especializada, assim como, a expansão das ações de capacitação aos profissionais da APS, buscando capacitar maior número de profissionais.

Os “motivos para” também desvelou-se no tipo vivido do grupo social de gestores, a necessidade do aprimoramento profissional contínuo, por meio de investimento financeiro de instâncias superiores, destinado à qualificação do próprio gestor, assim como, a necessidade de expansão das ações de educação permanente às equipes da APS e atenção ambulatorial especializada, com vistas a melhorias assistenciais. A bagagem de conhecimento na formação do gestor, demonstrou-se fundamental para o cargo exercido, com necessidade de aprimoramento contínuo, por meio de busca própria, prática assistencial, educação permanente e reflexões oriundas de grupo de pesquisa científica.

Foi marcante a importância de ações para o aprimoramento da bagagem de conhecimento, alcançando desta forma a intersubjetividade, ou seja, a reciprocidade de intenções, permeada da relação face a face, e da identificação das necessidades específicas da gestante de AR. Salienta-se as ações de educação permanente como estratégia de melhorias assistenciais, buscando o sentido comum, revelado na matriz social do cuidado humano, ou seja, a situação biográfica, para o alcance da gestação e nascimento saudável.

Ressalta-se que muitas das lacunas de educação em saúde e estratégias desveladas para o aprimoramento profissional, são dependentes exclusivamente da atitude profissional, podendo ser assumidas imediatamente in loco, com necessidade de apenas planejamento estratégico para sua execução.

Salienta-se, a necessidade da participação ativa de gestores municipais e estaduais para a implantação e implementação de políticas efetivas, ademais da necessidade dos cargos ocupados por tomadores de decisão, com formação em saúde pública, livre de interesses políticos, almejando melhorias assistenciais, por meio de políticas públicas efetivas e direcionadas para o acesso a atenção ambulatorial especializada.

Assim, faz-se necessário investir em tecnologias leves, ou seja, nos relacionamentos entre os membros da equipe, bem como, entre profissionais, gestantes e familiares, para que nessa reciprocidade de intenções possa se chegar ao principal objetivo, o cuidado resolutivo e qualificado.

Os resultados do presente estudo agruparam informações sob o olhar assistencial e do gerenciamento assistencial no PNAR, fornecendo desta forma um diagnóstico aos serviços que prestam assistência direta, indireta e às instâncias superiores, almejando implementação de políticas públicas direcionadas ao PNAR.

Sugere-se novos estudos que investiguem a temática em questão, utilizando outros métodos de estudo, como de intervenção com educação permanente aos profissionais da APS, buscando aprofundamento e intervenções efetivas à qualidade assistencial

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20--%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 02 jan 2019.

ARANTES, R. B.; ALVARES, A. S.; CORRÊA, A. C. P., et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 245-54, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSau de/article/view/22718/pdf_174>. Acesso em: 28 mar 2019.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada à Ciências Sociais**. São Paulo: UFSC, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2019.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 jan 2019.

_____. _____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 11 abr 2019.

_____. _____. Secretaria executiva. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 11 jan 2019.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do *near miss* da OMS para a saúde materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <<http://pesquisa.bvssalud.org/bvsvs/resource/pt/per-2761.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2019.

_____. _____. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. **Institui, diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 11 abr 2018.

_____. _____. Agência Brasil. **Importância do pré-natal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal>>. Acesso em: 10 nov 2019.

_____. _____. Secretaria executiva. **Ministério da saúde investe na redução da mortalidade materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>>. Acesso em: 18 nov 2018.

_____. _____. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: guia para as secretarias estaduais e municipais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2021.

CALDEIRA, S.; MERIGHI, M. A. B.; MUÑOZ, L. A., et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf>. Acesso em: 18 nov 2019.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Ideias Letras Santuário, 2008.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; SCHAURICH, D., et al. Contributions from Alfred Schütz's phenomenological sociology for nursing research - review article. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1446/383>>. Acesso em: 20 jan 2019.

CAMARGOS, L. F.; LEMOS, P. L.; MARTINS, E. L., et al. Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/ymZfnyGrVkpVf586zdxLDZq/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 jan 2022.

CARVALHO, G. A. F. L.; MENEZES, R. M. P.; ENDERS, B. C., et al. Meanings attributed to palliative care by health professional in the primary care context. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e5740016.pdf>>. Acesso em 20 fev 2019.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S., et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 25, n. 10, p. 717-24, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>>. Acesso em 10 jan 2022.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. S.; PUCCI, V. R., et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/>

view/36832/html>. Acesso em 10 jan 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B., et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-47, 2015. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=i so](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=i%20so)>. Acesso em: 27 out 2018.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças**. In: Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F. (Orgs). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap.7, p. 195-223.

ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS-NETO, E. T.; OLIVEIRA, A. E., et al. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n5/1735-1750/>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FEKADU, M.; REGASSA, N. Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. **African Health Sciences**. v. 14, n. 4, p. 974-84, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370080>>. Acesso em: 27 out 2018.

FAGBAMIGBE, A. F., IDEMUDIA, E. S. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. **Reproductive Health**. v. 12, n. 88, 2015. Disponível em: <<http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0081-0>>. Acesso em: 27 out 2018.

FARIAS, M. M. P. C.; SANTOS, A. A. P.; ARAÚJO, S. T., et al. Prenatal consultation associated with the best neonatal outcomes in a state in northeastern Brazil: a historical series. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, 2021. Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22601. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22601>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, T. R.; NEVES, R. G.; MIELKE, G. I., et al. Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n2/593-600/pt/>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

GOUDARD, M. J. F.; SIMÕES, V. M. F.; BATISTA, R. F. L. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1227- 38, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan 2019.

JESUS, M. C. P.; CAPALBO, C., MERIGHI, M. A. B., et al. The social

phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the Nursing. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 736- 41, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/reeusp/a/hLcpxVjMwdJC74hNhqfTVNg/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 20 nov 2018.

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F., et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 20, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/08/pt/>>. Acesso em: 10 jan 2022.

LEAL, M. C.; THEME FILHA, M. M.; MOURA, E. C. Prenatal and childbirth care for women using the public health system resident in Amazonia Legal and the Northeast Region of Brazil 2010. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan 2019.

LIVRAMENTO, D. V. P.; BACKES, M. T. S.; DAMIANI, P. R., et al. Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 jan 2022.

MALLMANN, M. B.; BOING, A. F.; TOMASI, Y. T., et al. Evolution of socioeconomic inequalities in conducting prenatal consultations among Brazilian parturiente women: analysis of the period 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/9cSHcRVQKmqhXKqgQz4NxTf/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 10 jan 2022.

MARIO, D. N.; RIGO, L.; BOCLIN, K. L. S., et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 3, p. 1223-32, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n3/1223-1232/en>>. Acesso em: 10 jan 2022.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N., et al. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 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: 10 fev 2019.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 677-83, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700677&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan 2019.

MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FERRARI, R. A. P., et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public servise. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 3, p. 204-11, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/0034-7167-reben-72-s3-0204.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 10 jan 2022.

MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P.; DOMINGOS, S. R. F., et al. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 1, p. 164-70, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169201100010002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesq Qual**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 13 ago 2021.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P., et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n.2, p. 252-61, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 27 out 2018.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M. Mixed methods in nursing research: application possibilities according to Creswell. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, e0560017, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/tce/a/MgZqzF7DmdTKhJrZk7QDSJQ/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 12 abr 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: <https://www.pago.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 27 jan 2019.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Newbury Park: Sage, 1990.

PEDRAZA, D. F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina grande, Paraíba. **Cad. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 460-7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X--cadsc-24-4-460.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PEREIRA, M. G. **Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar**. v. 1, n. 383. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

POLGLIANE, R. B. S.; LEAL, M. C.; AMORIM, M. H. C. Adaptation of the process of prenatal care in accordance with criteria established by the Humanization of Prenatal and Birth Program and the World Health Organization. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/14138123-csc-19-07-01999.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2019.

RODRIGUES, T. A.; PINHEIRO, A. K. B.; SILVA, A. A., et al. Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. **Rev baiana enferm**, v. 34, 2020. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/ae1d/812747fa4207129efbc462b2f6ba8902cbbf.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RODRIGUES, N. C. P.; MONTEIRO, D. L. M; ALMEIDA, A. S., et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. **Jornal de Pediatria.**, v. 92, n. 6, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com>>.

com/sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716300390?via%3Dihub>. Acesso em: 17 nov 2018.

RUIZ, L. K. F. T.; FRANCHI, J. V. O.; COLOMBO, N. C. R., et al. Prenatal care in public health services in the State of Paraná. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12543/11370>>. Acesso em: 10 jan 2022.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S., et al. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em: 12 abr 2019.

SARAIVA, R. J.; ROSAS, A. M. M. T. F.; RODRIGUES, B. M. D. G., et al. A fenomenologia sociológica de Alfred Schütz como método de pesquisa na enfermagem. **Saúde Coletiva**, v. 42, n. 8, 2018. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/4173/1/ermelindam_168a.pdf>. Acesso em: 10 mar 2019

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA-PR, 2012. Disponível em: <https://crianca.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiia.pdf>. Acesso em: 20 abr 2021.

_____. **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. 7. ed. Curitiba: SESA-PR, 2018. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>. Acesso em: 23 abr 2021.

SCHÜTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

_____. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Buenos Aires: Vozes, 2012.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.

TEIXEIRA, R. A.; FERRARI, R. A. P.; CALDEIRA, S., et al. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 1, p. 151-8, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0151.pdf. Acesso em: 06 de abr 2021.

TIMM, I. C.; RODRIGUES, A. M.; VALVERDE, A. M. et al. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Pelotas – RS. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 4, p. 3729-35, 2019. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2646/2654>>. Acesso em: 10 jan 2022.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T., et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. **Cad. Saúde**

Pública, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2019.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Caring and humanization: relationships and meanings. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 3, p.414-18, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/ape/a/MvcQR4bWHt4kcdD9DgyVCZh/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 10 jan 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>>. Acesso em: 10 jan 2019.

_____. _____. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>>. Acesso em: 10 jan 2021.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B., et al. Prenatal care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 1, p. 85-100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016,pdf>. Acesso em: 10 fev 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Gestação de Alto Risco: situações de *near miss* no ciclo gravídico puerperal materno e infantil”

Prezado Sra.

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “**Gestação de Alto Risco: situações de *near miss* no ciclo gravídico puerperal materno e infantil**”, a ser realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é conhecer a experiência vivenciada no seu período de gestação, parto e pós-parto, para melhorar a qualidade do atendimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista durante sua internação e cópia de alguns dados do seu prontuário, em dez dias faremos contato telefônico para saber como você e seu bebê estão e com 42 dias faremos uma visita em sua casa para acompanhar seu pós-parto e seu bebê.

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. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que 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 comigo. Meu nome é Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, moro na rua Tupi 329, meus telefones é 33047475 ou 91107207, email: macielalexandrina@gmail.com, 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. Londrina, _____ de _____ de 20__.

Pesquisador / RG

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

Participante da pesquisa

APÊNDICE B

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”

Prezado Sr.

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”, a ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde no Sul do Brasil. O objetivo da pesquisa é compreender o significado e a motivação para a ação no cuidado pré-natal de alto risco na perspectiva de profissionais que atuam em serviço público e construir um plano estratégico para a qualificação deste seguimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista individual e participação em grupo. 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. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado 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. Faremos o possível para auxiliá-lo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo ou tranquilizando e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento à gestante de alto risco. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato comigo. Meu nome é Fabiana Fontana Medeiros, moro na rua Alessandro Volta 70, meus telefones é 33278919 ou 991483493, email: fontana.fabi@hotmail.com, 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.

