

**PERCEÇÃO DE MÉDICOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE**

**PHYSICIANS PERCEPTION ABOUT THE IMPLEMENTATION AND
DEVELOPMENT OF THE IN THE PARANÁ'S MOTHER NETWORK
PROGRAM**

Rhaysa Raphaela de Moraes Rocha¹

Sebastião Caldeira²

Andrea Ferreira Ouchi França³

Cynthia Borges de Moura⁴

Adriana Zilly⁵

Rosane Meire Munhak da Silva⁶

Resumo: O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos médicos sobre a implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense. Pesquisa de abordagem qualitativa na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Realizaram-se seis entrevistas com médicos de cinco municípios da nona Regional de Saúde do Paraná, no primeiro semestre de 2015. As informações foram organizadas nas categorias: Conhecimento sobre o programa; Assistência no programa; Expectativas sobre o programa. Compreende-se que existe a necessidade de avaliar as ações em saúde conforme a bagagem de conhecimento profissional para assim, contribuir na melhoria da capacitação e atuação de profissionais na saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Médicos; Saúde Materno-Infantil; Atenção Primária à Saúde; Programas Governamentais.

Abstract: The purpose of this study was to understand the perception of physicians about the deployment and development in the Paraná's mother network program. Research of qualitative approach from the perspective of the Social Phenomenology of Alfred Schütz. Six interviews were made with physicians from five cities of the ninth Regional Health Service of Paraná in the first quarter of 2015. The information was organized in the following categories: Knowledge about the program; Assistance in the program; Expectations about the program. It is understood that there is a need to evaluate health actions according to

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: rhaysaraphaela@hotmail.com

² Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (PPGE-EEUSP). Professor Adjunto da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: sebastiao.caldeira@unioeste.com

³ Doutoranda no Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professora Auxiliar da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: andreafranca192@gmail.com

⁴ Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: cynthia-moura@hotmail.com

⁵ Doutora em Ciências pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: aazilly@hotmail.com

⁶ Doutoranda no Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professora Assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: zanem2010@hotmail.com

the baggage of professional knowledge, in order to contribute to the improvement of the training and performance of professionals in maternal and child health.

Keywords: Physicians; Maternal and Child Health; Primary Health Care; Government Programs.

1 Introdução

Por considerar que a saúde materna e infantil encontra-se entre as prioridades da gestão vigente no estado do Paraná, e de acordo com o marco teórico das Redes de Atenção à Saúde (RAS) proposta por Mendes (2010), institui-se no estado do Paraná o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), o qual tem por objetivo fortalecer o acesso qualificado da gestante e da criança aos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) (PARANÁ, 2012).

Huçulak e Peterlini (2014) afirmam que, como os indicadores de mortalidade materna-infantil, entre os anos de 2006 a 2010, no Paraná foram desfavoráveis, a Secretaria de Estado da Saúde implantou o referido programa em 2012, como modelo de atenção para a gestante e a criança (PARANÁ, 2012).

O PRMP engloba ações desde a captação precoce da gestante, realização de consultas e exames laboratoriais e de imagem, estratificação de risco para as gestantes e as crianças, encaminhamento ambulatorial e hospitalar especializados quando necessário, além da avaliação da condição de saúde da criança após o nascimento até um ano de vida (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Após quatro anos de implantação no Paraná, pesquisas têm demonstrado à efetividade do programa, dentre as quais, a melhoria de indicadores de saúde materno-infantil, mas por outro lado, também demonstra algumas lacunas na atenção à saúde, no que se refere à saúde fetal, as quais ainda deverão estar adequando-se para de fato, atingir os objetivos propostos pelo PRMP (FRANK et al, 2016; SILVA et al., 2016).

Cabe ressaltar que, para atingir o objetivo proposto pelo PRMP é preciso que mulheres e crianças tenham acesso resolutivo aos serviços de saúde e, que os profissionais da equipe interdisciplinar tenham comprometimento com a assistência à saúde, seja durante o parto, puerpério ou no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

Muito embora existam políticas e programas direcionados à assistência e humanização à mulher no ciclo gravídico puerperal e criança em seu primeiro ano de vida, as ações voltadas para as práticas e o cuidado encontram-se fragilizadas,

principalmente pela dificuldade do diálogo entre os diversos pontos de atenção assim como, entre os atores envolvidos, quer seja, na APS, ou na Atenção Secundária e Terciária (BUGS et al., 2016).