Londrina, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador / RG

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

Participante da pesquisa

APÊNDICE C

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”

Prezado Sr.

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”, a ser realizada na Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde. O objetivo da pesquisa é compreender o significado e a motivação para a ação no cuidado pré-natal de alto risco na perspectiva de profissionais que atuam em serviço público e construir um plano estratégico para a qualificação deste seguimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista individual e participação em grupo. 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. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado 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. Faremos o possível para auxiliá-lo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo ou tranquilizando e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento à gestante de alto risco. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato comigo. Meu nome é Fabiana Fontana Medeiros, moro na rua Alessandro Volta 70, meus telefones é 33278919 ou 991483493, email: fontana.fabi@hotmail.com, 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.

Londrina, _____ de _____ de 20__.

Pesquisador / RG

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

Participante da pesquisa

APÊNDICE D

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2 – Instituição C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”

Prezado Sr.

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”, a ser realizada no Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é compreender o significado e a motivação para a ação no cuidado pré-natal de alto risco na perspectiva de profissionais que atuam em serviço público e construir um plano estratégico para a qualificação deste seguimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista individual e participação em grupo. 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. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado 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. Faremos o possível para auxiliá-lo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo ou tranquilizando e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento à gestante de alto risco. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato comigo. Meu nome é Fabiana Fontana Medeiros, moro na rua Alessandro Volta 70, meus telefones é 33278919 ou 991483493, email: fontana.fabi@hotmail.com, 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.

Londrina, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador / RG

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

Participante da pesquisa

APÊNDICE E

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Etapa 2 – Instituição D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”

Prezado Sr.

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa “Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais”, a ser realizada no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema. O objetivo da pesquisa é compreender o significado e a motivação para a ação no cuidado pré-natal de alto risco na perspectiva de profissionais que atuam em serviço público e construir um plano estratégico para a qualificação deste seguimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista individual e participação em grupo. 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. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado 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. Faremos o possível para auxiliá-lo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo ou tranquilizando e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento à gestante de alto risco. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato comigo. Meu nome é Fabiana Fontana Medeiros, moro na rua Alessandro Volta 70, meus telefones é 33278919 ou 991483493, email: fontana.fabi@hotmail.com, 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.

Londrina, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador / RG

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

Participante da pesquisa

APÊNDICE F

APÊNDICE F - Termo de Sigilo e Confidencialidade

Eu Prof^a. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli e as mestrandas Izabel Dayana de Lemos Santos e Fabiana Fontana Medeiros, brasileiras, casadas, docente e alunas de pós-graduação- Mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, assumimos o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Gestação de Alto Risco**: Situações de *near miss* no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal” a que tiver acesso nas dependências do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ciência da Saúde, sub-unidade CCS e na PROGRAD, unidade UEL.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;

2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;

3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;

4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas,

desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada. A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, ____ / ____ /20 ____.

Prof^a. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Enf^a Izabel Dayana de Lemos Santos

Enf^a Fabiana Fontana Medeiros

Docente e alunas de pós-graduação - Mestrado em enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina

Cel: (43) 991107207

APÊNDICE G

APÊNDICE G - Instrumento de Registro de Dados – Etapa 1 – Dados Quantitativos

COLETA DE DADOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
I. Aspectos Sociodemográficos			
1. Idade:	_____ anos.		Entrevista
2. Raça autodeclarada:	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		Entrevista
3. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro		Entrevista
4. Localidade de residência:	(1) Zona rural (2) Zona urbana		Entrevista
5. Cidade:	_____		Entrevista
6. Número de filhos:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) Mais que 4		Entrevista
7. Escolaridade:	(1) Analfabeta (<i>até 4 anos de estudo</i>) (2) Ensino fundamental completo (<i>8 anos</i>) (3) Ensino fundamental incompleto (4) Ensino médio completo (<i>11anos</i>) (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino superior completo (7) Ensino superior incompleto		Entrevista
8. Ocupação:	(1) SIM (2) NÃO (1) Remunerada Qual atividade exerce? _____ (2) Não remunerada		Entrevista
9. Renda familiar	R\$ _____		Entrevista
II. Dados Obstétricos			
10. N° de gestações anteriores:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
11. N° de partos normais:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
12. N° de cesarianas:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
13. N° Aborto	(1) SIM (2) NÃO N°: _____ IG: _____	(1) (2)	CPN/ Entrevista
14. Intervalo entre uma gestação e outra?	(1) < 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) > 2 anos (4) não se aplica	(1) (2) (3) (4)	Entrevista
III. Antecedentes Clínicos			
15. Antecedentes Clínicos anteriores a gestação atual	(1) SIM (2) NÃO (1) HAS. (2) DM. (3) Cardiopatia. (4) Pré-eclâmpsia/Eclampsia. (5) Doença Tireoide (6) Lúpus eritematoso (7) Infecção do trato urinário.	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)	Entrevista

	(8) Doença Mental. (9) Distúrbios de coagulação (10) Outro	(9) (10)	
16. Medicamentos de uso contínuo:	(1) SIM (2) NÃO (1) Anti-hipertensivo (2) Anticoagulante (3) Anticonvulsivante (4) Corticóide (5) Diurético (6) Insulina (7) outros Quais? _____.	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	Entrevista
IV. Assistência Pré-Natal de Risco (gestação atual)			
17. Realizou Pré-Natal	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	(1) (2)	Entrevista
18. Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2) Convênio /particular (3) UBS + convenio/particular (4) UBS + ambulatório especializado (5) Outro Qual? _____	(1) (2) (3) (4) (5)	Entrevista
19. Procedência	UBS Londrina _____ Outra cidade (cidade/ local PN) _____ Outro estado- _____ (99) não se aplica		Entrevista
20. Você sabe por que foi encaminhada para acompanhamento de gestação de alto risco?	(1) Sim (2) Não Qual?- _____	(1) (2)	Entrevista
21. Tempo de espera para início do acompanhamento ambulatorial:	_____ Dias		Entrevista
22. Visitou a maternidade na rotina do pré-natal?	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Entrevista
23. Possui CPN	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Entrevista
24. Classificação de risco da gestante está presente no cartão de pré-natal?	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	CPN
25. Você continuou sendo acompanhada pela UBS de origem, mesmo depois do encaminhamento para alto risco?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	(1) (2)	Entrevista
26. Nº USG realizada no 1º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG _____	(1) (2) (3) (4)	CPN
27. Nº USG realizada no 2º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG	(1) (2) (3) (4)	CPN

28. Nº USG realizada no 3º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG	(1) (2) (3) (4)	CPN
29. Data da última menstruação (DUM):	(1) CPN ____ / ____ / ____ (2) Entrevista ____ / ____ / ____	(1) (2)	CPN / Entrevista
30. Idade gestacional pela 1ª USG:	_____ semanas. (88) sem registro		CPN
31. Idade gestacional pela DUM:	_____ semanas.		CPN
32. Data provável do parto (DPP)	_____ semanas. (88) sem registro		CPN
33. Consulta de odontologia:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais (4) nenhuma consulta Se 4 por que? _____	(1) (2) (3) (4)	CPN / Entrevista
34. Durante o pré-natal participou de grupos de gestantes	(1) Sim Local _____ (2) Não Por quê? _____	(1) (2)	Entrevista
35. Início do PN:	(1) ≤ 12ª sem. (2) 13ª - 27ª sem. (3) > 27ª sem.	(1) (2) (3)	CPN
36. Nº de consultas:	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
37. BCF	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
38. Anotação de Altura Uterina	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
39. Peso materno	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
40. Pressão arterial:	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
41. Anotação de Idade Gestacional	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
42. Apresentação fetal	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN
43. Situação fetal	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN

44. Tipagem ABO/Fator Rh	(1) 1 registro (2) não coletou (88) S/registro	(1) (2) (88)	CPN
45. Glicemia	(1) 1 registro (2) 2 ou mais registros (88) S/registro	(1) (2) (88)	CPN
46. Hemoglobina (Hb)/ Hematócrito (Ht)	(1) 1 registro ou mais (2) não coletou	(1) (2)	CPN
47. VDRL	(1) SIM (2) NÃO Qual trimestre? _____	(1) (2)	CPN
48. Urina I e urocultura	(1) 1 registro (2) 2 ou mais registros (88) S/registro	(1) (2) (88)	CPN
49. Streptococcus do grupo B	(1) Positivo (2) Negativo (3) Não coletou (88) S/ registro	(1) (2) (3) (88)	CPN
50. GTTs	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro	(1) (2) (88)	CPN
51. HIV	(1) SIM (2) NÃO Qual trimestre?	(1) (2)	CPN
52. Hepatite B:	(1) Presente (88) S/ registro	(1) (88)	CPN
53. Toxoplasmose	(1) IgG () Reagente () Não reagente (2) IgM () Reagente () Não reagente (88) S/ registro	(1) (2) (88)	CPN
54. Eletroforese de hemoglobina	(1) Presente (88) S/ registro	(1) (88)	CPN
55. Vacinação anti-tetânica:	(1) Sim (2) Não (3) Incompleto	(1) (2) (3)	CPN
56. Vacinação dTpa	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	CPN
57. Vacinação hepatite B:	(1) Esquema correto (2) esquema incorreto	(1) (2)	CPN
58. Vacina de gripe:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	CPN
59. Coleta de Colpocitologia Oncótica	(1) Colhido preventivo no pré-natal (2) Já havia colhido anterior a gravidez num período menor de 1 ano (3) Não realizou. Por quê? -	(1) (2) (3)	Entrevista
60. Uso de ácido fólico e sulfato ferroso	(1) Sim (2) Não, por quê? _____	(1) (2)	Entrevista
61. Problemas detectados durante o pré-natal relatados pela mulher:	1) Sim (2) Não Qual? _____ _____	(1) (2)	Entrevista

62. Problemas detectados durante o pré-natal anotados em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	(1) Sim (2) Não Qual? _____	(1) (2)	CPN
63. Orientações recebidas no pré-natal	(1) Aleitamento Materno (2) Alimentação durante a gestação/ Peso (3) Evolução da gravidez /Desenvolvimento do feto (4) Tipo de parto (5) Uso de medicação na gestação (6) Doenças na gestação (7) Patologia específica (8) Educação sexual e prevenção de DST (9) Atividade física durante a gestação (10) Mudanças físicas e emocionais na gravidez (11) Resultado de exames (12) Acompanhamento puerperal (13) Autocuidado (14)Outro Qual? _____ —	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)	Entrevista
64. Patologia prévia à gestação anotada em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	1) Sim (2) Não Qual? _____ —	(1) (2)	CPN
65. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto?	(1) 0-15 dias (4) 46-60 dias (2) 16-30 dias (5) Mais que 60 dias (3) 31-45 dias	(1) (2) (3) (4) (5)	CPN/ Entrevista
66. Foi informada que hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim (2) Não Qual? - _____	(1) (2)	Entrevista

V. Condições da Internação

		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)	
67. Determinantes Primários de Near Miss	(1) Hemorrágicos (2) Infecciosos (3) Hipertensivas (4) Aborto (5) Agravo Clínico (6) Neurológico (7) Cardiovascular (8) Respiratório (9) Metabólico (10) Renal (11) Hepático (12) Hematológico (13) IST (14) Outros Qual? _____		Prontuário
68. Qual origem do encaminhamento:	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) Consultório médico (5) HC (6) Outro Qual?	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	Entrevista

69. Como foi o transporte?	(1) Ambulância (2) carro particular (3) Outros Quais? _____	(1) (2) (3)	Entrevista
VI. Condições Maternas no Parto			
70. Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator). (3) Cirurgia cesárea	(1) (2) (3)	Prontuário
71. Idade gestacional da realização do parto	_____ semanas.		Prontuário
ACOMPANHAMENTO NO PUERPÉRIO PRECOCE - ATÉ 10 DIAS DO PÓS-PARTO (CONTATO TELEFÔNICO OU ENTREVISTA EM AMBIENTE HOSPITALAR SE MÃE OU BEBÊ INTERNADOS)			
VII Seguimento do Puerpério Imediato			
72. Você retornou para a revisão puerperal precoce na primeira semana do pós-parto?	(1) Sim (2) Não, Por quê? (passar para questão _____)		Telefone/ Entrevista
ACOMPANHAMENTO NO PUERPÉRIO TARDIO - ATÉ 42 DIAS DO PÓS-PARTO (CONTATO TELEFÔNICO OU VISITA DOMICILIAR)			
VIII Seguimento do Puerpério Tardio			
73. Foi realizada avaliação/consulta de revisão puerperal precoce (uma semana após parto ou alta da maternidade)?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____		Telefone/ Entrevista
74. Local que realizou a avaliação/consulta puerperal (uma semana após o parto)	(1) UBS (2) Ambulatório especializado (3) convênio/particular (4) Visita Domiciliar (5) outro _____ (6) não realizou. Por quê? _____		Telefone/ Entrevista
75. Quem realizou a avaliação/consulta?	(1) Médico G.O. (2) Téc. de enfermagem (3) Enfermeiro (4) Agente comunitário (5) Residente Enfermagem (6) Outro _____.		Telefone/ Entrevista
76. Quantos dias após o parto foi realizada a 1ª avaliação/consulta	(1) até 7 dias (2) de 8 a 15 dias (3) 16 a 30 dias (4) 31 e mais dias		Telefone/ Entrevista
77. Agendaram a revisão puerperal tardia na UBS:	(1) Sim (2) Não, Por quê? _____		Telefone/ Entrevista
78. Realizou a revisão puerperal tardia (30- 40 dias pós-parto) na UBS:	(1) Sim (2) Não, Por quê? _____		Telefone/ Entrevista

<p>79. Qual profissional realizou o atendimento na revisão puerperal tardia?</p>	<p>(1) Médico G.O. (2) Téc. de enfermagem (3) Enfermeiro (4) Agente comunitário (5) Residente Enfermagem (6) Outro _____.</p>	<p>Telefone/ Entrevista</p>
<p>80. Você esta fazendo uso de sulfato ferroso?</p>	<p>1) Sim (2) Não, por quê? _____</p>	<p>Telefone/ Entrevista</p>
<p>81. Foi inscrita no programa de planejamento familiar?</p>	<p>(1) Sim (2) Não (3) Não Sabe</p>	<p>Telefone/ Entrevista</p>
<p>82. Em uso de método contraceptivo?</p>	<p>(1) Sim (2) Não Qual? _____</p>	<p>Telefone/ Entrevista</p>
<p>83. Onde foi ofertado o método contraceptivo?</p>	<p>1) Ambulatório (HC) (2) UBS (3)Outro _____</p>	<p>Telefone/ Entrevista</p>
<p>84. Por que procurou a UBS após o parto?</p>	<p>1) Planejamento familiar (2) Dentista (3) Ginecologista (4) Pediatra (5) Puericultura (6) Hipertensão arterial (7) Diabetes gestacional Outros quais? _____</p>	<p>Telefone/ Entrevista</p>

APÊNDICE H

APÊNDICE H - Instrumento de Registro de Dados Qualitativos (caracterização profissional) – Etapa 2

Entrevistado: _____ Data da entrevista ____ / ____ / ____ Entrevista n°: _____

Instituição Profissional: (1) Secretaria Municipal de Saúde no Sul do Brasil
 (2) Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde
 (3) Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Londrina
 (4) Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

Vínculo: (1) Servidor público
 (2) Celetista
 (3) Terceirizado
 (4) Outro. Qual _____

1. Cargo Profissional de Contato Indireto : (1) Diretor
 (2) Gestor
 (3) Coordenador
 (4) Outro. Qual _____
 (99) Não se aplica

2. Categoria Profissional: (1) Médico Generalista (MG) (6) Psicólogo (P)
 (2) Médico Obstetra (MO) (7) Residente Medicina (RM)
 (3) Enfermeiro Generalista (EG) (8) Residente Enfermagem (RM)
 (4) Enfermeiro Obstetra (EO) (9) Outro. Qual _____
 (5) Nutricionista (N)

3. Nível de instrução: (1) Graduação concluída (6) Mestrado em andamento
 (2) Especialização concluída (7) Doutorado concluído
 (3) Especialização em andamento (8) Doutorado em andamento
 (4) Mestrado concluído (9) Outro. Qual _____

4. Tempo de formação da graduação em anos: _____ (99) Não se aplica

5. Instituição de formação: _____

6. Participou de evento científico recentemente? (1) Sim (2) Não

6.1 Se sim, qual? _____

6.2 Ano do evento: _____

7. Carga horária semanal neste serviço	(1) 42 h	(4) 20 h
	(2) 40 h	(5) Abaixo de 20 h
	(3) 30 h	(6) Outra. Qual: _____
8. Possui outro vínculo profissional	(1) Sim	(2) Não
8.1 Qual outro vínculo profissional	(1) Consultório próprio	(6) Prestador de serviço
	(2) Hospital	(7) Docente em instituição pública
	(3) Plantonista Hospitalar	(8) Docente em instituição privada
	(4) UBS	(9) Outro. Qual _____
	(5) Ambulatório empresarial	
8. Carga horária total trabalhada semanal:	(1) 42 h	(5) Abaixo de 20 h
	(2) 40 h	(7) 43 h - 50 h
	(3) 30 h	(8) Acima de 50 h
	(4) 20 h	(9) Outra. Qual: _____

APÊNDICE I

Roteiro para entrevista (questões norteadoras) – Etapa 2 – Dados Qualitativos

- 1) Como planeja o cuidado à gestante de alto risco?
- 2) Quais ações você desenvolve no seguimento pré-natal de alto risco?
- 3) Como você percebe sua formação para a prática profissional vivenciada no cuidado à gestante de alto risco?
- 4) Como você percebe a assistência pré-natal à gestante de alto risco?
- 5) O que você acredita que poderia ser implementado neste cuidado?
- 6) Qual estratégia você acredita que poderia ser implementada no acompanhamento pré-natal à gestante de alto risco?
- 7) O que você espera dos órgãos/setores responsáveis nesse seguimento para a continuidade das suas ações de cuidado no pré-natal de alto risco?
- 8) Gostaria de discorrer sobre algo mais que não foi contemplado nessa entrevista e que é relevante para você na temática proposta?

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO A – Quadro com critérios para estratificação de risco gestacional

Risco habitual
<p>Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idade entre 16 e 34 anos ● Aceitação da gestação <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intervalo interpartal maior que 2 anos <p>Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.</p>
Risco intermediário
<p>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos ● Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse ● Indícios ou ocorrência de violência ● Situação conjugal insegura ● Insuficiência de apoio familiar ● Capacidade de autocuidado insuficiente ● Não aceitação da gestação ● Baixa escolaridade (<5 anos de estudo) ● Tabagismo ativo ou passivo ● Uso de medicamentos teratogênicos ● Altura menor que 1,45m ● IMC <18,5 ou 30-39kg/m² ● Transtorno depressivo ou de ansiedade leve ● Uso de drogas lícitas e ilícitas ● Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola ● Mulher de raça negra ● Outras condições de saúde de menor complexidade <hr/> <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia) ● Malformação ● Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos) ● Diabetes gestacional ● Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade ● Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal ● Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal) ● Intervalo interpartal <2 anos <hr/> <p>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite ● Ganho de peso inadequado ● Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita) ● Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)
Alto risco
<p>Características individuais e condições socioeconômicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas ● Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥40kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)

Condições clínicas prévias à gestação:

- Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras
- Hipertensão arterial crônica
- Diabetes mellitus 1 e 2
- Doenças genéticas maternas
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)
- Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)
- Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos)
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo)
- Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras collagenoses)
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos)
- Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez
- Transplantes
- Cirurgia bariátrica

História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência cervical
- Infertilidade
- Acretismo placentário
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP
- Prematuridade anterior

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Gestação múltipla
- Gestação resultante de estupro
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de ITU baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite
- Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS
- Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrosomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico
- Insuficiência istmo cervical
- Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento
- Hemorragias na gestação
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante
- Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado
- Outras condições de saúde de maior complexidade

Alto risco com situações especiais:

- Gestação múltipla monicoriônica
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

ANEXO B

ANEXO B – Estudo 2 publicado – Tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco: estudo de método misto

Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e16611124626, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24626>

Tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco: estudo de método misto

Waiting time for specialized outpatient access in high-risk prenatal care: a mixed-method study

Tiempo de espera para el acceso ambulatorio especializado en atención prenatal de alto riesgo: un estudio de métodos mixtos

Recebido: 10/12/2021 | Revisado: 18/12/2021 | Aceito: 22/12/2021 | Publicado: 04/01/2022

Fabiana Fontana Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7876-572X>
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
E-mail: fontana.fabi@hotmail.com

Izabel Dayana de Lemos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3559-5350>
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
E-mail: izabellemos87@hotmail.com

Juliana Vicente de Oliveira Franchi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9441-7736>
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
E-mail: jolliveira@yahoo.com.br

Sebastião Caldeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2827-1833>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: calenf3@gmail.com

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
E-mail: ropimentaferri@uel.br

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0222-8821>
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
E-mail: macielalexandrina@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar o tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco. Metodologia: estudo de método misto com desenho explanatório sequencial. Na etapa quantitativa realizou-se um estudo transversal analítico com 319 puérperas durante sua internação hospitalar, utilizando instrumento semiestruturado e entrevista, seguido de análise descritiva e analítica por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). Na fase qualitativa o estudo direcionou-se pela Fenomenologia Social com 13 gestores da assistência indireta no pré-natal de alto risco, por meio de entrevista audiogravada face a face e analisados à luz da Fenomenologia Social. Resultados: o período aguardado para acesso ao serviço especializado foi de 15 dias (32,3%), 16 a 30 dias (27,9%), acima de 90 dias (9,4%) e (19,1%) não tiveram acesso ao serviço ambulatorial. Os resultados demonstraram como fatores que influenciam no tempo de espera: insuficiência de vagas, incompletude ou não monitoramento das informações e não atendimento aos critérios de encaminhamento. Os gestores apontaram que a equipe de saúde precisa ter bagagem de conhecimento suficiente para desenvolver suas ações com reciprocidade de intenções no processo cuidar e do cuidado. Conclusão: a primeira consulta em serviço especializado ocorre em tempo prolongado e algumas mulheres não conseguem nem mesmo o acesso ao serviço, resultando no cuidado exclusivo da atenção primária, a qual não está organizada para assumir o cuidado exclusivo à gestante de alto risco.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Encaminhamento e consulta; Assistência pré-natal, Gestação de alto risco; Gestão de serviços de saúde; Assistência integral à saúde.