Nesse sentido, é preciso repensar as práticas cotidianas no que concerne a reorganização dos serviços e do processo de trabalho, contemplando como práticas e saberes as relações interpessoais, ou seja, tecnologias leves, como a criação de vínculos, autonomização/empoderamento e acolhimento que abrange a subjetividade e a intersubjetividade entre profissionais e sujeitos que requerem cuidados à saúde, porém, sem abrir mão das tecnologias leve-dura (cuidado especializado) e das tecnologias duras (aparatos tecnológicos) (MENDES, 2010; BUGS et al., 2016).

Dessa forma, se faz necessário verificar como os serviços de saúde funcionam. Todavia, a avaliação dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) como o PRMP, deve ser mais profunda e menos pontual, sendo que a produção científica poderá auxiliar na resolução de problemas, na construção de uma agenda e na consolidação do SUS, beneficiando assim, toda a população (CARVALHO et al, 2012).

Com base no exposto, apresenta-se como objetivo deste estudo, compreender a percepção dos médicos sobre a implantação e desenvolvimento do PRMP.

2 Método

Estudo qualitativo com abordagem na Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012). Foi desenvolvido no primeiro semestre de 2015, em cinco municípios que compõe a nona regional de saúde do Estado do Paraná: Foz do Iguaçu, Matelândia, Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu e Serranópolis do Iguaçu. A referida regional de saúde pertence a uma região de tríplice fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina.

Os participantes foram seis médicos atuantes em serviços de APS, os quais atenderam os critérios de inclusão: atuar nos municípios que pactuaram com o PRMP, ter mais de seis meses de atuação em serviços de APS, realizar atendimento a gestantes e crianças. Foram excluídos: médicos com atuação em municípios não pertencentes a nona regional de saúde do Paraná; tempo de atuação inferior a seis meses; não atuar em serviços de APS.

Na nona Regional de Saúde todos os nove municípios pactuaram com o PRMP. Deste modo, a seleção dos municípios para a pesquisa foi realizada através de sorteio, no

entanto, Foz do Iguaçu foi incluída diretamente por ser a sede da Regional de Saúde estudada.

Os médicos foram convidados e entrevistados no próprio local de trabalho, a entrevista ocorreu no consultório, em horário previamente acordado, com a presença apenas do entrevistado e entrevistador.

A maioria dos médicos participantes do estudo foi do sexo masculino, sendo dois de Foz do Iguaçu, e um de cada município (Santa Terezinha de Itaipu, Medianeira, Matelândia e Serranópolis do Iguaçu). Ressalta-se que um profissional atua em dois municípios desta regional. Cinco médicos graduaram-se em instituição de ensino público, um em instituição privada. Um entre estes profissionais é de nacionalidade argentina. A faixa etária média foi de 51 anos e seis meses, tempo médio de atuação na profissão 22 anos e em serviços de APS 14 anos. Apenas um profissional não possui especialização, três especializaram-se em Ginecologia e Obstetrícia, um em Pediatria e um em Saúde Pública/Saúde da Família.

A trajetória para organizar e analisar os dados seguiu os pressupostos da Fenomenologia Social (SCHÜTZ, 2012). Para tanto, foi necessário a leitura criteriosa das entrevistas, agrupamento dos aspectos importantes para elaboração das categorias concretas e do mapa horizontal. Em posse dos resultados, iniciou-se a análise buscando compreender os “motivos para” e “motivos porque”, para ao final elaborar o grupo social dos médicos.

A Fenomenologia Social é definida como um referencial que busca olhar e compreender as ações dos seres humanos e suas relações sociais a partir de significados, justificando sua utilização neste estudo, uma vez que, possibilita perceber os fenômenos humanos no cotidiano com base em experiências concretas, sendo assim, a vivência dos médicos no PRMP (SCHÜTZ, 2012; BUGS et al., 2016).

Ressalta-se que o presente estudo fez parte de um projeto maior, multicêntrico, intitulado “Análise do processo de implantação e desenvolvimento do PRMP” o qual obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e em outros recortes, outros profissionais também foram entrevistados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o parecer 544.107/2014, atendendo as normas da resolução nº 466/2012 que envolve pesquisa com seres humanos. Os participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foram identificados pela letra “M” (médico) e a respectiva sequência da entrevista, por exemplo, M1.