Abstract

Objective: to analyze the waiting time for specialized outpatient access for high-risk prenatal care. Methodology: mixed method study with sequential explanatory design. In the quantitative stage, an analytical cross-sectional study was carried out with 319 postpartum women during their hospital stay, using a semi-structured instrument and interview, followed by descriptive and analytical analysis using the Chi-square test ($p \leq 0,05$). In the qualitative phase, the study was guided by Social Phenomenology with 13 managers of indirect assistance in high-risk prenatal care, through an audio-recorded face-to-face interview and analyzed in the light of Social Phenomenology. Results: the

waiting period for accessing the specialized service was 15 days (32,3%), 16 to 30 days (27,9%), over 90 days (9,4%) and (19,1%) not had access to the outpatient service. The results showed as factors that influence the waiting time: insufficient vacancies, incomplete or non-monitoring of information and non-compliance with the referral criteria. The managers pointed out that the health team needs to have enough knowledge to develop their actions with reciprocal intentions in the care and care process. Conclusion: the first consultation in a specialized service takes place over a long period of time and some women cannot even access the service, resulting in exclusive care in primary care, which is not organized to assume exclusive care for high-risk pregnant women.

Keywords: Health services accessibility; Referral and consultation; Prenatal care; Pregnancy, high-risk; Health services administration; Comprehensive health care.

Resumen

Objetivo: analizar el tiempo de espera para el acceso ambulatorio especializado para atención prenatal de alto riesgo. **Método:** estudio de método mixto con diseño explicativo secuencial. En la etapa cuantitativa, se realizó un estudio analítico transversal con 319 puérperas durante su estadía hospitalaria, mediante instrumento semiestructurado y entrevista, seguido de análisis descriptivo y analítico mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p \leq 0,05$). En la fase cualitativa, el estudio fue guiado por Fenomenología Social con 13 gestores de asistencia indirecta en atención prenatal de alto riesgo, a través de una entrevista presencial grabada en audio y analizada a la luz de la Fenomenología Social. **Resultados:** el tiempo de espera para acceder al servicio especializado fue de 15 días (32,3%), de 16 a 30 días (27,9%), superior a 90 días (9,4%) y (19,1%) no tuvo acceso al servicio ambulatorio. Los resultados mostraron como factores que influyen en el tiempo de espera: vacantes insuficientes, información incompleta o sin seguimiento e incumplimiento de los criterios de derivación. Los gestores señalaron que el equipo de salud necesita tener los conocimientos suficientes para desarrollar sus acciones con intenciones recíprocas en el proceso de atención y cuidado. **Conclusión:** la primera consulta en un servicio especializado se da por un período prolongado y algunas mujeres ni siquiera pueden acceder al servicio, lo que resulta en una atención exclusiva en la atención primaria, que no está organizada para asumir la atención exclusiva de gestantes de alto riesgo.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud; Derivación y consulta; Atención prenatal; Embarazo de alto riesgo; Administración de los servicios de salud; Atención integral de salud.

1. Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução, na maioria dos casos, ocorre sem intercorrências, entretanto, algumas gestantes por serem portadoras de alguma doença podem apresentar agravos, com maior probabilidade de evolução desfavorável, colocando em risco a saúde materna ou fetal, fato este que transforma a gravidez em uma gestação de alto risco (AR) (Mirzakhani et al., 2020; Brasil, 2019).

Ao longo dos anos, o Brasil tem investido na qualificação da atenção materno-infantil, observada por meio da instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantação da Rede Cegonha e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), os quais orientam as práticas assistenciais e organizam os serviços de saúde, sendo destaque em políticas públicas por meio da queda da mortalidade materna e infantil no país (Sanine et al., 2019).

Não obstante, ainda persistem alta as taxas de mortalidade materna, sendo esta uma preocupação de saúde mundial (Phommachanh et al., 2019; Balsells et al., 2018). Entre 2000 e 2017 a taxa de mortalidade materna manteve-se inaceitavelmente alta, apresentando uma queda de apenas 38% no mundo, cerca de 810 mulheres morreram todos os dias, somando 295.000 mortes relacionadas a gravidez e parto em 2017, sendo estas por causas evitáveis (Who, 2019).

A atenção pré-natal (PN) tem como finalidade a redução da morbimortalidade materna e infantil (Tomasí et al., 2017). Entretanto há importantes dificuldades organizacionais (Guimarães et al., 2018). A maioria das mortes maternas poderiam ser evitadas por meio da prevenção ou do gerenciamento de complicações (Who, 2019). Nesse sentido o PN deve envolver ações resolutivas e acolhedoras, por meio da coordenação e do acesso oportuno à rede de Atenção Primária à Saúde (APS), assim como a outros níveis de atenção na rede de serviços de saúde (Guimarães et al., 2018).

Estudos tem avaliado a assistência PN enfocando a cobertura na rede de APS, entretanto pouco se sabe sobre o acesso à assistência pré-natal de alto risco (PNAR) em serviço especializado (SE) (Fernandes et al., 2020). Sendo assim, compreender o seguimento assistencial à gestante de AR, é fundamental para elucidar ações implementadas ou que poderiam ser realizadas

para o aperfeiçoamento assistencial, assim como, identificar as lacunas destes serviços, favorecendo a implementação de protocolos regionais com ações em políticas públicas de saúde direcionadas à gestação de AR.

Considerando a vulnerabilidade da gestação de AR para maiores agravos maternos e neonatais, o presente estudo tem como objetivo analisar o tempo de espera ao acesso ambulatorial especializado no pré-natal de alto risco.

2. Metodologia

Estudo misto com desenho sequencial explanatório, de abordagem quantitativo-qualitativo. Define-se estratégia sequencial explanatória em duas etapas, composta inicialmente por coleta de dados quantitativos, posteriormente análise dos resultados quantitativos e finalmente, planeja-se a segunda fase qualitativa, a partir dos dados quantitativos, follow-up por meio de entrevistas qualitativas, alicerçados na Fenomenologia Social de Alfred Schütz para explicação de respostas confusas, contraditórias ou incomuns (Creswell, 2021).

A etapa quantitativa foi realizada em uma maternidade pública no Sul do Brasil, referência para o parto de AR e a etapa qualitativa foi realizada no ambiente de trabalho dos participantes, sendo estes: Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, PR, Brasil; Secretaria Estadual de Saúde da 17ª Regional de Saúde, Londrina, PR, Brasil; Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil e o Consórcio Intermunicipal de Saúde Paranapanema, Londrina, PR, Brasil.

A coleta de dados quantitativa foi realizada no período de outubro de 2016 a agosto de 2017 e a etapa qualitativa foi realizada entre janeiro a março de 2020 por meio de entrevista individual. Na fase quantitativa, realizou-se estudo transversal analítico com puérperas internadas para realização do parto e a etapa qualitativa foi composta por gestores que realizam assistência indireta no PNAR.

Na fase quantitativa os critérios de inclusão foram: mulheres que estivessem no puerpério imediato e internadas na maternidade em estudo, sem comprometimento intelectual e apresentar no mínimo um critério de *near miss* materno definido pela Organização Mundial de Saúde (Who, 2011). Mulheres que estivessem internadas somente para tratamento clínico foram excluídas do estudo. Para os critérios de inclusão à fase qualitativa, considerou-se profissionais que atuassem no planejamento do acompanhamento à gestante de AR, elegeu-se ainda um tempo mínimo de 60 dias no cargo de gestão.

Para definição do cálculo amostral dos dados quantitativos, considerou-se 1.447 atendimentos realizados no ano de 2015 na instituição pesquisada, com média mensal de 121 mulheres, margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, estabelecendo número amostral de 319 mulheres, em concordância com fórmula de (Barbetta, 2012). Na fase qualitativa, utilizou-se amostragem intencional, por meio da identificação dos gestores envolvidos no cuidado indireto à gestante de AR, em serviços de APS e SE ambulatorial no PNAR. Não foi definido *a priori* o número de participantes, considerou-se os critérios de inclusão à composição da amostra, assegurando-se a participação dos gestores de todas as instituições pesquisadas, sendo as entrevistas encerradas na repetição dos conteúdos originados das falas e alcance do objetivo proposto, obtendo amostra de 13 participantes, identificados pela letra G (Gestor), seguida da numeração de 1 a 13.

A etapa 1 dispôs das seguintes fases: identificação das mulheres com critério de *near miss* materno, consulta e transcrição dos registros em cartão PN, prontuário hospitalar e entrevista no pós-parto durante a internação hospitalar. Utilizou-se instrumento semiestruturado para o registro dos dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos. A coleta de dados da etapa quantitativa foi realizada pela própria pesquisadora com formação *stricto sensu*, e um grupo de acadêmicos e pós-graduandos *lato sensu* e *stricto sensu*, capacitados previamente à coleta de dados. Coletou-se diariamente os dados até a composição da amostra.

A etapa qualitativa teve como referencial teórico metodológico a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, por proporcionar a compreensão do significado da gestão PNAR, bem como dos motivos da ação humana que ocorre no mundo da

vida, frente aos limites assistenciais, quer sejam, por bagagem de conhecimentos insuficiente, ausência de tecnologias leves relacionais no âmbito do cuidar e do cuidado com falhas nas intenções recíprocas para as ações de cuidado e sua resolubilidade, assim como as ações que podem ser implementadas para o aperfeiçoamento assistencial (Schütz, 2012).

A sequência do protocolo da fase qualitativa foi composta por: identificação do gestor envolvido no cuidado indireto à gestante de AR, realizou-se este levantamento por equipe administrativa. Após a identificação do gestor, realizava-se o agendamento da entrevista com a secretária do gestor ou com o próprio gestor, de acordo com a disponibilidade do participante e no próprio local de trabalho do entrevistado. Os relatos foram coletados por entrevista aberta e gravada, cada entrevista teve média de duração de cinquenta minutos, utilizando as seguintes questões norteadoras: Como planeja o cuidado à gestante de AR? Qual estratégia você acredita que poderia ser implementada no acompanhamento PNAR?

A coleta dos dados qualitativos foi realizada pela própria pesquisadora com formação *stricto sensu*, a qual aprofundou-se do referencial teórico e metodológico adotado.

Os dados quantitativos foram digitados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0*, com análise descritiva e analítica por meio do teste Qui-quadrado, para busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre as variáveis independentes e a dependente “tempo de espera ao acesso à primeira consulta no serviço especializado (SE)”. Após análise quantitativa da assistência PNAR, identificou-se lacunas no acesso ao serviço ambulatorial de referência, emergindo a necessidade de investigação do fenômeno gerenciamento do acesso ao cuidado ambulatorial à gestante de AR, ocorrendo seguimento a etapa qualitativa.

A organização e análise dos dados da fase qualitativa seguiu os princípios teóricos e metodológicos da Fenomenologia Social, sendo estes: leitura acurada de cada relato, obtendo as unidades de sentido da experiência vivida; agrupamento dos aspectos significativos à composição das categorias; análise das categorias, elencando os “motivos porque” que retratam as ações já vivenciadas e expressas e os “motivos para” compondo ações futuras, resultando na categorização dos dados e a compreensão do fenômeno à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (Beltrame et al., 2019). Realizou-se correção na transcrição das falas dos depoentes quanto ao português editado à norma culta, não modificando o sentido das falas dos participantes.

Para elucidar a qualidade das informações contidas no instrumento de coleta de dados, elegeu-se a realização de teste piloto com seis puérperas (dados quantitativos) e um gestor (dados qualitativos), sendo realizadas as correções necessárias. Ocorreram conferências manuais e diárias dos questionários preenchidos da fase quantitativa, com a finalidade de conferir questões que não estivessem respondidas, e quando necessário, foi realizado novo contato com a puérpera, no hospital ou por telefone, obtendo as respostas necessárias à pesquisa.

O estudo cumpriu todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos, sendo que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas duas etapas da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o nº 3.660.461/UEL, em 24 de outubro de 2019 CAAE nº 1597619.5.0000.5231.

3. Resultados

Na fase quantitativa houve predomínio de puérperas que moravam em área urbana (92,5%), pouco mais da metade residiam no mesmo município do acompanhamento PN em SE (59,9%), com faixa etária de idade reprodutiva 20-35 anos (70,5%) e extremos da idade (29,5%). A maior parcela autodeclarou-se branca (57%), parda ou negra (43%), com companheiro (86,8%) e mais da metade (57,7%) das mulheres não apresentavam trabalho com remuneração. Ao analisar os dados obstétricos, (38,3%) eram primíparas e (32,9%) secundíparas, a maioria (70,1%) realizou acompanhamento PN na APS

concomitantemente com SE, (18,9%) teve o acompanhamento PN somente na APS e (11%) meramente no SE e quanto a via de parto houve predomínio da cesariana (60,2%).

Quanto ao tempo de espera para primeira consulta no ambulatório especializado em gestação de alto risco, somente 32,3% foram encaminhadas até 15 dias e 27,9% tiveram espera entre 16 a 30 dias. Ressalta-se que dentre as puérperas que tiveram seu parto em maternidade de alto risco 19,1% não conseguiram acessar o serviço especializado durante seu acompanhamento pré-natal, tendo como justificativas, a ocorrência do parto durante a espera do serviço especializado e o encaminhamento para o alto risco no final da gestação. Salienta-se que 6,3% das mulheres tiveram acesso ao serviço até dois meses após o encaminhamento, 5,0% aguardaram até três meses e 9,4% aguardaram mais que três meses para consulta especializada (Figura 1).

Houve significância estatística entre as características maternas, medida por aspectos socioeconômicos demográficos e histórico obstétrico, com o tempo de espera ao serviço ambulatorial especializado. Dentre as mulheres que tiveram acesso no período de até 30 dias, a grande maioria (73,0% - 0,018) estavam na faixa etária à idade reprodutiva favorável, nível educacional de 10 a 12 anos de estudo (58,8% - 0,088), residiam em cidade classificada em grande porte (56,8% - 0,000), apresentavam patologia prévia à gestação, ainda que sendo pouco mais da metade (55,7% - 0,000) e faziam uso de medicamento contínuo (63,0% - 0,000) (Tabela 1).

Não houve significância estatística entre a renda familiar com o tempo de espera ($p=0,142$), entretanto quase a metade das mulheres que tiveram acesso ao serviço especializado em até 30 dias, possuíam renda familiar superior à três salários mínimos (48,0%). Houve diferença estatística entre a realização de 6 ou mais consultas durante o pré-natal e o tempo de espera ao acesso ambulatorial. A maioria das mulheres que tiveram acesso até 30 dias ao serviço especializado, realizaram 6 ou mais consultas durante o seguimento pré-natal (94,3% - 0,003) (Tabela 1).

Não houve significância estatística entre o início do acompanhamento pré-natal com o tempo de espera à primeira consulta em ambulatório especializado ($p=0,667$), porém (22,9%) das mulheres que não acessaram o serviço especializado, iniciaram o pré-natal tardio, acima de doze semanas de idade gestacional. A realização de ultrassonografia em todos os trimestres gestacionais, não apresentou significância estatística com o tempo de espera ($p=0,186$), entretanto (32,8%) das mulheres que não tiveram acesso ao serviço especializado, não realizaram no mínimo uma ultrassonografia em todos os trimestres (Tabela 1).

Quanto à idade gestacional na realização do parto, houve significância estatística entre a idade gestacional e o tempo de espera à primeira consulta em serviço especializado. Mulheres que tiveram acesso até 30 dias ao serviço de referência, tiveram idade gestacional a termo acima de 37 semanas de idade gestacional (76,6% - 0,002). Ressalta-se que (42,6%) das mulheres que não tiveram acesso ao serviço especializado tiveram parto prematuro abaixo de 37 semanas de idade gestacional (Tabela 1).

Figura 1 – Distribuição do tempo de espera para acesso ao serviço especializado em gestação de alto risco, PR, 2021.



* Não teve acesso ao serviço especializado devido parto ocorrer durante a espera do serviço especializado ou encaminhamento realizado no final da gestação. Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição do tempo de espera ao acesso pré-natal em serviço especializado à gestação de alto risco, segundo dados socioeconômicos demográficos, histórico obstétrico, características do cuidado pré-natal e idade gestacional no parto, PR, 2021.

Variáveis	Tempo de espera ao acesso a primeira consulta no serviço especializado								p valor*
	< 30 dias		> 30 dias		Não acessou		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade em anos									
14-19	16	8,3	5	7,6	14	22,9	35	11,0	0,018
20-35	140	73,0	50	75,8	35	57,4	225	70,5	
≥36	36	18,7	11	16,6	12	19,7	59	18,5	
Escolaridade									
≤9 anos	57	29,7	18	27,3	16	26,2	91	28,5	0,088
10-12 anos	113	58,8	31	47,0	35	57,4	179	56,1	
>12 anos	22	11,5	17	25,7	10	16,4	49	15,4	
Renda familiar**									
≤1	35	18,2	6	9,1	8	13,1	49	15,4	0,142
2-3	65	33,8	22	33,3	28	45,9	115	36,0	
>3	92	48,0	38	57,6	25	41,0	155	48,6	
Município***									
Grande porte	109	56,8	46	69,7	36	59,0	191	59,9	0,000
Médio porte	37	19,3	7	10,6	11	18,0	55	17,2	
Pequeno porte	46	23,9	13	19,7	14	23,0	73	22,9	
Patologia prévia									
Sim	107	55,7	38	57,6	16	26,2	161	50,5	0,000
Não	85	44,3	28	42,4	45	73,8	158	49,5	
Uso de medicação									
Sim	121	63,0	41	62,0	13	21,3	175	54,9	0,000
Não	71	37,0	25	38,0	48	78,7	144	45,1	
Início pré-natal ≤12 semanas IG****									
Sim	153	79,7	55	83,3	47	77,1	255	79,9	0,667
Não	39	20,3	11	16,7	14	22,9	64	20,1	
≥6 consultas pré-natal									
Sim	181	94,3	61	92,4	49	80,3	291	91,2	0,003
Não	11	5,7	5	7,6	12	19,7	28	8,8	
Ultrassonografia nos três trimestres									
Sim	148	77,1	53	80,3	41	67,2	242	75,9	0,186
Não	44	22,9	13	19,7	20	32,8	77	24,1	
Realização do parto									
<37 semanas IG****	45	23,4	11	16,7	26	42,6	82	25,7	0,002
>37 semanas IG****	147	76,6	55	83,3	35	57,4	237	74,3	
Total	192	100,0	66	100,0	61	100,0	319	100,0	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$). **Base do salário mínimo do ano 2017 - R\$980,00. ***Porte do município residencial da gestante de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021). ****Idade gestacional. Fonte: Dados da pesquisa.

Na fase do estudo qualitativo a idade dos gestores variou de 36 a 62 anos, houve predomínio de servidor público (77%) e do sexo feminino (84,6%). A maioria eram enfermeiros (69,2%) e os demais profissionais da medicina, farmácia e línguas estrangeiras (30,8%). O tempo de formação teve média de vinte e dois anos. Foi unânime os participantes possuírem pós-graduação, com lato sensu (69,2%) e stricto sensu (30,8%).

Da análise dos relatos, desvelou-se um contexto de significados vivenciados até o momento “motivos por que”, apresentadas nas três primeiras categorias: Gerenciamento do acesso ao SE; Interferência no tempo de espera e Limites da gestão e gerenciamento do cuidado. As expectativas descritas nos “motivos para”, resultou na categoria: Possibilidades no gerenciamento do PNAR.

Gerenciamento do acesso ao SE

O tempo prolongado para acesso à primeira consulta no SE, desvelou-se como uma lacuna no acompanhamento PNAR, evidenciada por meio de uma longa lista de espera, com impacto no processo do gerenciamento, de uma demanda represada que durante o tempo de espera, é acompanhada somente pela APS a qual não está organizada para atender de maneira eficaz as necessidades da gestante de AR de forma recíproca.

Temos uma lista expectante que são das gestantes que vem, e nós não damos conta de atender todas, algumas vão ter que esperar de três a quatro meses, para iniciar o atendimento. (G5)

Às vezes essa gestante chega tardiamente na referência, e então a UBS fica com ela, o que não deveria, onde o que deveria ser parceria fica segurando essa bomba. (G12)

Interferência no tempo de espera

Esta categoria revela as causas para o tempo de espera prolongado ao SE, como, oferta insuficiente, aumento de mulheres com gestação de AR, uso indiscriminado de medicamentos controlados, dados insuficientes no encaminhamento, não atendimento aos critérios de encaminhamento para o AR e não monitoramento das gestantes referenciadas.

Temos dois prestadores para alto risco que em determinados momentos do ano temos redução da oferta de vagas. (G2)

Temos observado uma quantidade muito grande de gestantes em qualquer idade com comorbidades ou gestantes utilizando medicamentos sem muito critério. O abuso de medicamento na saúde mental é muito grande, é assustador em qualquer idade. (G3)

Tudo depende se o encaminhamento for bem feito, com os dados necessários e que atenda aos critérios. Se faltou informações devolvemos como dados insuficientes. Também temos caso que na consulta o médico identifica que não tinha a necessidade do encaminhamento, com encaminhamentos realizados de forma incorreta. (G4)

O encaminhamento com dados insuficientes, e até o não monitoramento das gestantes referenciadas (G12).

Limites da gestão e gerenciamento do cuidado

Dentre os limites para o aumento do número de vagas revelou-se a escassez financeira para ampliação do espaço físico e recursos humanos suficientes nas especialidades necessárias. A não continuidade das ações planejadas foi identificada como impedimento à continuidade das ações, decorrente das emergências epidêmicas e mudanças da gestão municipal.

Nós crescemos bastante nos últimos anos, e desenvolvemos vários tipos de atendimentos diferenciados em rede e o espaço físico ficou pequeno. (G4)

O nosso grande desafio é ter profissionais nas especialidades necessárias e em quantidades suficientes para atender as gestantes. Não temos recurso próprio, ou é recurso do município, ou do Estado, ou do federal, então é por meio deste recurso que recebemos que vamos conseguindo contratar profissionais para fazer esse atendimento. (G5)

Tem outras coisas que te atropelam, a epidemia de dengue, toda regional se volta para isso, chega o coronavírus e você não consegue dar continuidade àquilo que você planejou. Esse é o último ano da gestão municipal, então quando muda a gestão municipal, muda todas as pessoas que estão à frente e começa todo o processo de novo. (G6)

A implantação de políticas públicas foi identificada com lacunas entre as ações determinadas em nível federal e as necessidades regionais, prejudicando o planejamento local. Os cargos ocupados por gestores municipais, com foco político e sem formação na área de saúde, foram identificados como dificultadores para o entendimento das necessidades nos serviços de saúde.

Nós temos um processo de implantação de políticas verticalizado, com iniciativa do governo do Estado, então os municípios se apresentam como polo passivo na implantação de políticas públicas. Temos dificuldade de formular um plano regional. (G7)

Temos secretários de saúde que não tem nenhuma base de saúde, estas pessoas não têm formação na área da saúde, eles são políticos. Então não conseguimos explicar a ele que um município de 4.000 habitantes, que tem uma UBS e um enfermeiro, é impossível implantar alguma coisa ou solicitar a presença do enfermeiro em todas as reuniões e nos treinamentos. (G9)

Possibilidades no gerenciamento do PNAR

Os participantes trouxeram suas expectativas quanto ao aperfeiçoamento da assistência PNAR, com enfoque na necessidade do cuidado integral e interdisciplinar. O aumento da oferta de vagas no SE foi marcante, tendo como estratégia a esta necessidade o investimento financeiro na ampliação da área física dos ambulatorios, aumento de recursos humanos qualificados e manutenção de materiais.