3 Resultados e discussão

As categorias apresentadas trazem alguns pressupostos ou conceitos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012) como: atitude natural, mundo da vida, bagagem de conhecimentos, relação social, relação face a face, ação social, motivação ("motivos por que" e "motivos para"), intersubjetividade, reciprocidade de intenções, situação biográfica e tipificação.

3.1 Conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense

A primeira categoria concreta abrange os “motivos por que” deixando explícito o conhecimento e a realidade vivenciada. Os médicos relataram sobre sua experiência no PRMP considerando a implantação, compromissos, objetivos e indicadores.

Vimos muitas dificuldades porque tínhamos um sistema anterior que funcionava muito bem [...]. Quanto aos objetivos e compromissos, é a descentralização do atendimento a gestante, feita na sua unidade local, onde a gestante mora e com isso você proporciona atenção maior e um acompanhamento mais de perto (M3).

Pode ser um programa fácil de ser executado quando se tem recursos humanos, infraestrutura e vontade do governo. Agora quando não se tem essas coisas, qualquer coisa pode se tornar difícil. Quanto aos objetivos e compromissos, é aumentar o número de consultas, melhorar o índice de parto normal, diminuir a mortalidade materna e fetal (M5).

A partir dos relatos, percebe-se que os médicos reconhecem os objetivos, indicadores e compromissos do PRMP, bem como, esclarecem suas dificuldades ao longo do período de implantação.

O objetivo central do PRMP é reduzir a mortalidade materna e infantil, assumindo como compromisso o funcionamento da rede de atenção materna e infantil em todo o estado, garantindo o acesso à saúde nas fases da gestação, parto e puerpério e às crianças menores de um ano. Os compromissos ainda incluem ações específicas, quais sejam: captação precoce da gestante e da criança menor de um ano; referência e contra referência

em situações de risco intermediário e alto risco; vinculação da gestante ao hospital de referência; acompanhamento do desenvolvimento integral da criança menor de um ano (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Para que essas ações sejam executadas de forma efetiva é preciso estrutura física, tecnologia adequada e materiais necessários para implementar as ações, as quais poderão repercutir na qualidade e eficiência da assistência, assim como, no planejamento e gestão em longo prazo (XAVIER-GOMES et al., 2015).

Para o PRMP ser eficaz, é necessário que todos os profissionais atuantes nos distintos pontos de atenção à saúde, tenham conhecimento sobre seus objetivos e compromissos, e sejam capacitados para atuar efetivamente.

A bagagem de conhecimento dos médicos interfere na forma de pensar e de prestar a assistência para as gestantes e crianças, visto que essa bagagem é algo herdado dos nossos predecessores, é algo que podemos acrescentar à nossa própria experiência vivida. Essa experiência vivida só pode ser compreendida por meio de ações exteriorizadas que constituem a base da comunicação e da relação social (SCHÜTZ, 2012; JESUS et al., 2013; BUGS et al., 2016).

Esse conhecimento serve como código de interpretação de experiências passadas e futuras, determinando as que estão por vir, sendo imbricado pela objetividade e subjetividade caracterizada por preconceitos, credences, suposição, adivinhações, coisas que bastam acreditar e por coisas simplesmente ignoradas (SCHÜTZ, 2012).

Isso possibilita aos profissionais médicos relacionar-se com outrem no mundo subjetivo. Nesse sentido, o conhecimento adquirido não se forma de modo pessoal e independente, mas no coletivo com o meio e outros saberes, assim é necessário que os médicos estejam atentos aos novos programas desenvolvidos, as novas práticas, conceitos e definições relacionadas à saúde (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Em relação às capacitações para atuar no PRMP, os médicos descreveram:

[...] participei de uma oficina do APSUS, que discutiu o assunto e apresentou, não houve uma capacitação. Houve a discussão, apresentação e só (M1).

Não fiz curso nenhum específico para atuar, algum outro, talvez, há alguns anos atrás, mas não me lembro [...]. As informações sobre o PRMP foram repassadas por comunicações internas da prefeitura, por publicações da sociedade paranaense de medicina, inclusive pelos meios de comunicação como rádio e televisão (M2).

Constata-se que os médicos referem não ter recebido capacitação, entretanto, alguns aspectos foram abordados a partir de outras experiências e cursos, experiências essas que formam a situação biográfica profissional desses sujeitos.

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), citado pelo médico como forma de capacitação, refere-se a um programa instituído pelo governo do estado do Paraná com o objetivo de desenvolver uma nova forma de organização da APS, por meio da junção de estados e municípios, fortalecendo a assistência e gestão, fortalecendo a implantação das RAS na implementação do SUS (MOURA; LUZIO, 2014).