As melhorias no atendimento das unidades de APS, foram desveladas como dependentes de aprimoramento dos critérios de encaminhamento, assim como da expansão de capacitação a equipe da APS, por profissionais do SE, almejando aquisição de bagagem de conhecimento suficiente, para o desenvolvimento das ações no cuidado.

Mais completo possível, acolhedor, com assistência de diversos profissionais, desde o agente comunitário até o administrativo. Precisamos expandir nossas ações de capacitação, por exemplo o serviço de alto risco poderia ter uma parceria conosco, onde a rede de referência poderia capacitar os nossos profissionais da atenção primária, com algumas condições que fossem pertinentes a atenção primária. (G2)

Precisamos de recurso financeiro para ampliar a área física e contratar mais profissionais. O recurso financeiro também é importante, para manter os materiais. (G4)

Teria que ter melhorias do atendimento na atenção básica, para que viessem para o serviço especializado só os casos mais necessários. (G5)

Desvelou-se também a necessidade da carreira na gestão de serviços, com ênfase e formação na área da saúde, livre de influências políticas, para implementação das políticas públicas.

Deveríamos ter mais pessoas nos cargos de uma maneira geral, que tivessem uma formação mínima na área e que tivesse uma visão de fato, eu estou dizendo especificamente da saúde, do que é saúde pública, eu acho que aquilo que está dando certo deve se tornar uma política de Estado e não uma política de governo. (G6)

4. Discussão

O estudo misto ensejou a análise do acesso ao acompanhamento especializado no PNAR, por meio do tempo de espera aguardado pela gestante, assim como das características e cuidados que podem interferir no período aguardado, ademais do gerenciamento da gestão frente aos desafios da lista de espera e possibilidades que podem ser utilizadas para minimizar as lacunas encontradas. No presente estudo, evidenciou-se o não acesso imediato ao SE, sendo que a primeira consulta ambulatorial não ocorreu nas primeiras semanas após o encaminhamento, assim como, uma parcela de gestantes não foi contrarreferenciada, evidenciando a não integração do cuidado entre os serviços da APS e SE, não havendo reciprocidade de intenções entre quem requer o cuidado e quem cuida.

Neste sentido, a fragmentação da assistência é apontada na literatura como um dos maiores obstáculos na rede de APS para a continuidade assistencial (Soares & Higarashi, 2019).

O acesso ao SE em até 30 dias, foi influenciado pela idade materna, nível educacional, porte do município residencial da gestante, possuir patologia prévia à gestação, uso de medicamento contínuo, número de consultas durante o PN, e IG no nascimento. Um estudo internacional identificou que mulheres mais jovens, assim como baixa escolaridade, são fatores que influenciam no acesso tardio ou não acesso da assistência (Blakeney et al., 2019).

A vulnerabilidade da gestante de AR, suscita a necessidade de acompanhamento com maior desvelo, sendo necessário o acompanhamento PN da APS, concomitante do SE, em tempo oportuno à prevenção de agravos. Ademais do acesso aos serviços, o PNAR deve ter enfoque ao cuidado integral e interprofissional, segundo a especificidade de cada gestante, proporcionando a continuidade do cuidado gestacional, além da segurança e apoio às equipes.

Apesar do princípio doutrinário da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestante de AR vivencia dificuldades no acesso à rede de atenção, principalmente no SE, deparando-se com fila de espera, independente da sua condição e IG (Brilhante & Jorge, 2020; Monteiro et al., 2019).

Quanto à via de parto, houve predomínio da cesárea, corroborando com a literatura nacional e internacional (Monteiro et al., 2019; Leal et al., 2017; Schantz et al., 2016). O parto cirúrgico vem crescendo significativamente, sendo motivo de

preocupação, considerado pela Organização Mundial da Saúde uma epidemia de cirurgia cesárea, com alta incidência em países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Monteiro et al., 2019; Fernandes et al., 2020). A indicação da cesárea deve ser realizada com prudência, sendo este um dos grandes desafios relacionados à redução da mortalidade materna e neonatal, entretanto, quando indicada de maneira indiscriminada associa-se a maior risco de desfecho materno grave (Mascarello, Horta & Silveira, 2017).

O acesso ao SE durante o PNAR, surge no mundo da vida, por meio das experiências vivenciadas (motivos porque), e evidenciadas por não suprimimento da lista de espera e número de oferta de vagas no SE. O típico da ação na gestão PNAR, desvelou-se no contexto de significados no gerenciamento do SE. No presente estudo, desvelaram-se inúmeros fatores que podem influenciar no tempo de espera para o SE, desde a incompatibilidade de oferta versus aumento da demanda, assim como a incompletude dos dados necessários ao encaminhamento, não atendimento aos critérios que classificam a gestação de AR e não monitoramento das gestantes referenciadas.

Salienta-se que o subfinanciamento de recurso federal, leva a limitação dos serviços especializados, resultando em incompatibilidade entre a oferta e demanda, ademais, a demanda reprimida por procedimentos de média e alta complexidade impacta na restrição do acesso, inviabilizando o atendimento às necessidades de saúde, comprometendo a integralidade do cuidado (Monteiro et al., 2019). Frente ao gerenciamento do tempo de espera para o SE, as necessidades epidêmicas, assim como as mudanças da gestão municipal, foram identificadas como impedimento à continuidade das ações planejadas.

O processo de implementação de políticas públicas em saúde, deve partir de um pressuposto teórico, passando por um ciclo de seis estágios: definição do problema, realização do diagnóstico causal, desenvolvimento de planos e então, deve ser tomada uma decisão política sobre as reformas iniciais, sua implementação e avaliação do seu impacto. Entretanto, esta sequência lógica e linear raramente acontece na realidade, tendo seu início em diferentes locais, não seguindo todas as etapas deste processo, ou fazendo com que todos os estágios aconteçam de uma única vez (Campos & Reich, 2019).

A necessidade de implantação de políticas públicas que atendam à necessidade regional, foi identificada como uma particularidade do município estudado, haja visto que tal município é referência para várias regiões e outras especialidades. Neste sentido, desvelou-se a importância de gestores e promotores da saúde possuírem planos gerenciais com foco nas necessidades reais da saúde pública, não permitindo que interesses políticos mudem o direcionamento de tais políticas.

Ressalta-se os avanços alcançados ao longo dos anos na assistência PN, por meio do acesso PN universal na maioria dos estados brasileiros, entretanto, persistem fragilidades assistenciais, quanto ao acesso a realização dos exames, em especial as ultrassonografias (Sanine et al., 2019; Brilhante & Jorge, 2020).

No presente estudo, houve predomínio de gestantes com início precoce do PN, sendo este um valioso recurso à identificação e encaminhamento da gestante com maior risco. Considerando a parcela de mulheres que iniciaram seu PN após 12 semanas de IG, e que não conseguiram o atendimento em SE à gestação de AR, ressalta-se a importância da primeira consulta ocorrer precocemente na APS, favorecendo o encaminhamento ao SE, se necessário, o mais breve possível.

Foi marcante a realização de ultrassonografia em todos os trimestres gestacionais, entretanto uma parcela das gestantes que não tiveram acesso ao SE, não tiveram ultrassom trimestral realizado. Salienta-se que no PNAR, pode ser fundamental a realização de ultrassonografias e exames específicos, sendo que a APS, muitas vezes não tem acesso em momento oportuno a tais exames peculiares.

Diante das dificuldades ao acesso PN em SE, doravante a bagagem de conhecimento dos gestores participantes, desvelaram-se expectativas às ações futuras (motivos para) ao acesso do serviço ambulatorial (Schütz, 2012). Os participantes relataram a necessidade do cuidado integral e interdisciplinar, da relação face a face e reciprocidade de intenções entre quem cuida e quem requer o cuidado, bem como, disposição de recurso financeiro à obtenção do aumento de vagas e área física, além da manutenção de materiais. O acesso à rede de atenção à saúde apresenta uma grande magnitude social, pouco

compreendida e reconhecida por gestantes de AR e profissionais, sendo necessário ações efetivas à integração das redes de APS e SE; garantia de acesso ao PN de qualidade, medicamentos e exames em tempo oportuno; regionalização da atenção especializada; fortalecimento da referência e contra referência, assim como sua inclusão nos processos de formação profissional e educação em saúde à comunidade (Brilhante & Jorge, 2020).

No presente estudo, os gestores sugerem como estratégia ao acesso de vagas no SE, a atuação do serviço de referência, por tempo determinado à estabilização clínica da gestante, com continuidade ao tratamento prescrito no SE por meio da APS, ocorrendo nova consulta ambulatorial caso a UBS identifique a necessidade. Ressalta-se que para atuação do SE como interconsulta, com objetivo de estabilização clínica, o tempo de espera ao SE deve ser efetivo, com menor tempo possível para o acesso, estabelecimento de referência e contra referência efetiva, número de profissionais suficientes na APS, além do contato facilitado entre equipe de APS e SE. Neste contexto, não necessariamente uma gestante acompanhada no SE, deve manter-se em consultas subsequentes no ambulatório de risco, entretanto os serviços devem estar organizados para essa implementação do protocolo.

Outro fator importante para melhorias no acesso ao SE, desvelou-se por meio do aprimoramento dos critérios de encaminhamento, assim como expansão das capacitações, alcançando maior número de pessoas habilitadas, considerou-se os profissionais do SE como instrutores à capacitação. O treinamento de curta duração resulta em maior bagagem de conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde, além da melhoria da prática clínica. A oportunidade para o aperfeiçoamento profissional, promove retenção do conhecimento e habilidade a longo prazo, obtidos após o treinamento, com impacto em melhor resultado da saúde materna e perinatal (Ameh et al., 2019).

Apesar dos avanços alcançados na assistência PN, assim como o protocolo instituído no município estudado, o seguimento PNAR apresenta desafios peculiares às necessidades regionais, de suporte e fragilidades ao encaminhamento da gestação de AR. Neste sentido, salienta-se a necessidade dos cargos ocupados por gestores e promotores públicos em saúde, possuírem formação em saúde pública, direcionando a tomada de decisão, manutenção e implementação de políticas bem-sucedidas. Sugere-se ainda, que gestores municipais e estaduais, possam participar ativamente na implantação e implementação de políticas públicas, com participação e decisões junto a entes federativos.

Aponta-se como limitação deste estudo a amostra específica em uma única região, o qual não foi possível sua generalização, entretanto os resultados são representativos e podem servir como base à novos estudos. As lacunas identificadas no acesso do SE, assim como, as possibilidades apontadas ao gerenciamento assistencial, pode direcionar gestores públicos, à implantação e implementação de políticas públicas na assistência gestacional de AR, por meio da identificação das falhas e ações assistenciais que podem ser desenvolvidas ao aprimoramento assistencial, repercutindo na promoção e prevenção dos agravos materno e neonatal.

5. Considerações Finais

Conclui-se que o acesso à primeira consulta em SE à gestação de AR, ocorre em tempo prolongado, assim como, algumas mulheres não conseguem nem mesmo o acesso ao serviço durante seu PN, carecendo de relação face a face, o que permitiria bagagem de conhecimento para vivenciar com qualidade todo o ciclo gravídico e puerperal, resultando no cuidado exclusivo por meio da APS, a qual não está organizada para assumir esse cuidado à gestante de AR, comprometendo a intenção recíproca de cuidar e de ser cuidada. Identificou-se que o acesso ao SE em até 30 dias, foi influenciado por idade materna, nível educacional, porte do município residencial da gestante, possuir patologia prévia, uso de medicamento contínuo, número de consulta PN e IG no nascimento.

Quanto às estratégias a serem implementadas, sugere-se o acesso ao SE como interconsulta, o aprimoramento dos critérios de encaminhamento de risco gestacional e expansão das ações de capacitação aos profissionais da APS.

Destaca-se a importância da participação ativa de gestores municipais e estaduais na implantação e implementação de políticas efetivas, ademais da necessidade dos cargos ocupados por tomadores de decisão, apresentarem formação em saúde pública, livre de interesses políticos, almejando melhorias assistenciais no acesso do SE.

Sugere-se novos estudos sobre a temática em questão, tendo como amostra gestores do SUS e de outros níveis federativos, por meio da investigação fenomenológica.

Referências

- Ameh, C. A., Mdegela, M., White, S., & Broek, N. V. D. (2019). The effectiveness of training in emergency obstetric care: a systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 34(4), 257-270. https://www.researchgate.net/publication/333291792_The_effectiveness_of_training_in_emergency_obstetric_care_A_systematic_literature_review. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz028>.
- Balsells, M. M. D., Oliveira, T. M. F., Bernardo, E. B. R., Aquino, P. S., Damasceno, A. K. C., Castro, R. C. M. B., Lessa, P. R. A., & Pinheiro, A. K. B. (2018). Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paul Enferm*, 31(3), 247-254. <https://www.scielo.br/j/ape/a/kvhNQDDLrVtMdb5Tr4cKs3lr/?format=pdf&lang=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>.
- Barbetta, P. A. (2012). Estatística aplicada às ciências sociais, UFSC.
- Beltrame, C. H., Batista, F. F. A., Caldeira, S., Zani, A. V., Cardelli, A. A. M., & Ferrari, R. A. P. (2019). Mothers' experience in following up their newborns: a phenomenological study. *Online braz. j. nurs.*, 18(2). <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6270>. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20196270>.
- Blakenev, E. L., Herting, J. R., Bekemeier, B., & Zierler, B. K. (2019). Social determinants of health and disparities in prenatal care utilization during the Great Recession period 2005-2010. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(390). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6819461/pdf/12884_2019_Article_2486.pdf. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2486-1>.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2019). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Guia para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brilhante, A. P. C. R., & Jorge, M. S. B. (2020). Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. *Rev. Bras. Enferm.*, 73(5). <https://www.scielo.br/j/reben/a/p8gY73vcLRChsq84ZvVTgJL/?format=pdf&lang=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>.
- Campos, P. A., & Reich, M. R. (2019). Political Analysis for Health Policy Implementation. *Health Systems & Reform.*, 5(3), 224-235. <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/23288604.2019.1625251?needAccess=true>. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1625251>.
- Creswell, J. W. (2021). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto, Penso.
- Fernandes, J. A., Venâncio, S. I., Pasche, D. F., Silva, F. L. G., Aratani, N., Tanaka, O. Y., Sanine, P. R., & Campos, G. S. (2020). Assessment of care for high-risk pregnancy in four Brazilian metropolises. *Cad. Saúde Pública*, 36(5). <https://www.scielo.br/j/csp/a/TPxB8XV3DMg6YcWrGwK4gQm/?format=pdf&lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>.
- Guimarães, W. S. G., Parente, R. C. P., Guimarães, T. L. F., & Gamelo, L. (2018). Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. *Cad. Saúde Pública*, 34(5). <https://www.scielo.br/j/csp/a/9CMWjGgNGeLLYRjpCQQRymh/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>.
- Leal, R. C., Santos, C. N. C., Lima, M. J. V., Moura, A. O. P., Pedrosa, A. O., & Costa, A. C. M. (2017). Maternal-perinatal complications in high risk pregnancy. *Journal of nursing UFPE On Line*, 11(4), 1641-1649. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31304>. <https://doi.org/10.5205/reuol.10438-93070-1>.
- Mascarello, K. C., Horta, B. L., & Silveira, M. F. (2017). Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev. Saude Publica*, 51(105). <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/complicacoes-maternas-e-cesarea-sem-indicacao-revisao-sistemica-e-meta-analise>. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>.
- Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., & Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1). <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-020-03190-6.pdf>. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03190-6>.
- Monteiro, M. F. V., Barbosa, C. P., Vertamatti, M. A. F., Tavares, M. N. A., Carvalho, A. C. O., & Alencar, A. P. A. (2019). Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res.*, 19(851), 1-8. <https://www.readcube.com/articles/10.1186%2Fs12913-019-4566-3>. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>.
- Phommachanh, S., Essink, D. R., Jansen, M., Broerse, J. E. W., Wright, P., & Mayxay, M. (2019). Improvement of Quality of Antenatal Care (ANC) Service Provision at the Public Health Facilities in Lao PDR: Perspective and Experiences of Supply and Demand Sides. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(255). https://www.researchgate.net/publication/334621024_Improvement_of_Quality_of_Antenatal_Care_ANC_Service_Provision_at_the_Public_Health_Facilitie_s_in_Lao_PDR_Perspective_and_Experiences_of_Supply_and_Demand_Sides. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2345-0>.
- Sanine, P. R., Venancio, S. I., Silva, F. L. G., Aratani, N. M. M. L. G., & Tanaka, O. Y. (2019). Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 35(10). <https://www.scielo.br/j/csp/a/SVF7DzHMnbYKd36j8kBmZ7k/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103118>.

Soares, L. G., & Higarashi, I. H. (2019). Case management as a high-risk prenatal care strategy. *Rev. Bras. Enferm.*, 72(3), 692-699. <https://www.scielo.br/j/reben/a/JpqvH67cTJX3HyknTkkzNDy/abstract/?lang=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0483>.

Schantz, C., Sim, K. L., Petit, V., Rany, H., & Goyet, S. (2016). Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia. *Reprod Health Matters*, 24(48), 111-121. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.11.009?needAccess=true>. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.009>.

Schütz, A. (2012). Sobre fenomenologia e relações sociais, Vozes.

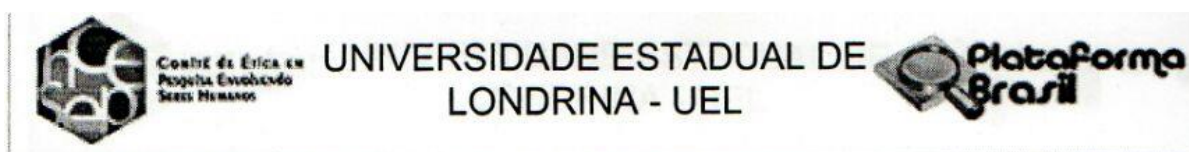
Tomasi, E., Fernandes, P. A. A., Fischer, T., Siqueira, F. C. V., Silveira, D. S., Thumé, E., Duro, S. M., Saes, M. O., Nunes, B. P., Fassa, A. G., & Facchini, L. A. (2017). Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad. Saúde Pública*, 33(3). <https://europepmc.org/article/med/28380149>. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>.

World Health Organization. (2019). Maternal mortality. WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

World Health Organization (2011). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1.

ANEXO C

ANEXO C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – Etapa 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestação de Alto Risco: Situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal.

Pesquisador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59935716.7.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.757.596

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado que pretende conhecer situações de near miss às quais a mulher e a criança são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano. O estudo terá como referencial teórico metodológico a tríade proposta por Donabedian. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. Será realizado no Município de Londrina no Paraná, em duas maternidades, sendo uma pública e outra filantrópica. A população do estudo será constituída por mulheres classificadas como de alto risco e acompanhadas exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra será constituída por 123 mulheres do hospital filantrópico e 216 do hospital público. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas no puerpério e transcrição de dados do prontuário. Análise dos dados será realizada no programa SPSS®, versão 20.0. A partir do conhecimento gerado por meio do diagnóstico que será realizado neste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer situações de near miss às quais a mulher e recém-nascido são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.757.596

Objetivos Específicos

Caracterizar a população de estudo, segundo variáveis sociais e demográficas;

Descrever a história obstétrica anterior da população do estudo;

Caracterizar a assistência no pré-natal, ao parto e puerpério de alto risco quanto à estrutura, processo e resultado;

Levantar o conhecimento das mulheres, relacionado à sua classificação como alto risco;

Apontar condições de saúde das mulheres desde o pré-natal até 42 dias pós-parto;

Apontar condições de saúde das crianças durante a gestação, nascimento e até 42 dias pós-parto;

Identificar fatores de risco para morbidade e mortalidade da população materno-infantil;

Verificar possíveis associações entre a ocorrência de near miss e características de estrutura, processo e resultado na assistência ofertada entre a internação para o parto até a alta hospitalar e no puerpério imediato;

Apreender a percepção e satisfação da mulher quanto à assistência recebida e prestada ao seu filho nos serviços de saúde nos programas de pré-natal e no parto e puerpério.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos da presente pesquisa poderão se referir, mesmo que cumpridas todas as normas regulamentares da resolução CNS466/12, à possibilidade da população de estudo não se sentir confortável em responder as perguntas, pois trata-se de investigação sobre riscos que podem resultar em morbidade e mortalidade. Nem sempre as mães estarão disponíveis a informar situações que cause tristeza devido ao desfecho desfavorável, pois, a expectativa destas é de que o período gravídico-puerperal transcorra sem riscos para ela e seu filho. Portanto, os pesquisadores reforçam que todos os cuidados éticos serão seguidos e caso ocorram intercorrências, estas serão encaminhadas à equipe multiprofissional disponível nos hospitais ou nos serviços de saúde.

Benefícios:

Os benefícios diretos deste estudo abrangerão a tríade: serviço de saúde, usuária e produção de conhecimento científico sobre um tema ainda pouco investigado. Nesse sentido, às instituições, será apresentado o diagnóstico da prática assistencial implementada nas situações de near miss materno e neonatal que possibilitará a revisão ou aprimoramento das mesmas. Às participantes será realizada devolução dos resultados da pesquisa, por meio de grupos de orientação em saúde, para que as mesmas tenham todas as suas dúvidas sanadas e possam prevenir futuros riscos à saúde em uma nova gestação, quando possível. A publicação dos resultados oferecerá informações para que outros serviços de saúde possam revisar e adequar suas práticas.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENvolvendo
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.757.596

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante para área pois, possibilitará fazer o diagnóstico das situações de near miss materno e neonatal no município de Londrina em mulheres de alto risco atendidas pelo SUS e posteriormente poderá ser proposto melhoria da qualidade assistencial e aprimoramento do conhecimento sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - OK

Termo de Sigilo- Ok

TCLE- OK

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TERMODESIGILO.pdf	03/10/2016 11:58:27	Kely Moreira Cesário	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_771107.pdf	03/10/2016 11:12:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEP022_1.pdf	15/09/2016 10:49:44	Kely Moreira Cesário	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_HU.pdf	15/09/2016 10:49:20	Kely Moreira Cesário	Aceito
Folha de Rosto	Scan.pdf	09/08/2016 10:45:33	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/08/2016 22:45:46	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.docx	06/08/2016 00:17:40	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ de Ética em
Projetos Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.757.596

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/08/2016 00:17:08	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
---	-----------	------------------------	---	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 03 de Outubro de 2016

**Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)**

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO D

ANEXO D - Autorização da Instituição – Etapa 1



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA SUPERINTENDENTE
PARECER Nº210
PROCESSO 17501.2016.56

À Pesquisadora

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: “GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: SITUAÇÕES DE NEAR MISS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL MATERNO E NEONATAL”, apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Departamento de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.

Informamos que o nosso **parecer é favorável** à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

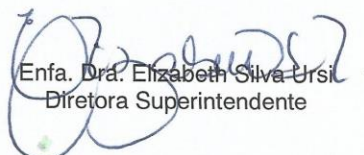
Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL) para posterior operacionalização.