De acordo com a secretaria estadual, a capacitação referente o PRMP aconteceu por meio de uma oficina junto ao APSUS, no entanto, pela fala dos médicos participantes, esta oficina não reflete a uma capacitação propriamente dita, mas sim uma informação sobre a existência do PRMP (PARANÁ, 2011).

É fundamental que o profissional de saúde, especificamente o médico, tenha domínio para atuar no PRMP, tornando-o capaz de resgatar suas vivências e sua trajetória existencial de formação acadêmica e profissional, sendo esse resgate sobre o que se entende por situação biográfica. Para tanto, a situação biográfica possibilita aos sujeitos compreender o mundo a partir da bagagem de conhecimento e experiências, tornando-os competentes de compreender suas ações sociais e sua relação social com o mundo (SCHÜTZ, 2012).

A situação biográfica se constitui pela história de vida pessoal construída em um meio social a partir de experiências acumuladas e conhecimentos adquiridos por si mesmo ou transmitidos por familiares, mestres e, geralmente, antecessores. Sendo assim, a situação biográfica é aquela em que o indivíduo se encontra (SCHÜTZ, 2012; BUGS et al., 2016).

A qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação dos recursos humanos para atuar na saúde. Por isso a atualização médica continuada e a busca pelo conhecimento são aspectos essenciais para o exercício da medicina e a prestação da assistência com qualidade e segurança (KARA-JUNIOR, 2013).

É crescente o consenso entre gestores e profissionais da saúde que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos interferem na qualidade dos serviços e no grau de satisfação da população atendida (GOMES; SILVA, 2011).

3.2 Assistência no Programa Rede Mãe Paranaense

A segunda categoria também descreve aos “motivos por que” e transcrevem a realidade vivenciada pelo médico no cuidado pré-natal, puerpério e cuidados com a criança.

Sobre o acesso da gestante ao serviço de saúde, os médicos responderam:

Nós não fazemos o pré-natal como preconiza a PRMP. [...] a enfermeira abre o pré-natal, fazem a primeira consulta e logo em seguida agenda com o obstetra. Essa é a forma que trabalhamos aqui (M3).

O programa para as gestantes é ótimo, algumas tem dificuldades, talvez pela locomoção, recursos financeiros, por que nem todos os exames, muitas vezes, são realizados devido à ineficiência estrutural, laboratorial [...] (M5).

[...] algumas mães são resistentes a fazer pré-natal. São resistentes a fazer alguns exames e tem dificuldade de acesso porque trabalham. Foge do horário que ela possa estar na unidade básica de saúde, foge do horário da visita domiciliar [...] (M6).

Observa-se uma diversidade em relação ao acesso da gestante nos diferentes serviços. Há relatos de o pré-natal ser iniciado pelo enfermeiro e depois fica atrelado somente ao médico. Outros pontuaram às principais dificuldades encontradas para o acesso ao serviço de saúde, como: dificuldades de transporte; dificuldades financeiras; ineficiência estrutural por parte dos serviços de saúde; ineficiência laboratorial; falta de flexibilização nos horários de atendimento; entre outros.

Ressalta-se que o acesso da gestante e da criança aos serviços de saúde é um pré-requisito para a assistência à saúde eficiente. Os pontos explicitados pelos médicos demonstram as fragilidades da coordenação na APS, representadas por divergências na organização do atendimento e barreiras funcionais as quais dificultam o acesso aos serviços de saúde (SILVA et al., 2015).

A assistência ou cuidado em qualquer situação no mundo da vida antecede qualquer ação profissional de cuidar, se percebermos este cuidado, como algo herdado naturalmente. Assim, a experiência de cuidado vivenciado se dá no cotidiano vivido desses sujeitos, ou seja, no mundo da vida, que é um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que outros homens coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal e entre

os objetos, mas como seres dotados de uma consciência que é essencialmente voltada para este mundo (SCHÜTZ 2012; JESUS et al., 2013).

O cuidado é uma experiência vivenciada de modo natural, ou seja, atitude natural e constitui-se na primeira relação social do ser humano. É um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, no contexto estudo médico e gestante, possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e direcionam para as ações de cuidado. São os motivos existenciais – motivação (SCHÜTZ, 2012; JESUS et al., 2013).

Somado ao acesso ao serviço de saúde, é importante que gestantes e crianças sejam captadas precocemente:

[...] a captação da gestante, o agente de saúde faz toda aquela parte, só mesmo a questão do acompanhamento da gestante que é feita é na unidade, é uma coisa importante no programa, mas já fazia isso antes também (M3).

[...] assim que detecta a gravidez, coleta exames, dá informações, como funciona o pré-natal. Só que aqui a gestante não é vista como prioridade, é uma paciente como qualquer outra [...] (M5).

Os médicos descrevem a importância da captação precoce, bem como, as ações que devem ocorrer com a gestante até que seja atendida por eles, mas também destacam o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na captação desta clientela.

Junto à equipe profissional, atualmente o ACS tem assumido papel de grande relevância na atenção materna e infantil, isso porque possuem maior contato com a comunidade, são capazes de identificar aspectos, sintomas e queixas relacionados à gestação durante as visitas domiciliares (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016). Todavia, a responsabilidade dos demais profissionais para identificar e assistir à gestante não pode ser reduzido, seja no acolhimento, ou até mesmo durante a consulta médica.

Para que as ações de cuidado no pré-natal possam ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional desde a captação precoce, até o atendimento propriamente dito, faz-se necessário que todos os profissionais se aproximem dessa gestante, identifiquem as suas necessidades de saúde, e não simplesmente prescrevam cuidados, a partir da experiência profissional de cada um, especificamente o conhecimento médico, biologicista e medicalizador. Assim sendo, toda relação social e ação de cuidado deve ser ancorada na relação face a face (SCHÜTZ, 2012).

Dessa forma, a relação social do tipo face a face, é permeada de interesses comuns e recíprocos para o desenvolvimento das ações de cuidado. É o que Schütz denomina

reciprocidade de intenções (SCHÜTZ, 2012). Esta relação é estabelecida a partir das relações diretas, na qual os indivíduos se relacionam de forma íntima e cotidiana (JESUS et al., 2013).

Com a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000, estabeleceu-se que a captação da gestante pelo serviço deve ocorrer até 120 dias de gestação. Este é um fator importante para o seguimento materno-infantil, pois possibilita acompanhar o desenvolvimento da criança, bem como da saúde da gestante, facilita o acesso aos métodos de diagnóstico para diversas patologias que podem agravar a saúde da mãe e da criança e assim, permite intervenções necessárias em tempo oportuno (DOMINGUES et al., 2012).

Outra etapa essencial para o cuidado materno-infantil refere-se à estratificação de risco. Sobre esta ação os médicos responderam:

[...] não sou muito de acordo com a maneira como estão enfocando essa estratificação de risco, porque essas coisas dependem muito de região para região. [...] às vezes dentro do programa está estratificado como risco intermediário, precisa classificar porque o programa pede, mas a meu ver não é o caso, mas preciso encaminhar para outro serviço [...] (M4).

As gestantes de alto risco a gente só vai definir num segundo momento das consultas, por que vai fazer os exames, aqueles 17 exames. Pegam-se os exames, verifica e define se é ou não alto risco, a não ser quando a mãe já vem com uma história de parto anterior de alto risco, aí já começamos como alto risco (M6).

Os participantes do estudo descreveram realizar a estratificação de risco, independente de suas opiniões, do modo como o programa preconiza. No entanto, remetem a dificuldade em trabalhar com o risco intermediário o qual foi implementado pelo PRMP.

A identificação precoce das gestantes de alto risco na primeira consulta em serviços de APS é importante para o planejamento e adequação das ações, as quais se diferenciam por sua complexidade, técnicas especializadas e orientações (COSTA et al., 2016). O PRMP preconiza que na primeira consulta, a gestante deverá ser vinculada e deverá receber todas as orientações relacionadas aos ambulatórios e hospitais de referência para urgência e emergência, de acordo com a estratificação de risco, assim como, para a criança classificada como risco intermediário ou alto risco (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

O risco intermediário, o qual determinou entraves para os médicos, classifica as gestantes que apresentam fatores relacionados às características individuais, sendo: raça, cor ou idade; características sociodemográficas; escolaridade materna; história reprodutiva anterior - mulheres com pelo menos um filho morto em gestações anteriores ou que tiverem pelo menos três filhos vivos em gestações anteriores. Já para as crianças, o risco intermediário refere-se aos filhos de mulheres com as características acima citadas (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; FRANK et al., 2016).