Conforme **Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº 214/2015**, a cópia do parecer de aprovação do CEP/UEL deverá ser apresentado à Chefia e/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 06/09/2016


Enfa. Dra. Elizabeth Silva Ursi
Diretora Superintendente

Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa Científica (CAPEC) do HU

Fone: (43)3371-2301

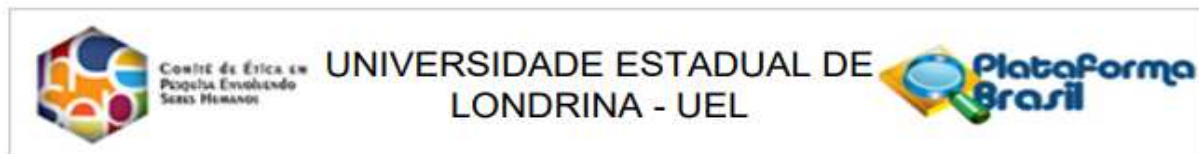
e-mail: pesquisahu@uel.br

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380-Fone (43) 3371-4000 -PABX - Fax 328-4440 - Caixa Postal 6001 - CEP 86051-990 - www.uel.br
Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 -V.Operária - Fone (43) 3371-2000 PABX- Fax 3337-7495-CEP 86038-440- www.hu.uel.br

LONDRINA – PARANÁ – BRASIL

ANEXO E

ANEXO E - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – Etapa 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais

Pesquisador: Fabiana Fontana Medeiros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21597619.5.0000.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.660.461

Apresentação do Projeto:

A primeira fase desta pesquisa será implementada a partir dos dados do projeto de mestrado intitulado: "Gestação de Alto Risco: Situações de Near Miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal", aprovado pelo Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (Anexo A) e pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina- CEP/UEL, sob o número: 1.757.596/UEL, em 03 de Outubro de 2016 CAAE 59935716.7.0000.5231 (Anexo B). Este teve como objetivo analisar o acompanhamento pré-natal à gestação de alto risco no serviço público (abordagem quantitativa). Para atender o objeto de pesquisa coletaram-se dados na maternidade após o parto por meio de transcrição dos registros do cartão pré-natal e entrevista com a puérpera sobre os cuidados recebidos durante a assistência pré-natal no período de outubro de 2016 a agosto de 2017.

Por se tratar de uma pesquisa com método quantitativo - qualitativo com triangulação de dados, a proposta da presente investigação é realizar a continuidade da coleta de dados, que terá como segunda fase da pesquisa a realização de entrevista individual (abordagem qualitativa), e a terceira etapa do estudo será aplicado a técnica de grupo com profissionais que realizam assistência pré-natal à gestante de Alto Risco (abordagem qualitativa).

A contribuição da interação de abordagem quantitativa - qualitativa, provém justamente de suas diferenças: compreensão / explicação em profundidade de valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, assim

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.660.461

como os programas e ações realizadas nos serviços de saúde. Outra contribuição da estratégia de pesquisa quantitativa - qualitativa é a explicação em extensão: de como os sujeitos de um grupo populacional, tornam-se expostos e/ou vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem e como se dá a necessidade tratamento / atenção. Pesquisas quantitativa - qualitativa interpretam cada qual à sua maneira, com articulações entre o singular, o individual e o coletivo, que estão presentes no processo saúde-doença (DESLANDES; ASSIS, 2002).

A proposta da triangulação de métodos foi defendida por Denzin em 1973, por meio da inserção de múltiplas técnicas, observadores e métodos para ampliar as referências e olhares sobre determinada realidade social que se almeja investigar. Neste sentido os métodos quantitativo e qualitativo estariam articulados, buscando compreender a extensividade e a intensividade dos processos sociais, partindo do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade social e dos sujeitos sociais, indicados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como um dado cultural. A triangulação metodológica deve ser considerada como uma estratégia essencial, principalmente na saúde pública, devido a sua amplitude biológica, da experiência humana de adoecimento, da busca pela cura e da produção de cuidados (DESLANDES; ASSIS, 2002).

1a fase do estudo (dados quantitativos)

- Hospital Universitário vinculado a Universidade Estadual de Londrina - PR.

2a fase do estudo (dados qualitativos)

- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina;

- Unidades de Atenção Primária a Saúde no Município de Londrina - PR;

- Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Londrina (UEL); - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o significado e a motivação para a ação no cuidado pré-natal de Alto Risco na perspectiva de profissionais que atuam em serviço público e construir um plano estratégico para a qualificação deste seguimento.

Objetivo Secundário:

- Apresentar o diagnóstico de adequação do seguimento pré-natal à gestação de alto risco no

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

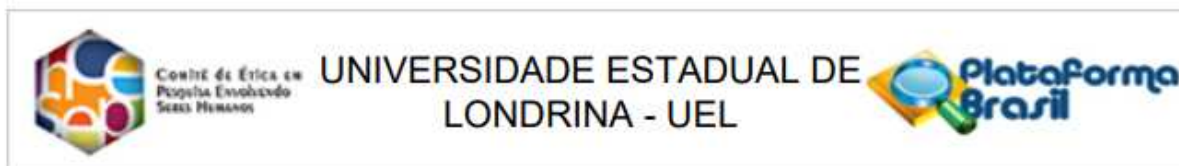
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.660.461

serviço público;

- Descrever a população do estudo, segundo formação acadêmica, especialização e tempo de formação;
- Conhecer a contribuição acadêmica para a atuação profissional no acompanhamento pré-natal de alto risco;
- Desvelar o significado de ser profissional no seguimento à gestação de alto risco;
- Conhecer a motivação profissional, assim como os determinantes das ações, fragilidades e potencialidades durante a assistência pré-natal de alto risco;
- Construir um plano de ações estratégicas embasado nas lacunas, fragilidades e potencialidades evidenciadas pelos profissionais e usuárias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- 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. Faremos o possível para auxiliá-lo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo ou tranquilizando e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário.

Benefícios:

- Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento à gestante de alto risco, assim como a qualificação do cuidado materno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social devidamente justificados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pela Coordenação do Programa de Pós graduação em Enfermagem;
- Autorização do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR);
- Autorização da Autarquia Municipal de Saúde;
- Autorização do Hospital Universitário UEL;
- Cronograma com coleta de dados prevista para o mês de novembro;
- Termos de consentimento livre e esclarecido devidamente apresentados: Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Apêndice C), Unidades de Atenção Primária a Saúde no Município de Londrina - PR (Apêndice D), Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

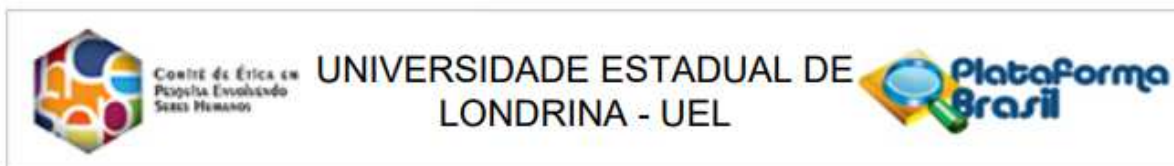
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.660.461

(Apêndice E) e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) (Apêndice F);

- Parecer consubstanciado do CEP relativo à primeira fase do estudo;
- Roteiro para entrevista sobre características profissionais;
- Roteiro para entrevista (questões norteadoras).

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

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 apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.660.461

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1387193.pdf	20/10/2019 21:23:04		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	20/10/2019 21:21:18	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	20/10/2019 21:19:07	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoIV.pdf	07/09/2019 23:40:07	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoIII.pdf	07/09/2019 23:39:50	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoII.pdf	07/09/2019 23:39:34	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoI.pdf	07/09/2019 23:39:14	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/09/2019 23:24:36	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Huniversitario.pdf	07/09/2019 23:17:03	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerCismepar.pdf	07/09/2019 22:38:34	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerAutarquiaMunicipalLondrina.pdf	07/09/2019 22:37:53	Fabiana Fontana Medeiros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.660.461

LONDRINA, 24 de Outubro de 2019

Assinado por:
Oswaldo Coelho Pereira Neto
(Coordenador(a))

20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO F

ANEXO F - Autorização da Instituição A - Etapa 2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – DGTES
Avenida Theodoro Victorelli, 103 Jardim Helena / CEP 86027-750 Londrina – PR
Telefone (43) 3372-9435 / e-mail: sueli.inocente@ams.londrina.pr.gov.br


AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA

C.D. 24/2019/GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos que está autorizada a pesquisa: **“SIGNIFICADO, MOTIVAÇÃO E AÇÃO NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS”** pelos alunos Fabiana Fontana Medeiros, Rosangela Aparecida Pimentel Ferrari, Sebastião Caldeira e Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, do Programa de Pós graduação Stricto Senso em Enfermagem a nível de doutorado da Universidade Estadual de Londrina, de acordo com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Londrina, nº 3.660.461 datado de 24/10/2019.

Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 26 de dezembro de 2019


Maria Aparecida da Costa Perini
Gerente de Planejamento
e Qualificação de Servidores
DGTES/AMS/PML


Sueli Inocente
Promotor de Saúde Pública - Enfermeira
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

ANEXO G

ANEXO G - Autorização da Instituição B – Etapa 2

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Maria Lucia da Silva Lopes, abaixo assinado, responsável pela 17ª Regional de Saúde de Londrina – PR, autorizo a realização do projeto de pesquisa com o tema: “Significado, Motivação e Ação no pré-natal de alto risco na perspectiva de profissionais, Linha de pesquisa: O cuidado de enfermagem nas fases do ciclo vital e nos diversos níveis assistenciais”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informada pelo responsável do projeto de pesquisa sobre as características e objetivos do mesmo, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer as resoluções [éticas brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Londrina, 05 de fevereiro de 2020.

Atenciosamente,


Maria Lucia da Silva Lopes
Diretora da 17ª Regional de Saúde


Sandra Bonini de Abreu
DVAGS/17ª Regional de Saúde

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Fabiana Fontana Medeiros
Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari
Sebastião Caldeira

ANEXO H

ANEXO H - Autorização da Instituição C – Etapa 2



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA SUPERINTENDENTE
PARECER Nº427
PROCESSO 11975.2019.71

À Pesquisadora
Fabiana Fontana Medeiros

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: **“SIGNIFICADO, MOTIVAÇÃO E AÇÃO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS”** apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.

Informamos que o nosso **parecer é favorável** à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL) para posterior operacionalização.

Conforme **Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº 214/2015**, a cópia do parecer de aprovação do CEP/UEL deverá ser apresentado à Chefia e/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 29/07/2019


Enfa. Mª. Vivian Biazon El Reda Feijó
Diretora Superintendente

Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa Científica (CAPEC) do HU

Fone: (43)3371-2301

e-mail: pesquisahu@uel.br

ANEXO I

ANEXO I - Autorização da Instituição D – Etapa 2



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

AUTORIZAÇÃO

Eu, Sílvia Karla A. V. Andrade, abaixo assinado, responsável pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), autorizo a realização do projeto de pesquisa com o tema: "Significado, Motivação e Ação no Pré-Natal de Alto Risco na Perspectiva de Profissionais, Linha de pesquisa: O cuidado de enfermagem nas fases do ciclo vital e nos diversos níveis assistenciais", a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informada pelo responsável do projeto de pesquisa sobre as características e objetivos do mesmo, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Londrina, 04 de setembro de 2019.

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade
DIRETORA EXECUTIVA

Rossana Staévie Baduy
DIRETORA DE PLANEJAMENTO E ATENÇÃO EM REDES DE SAÚDE

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Fabiana Fontana Medeiros
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Sebastião Caldeira