As necessidades de saúde das gestantes que buscam pelo cuidado de saúde na assistência pré-natal são permeadas pela intersubjetividade, concebida como pré-condição da vida social. Assim, a intersubjetividade, se dá na relação social do tipo face a face em um mesmo espaço e tempo cronológico (SCHÜTZ, 2012).

Nessa relação face a face e intersubjetiva estabelecida, quando o médico estratifica riscos, está tipificando essa gestante de acordo com o seu risco gestacional dentro deste grupo social. Nesse sentido, durante a vivência de cuidado de saúde, médico e gestante adquirem experiências que constituem a tipificação – aquilo que é típico. Para Schütz (2012), o mundo cotidiano apresenta-se nas tipificações.

Para cuidar da saúde é preciso à participação de todos os sujeitos, para isso, se torna fundamentais ações de educação em saúde:

Praticamente não faço nenhuma educação em saúde, a não ser a conversa aqui do pré-natal, nas consultas diretamente com a paciente (M2).

[...] com educação em saúde não estamos tendo mais problemas com aleitamento materno e com respeito ao parto normal também. Já começamos a sentir essa mudança às mulheres já não estão mais pressionando tanto: “eu quero cesárea” (M4).

Os profissionais disseram que suas ações para educação em saúde estão restritas as orientações durante as consultas. Enquanto que, outros destacaram a importância dessas ações, com a participação familiar, para melhorar as expectativas para o aleitamento materno, assim, como para reduzir o número de partos cirúrgicos desnecessários.

As ações educacionais apresentam como objeto o aumento da consciência sobre os riscos e sobre a importância de comportamentos seguros. Para isso, as ações educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe de saúde. Deve ocorrer em todo e qualquer contato entre os profissionais e a população em geral (DOMINGUES et al., 2012).

A formação acadêmica – no nível de graduação e de pós-graduação – deve estar voltada para atender às necessidades implicadas no processo do cuidado humano. Nesse sentido, os currículos dos cursos de formação na área da saúde devem ser ajustados para o atendimento a essa demanda. Ademais, a parceria entre médicos, gestores, enfermeiros e demais envolvidos na promoção da saúde é vista como meio que possibilita a ampliação e a qualificação das ações de cuidado para determinada população (CALDEIRA et al, 2012).

Sobre a caderneta de saúde da criança e da gestante implementada pelo PRMP, os médicos responderam:

A gente usa, embora tenha ressalva, mas tem que usar [...]. É muito grande e as informações são espalhadas que dificulta a análise. Vemos que as pessoas não a preenchem, tínhamos outro que era mais fácil, mais condensada a informação. Da criança tínhamos uma carteira melhor, com mais informações, material, o gráfico piorou a meu ver como médico. Eu gostava muito mais da carteira anterior (M1).

Há muitas dificuldades, para começar foi elaborada por um pessoal que não atua, e talvez não esteja realmente ciente do que seja a população brasileira. Utilizo, pois sou obrigado e é o único modelo que disponho (M2). É altamente didático. Não tenho nenhum problema de preenchimento. Até mesmo é compreensível até para a própria mãe. A gente até coloca isso para as mães que tem alto risco, que elas podem acompanhar ali direitinho (M6).

A maioria dos médicos entrevistados, exceto um, possuem as mesmas opiniões sobre a caderneta de saúde proposta pelo PRMP, ou seja, utilizam porque foi determinado, porém encontram dificuldades para manipulá-lo para a leitura dos dados e no preenchimento. Segundo os depoentes, esta caderneta não facilita o atendimento da clientela materna e infantil.

As cadernetas de saúde da gestante e da criança fazem parte das ações de acompanhamento e promoção da saúde. São consideradas ferramentas estratégicas das políticas de redução da morbimortalidade materno-infantil e de vigilância à saúde, e ainda, assumem o papel de instrumento de comunicação e acompanhamento (SANTOS NETO et al., 2012).

Para que se possa alcançar o objetivo principal da caderneta de saúde é necessário que haja o registro correto e completo de todas as informações, do diálogo entre o

profissional de saúde e a família e sobre sua importância e anotações realizadas (VIEIRA; VIEIRA, 2012).

Quanto à realização de exames laboratoriais e de imagem necessários durante o pré-natal, constatou-se pelas falas divergências, como segue:

[...] exame a gente tem a disponibilidade. Coleta na unidade e recebe aqui mesmo. Tem teste rápido também. Só tenho uma preocupação, a paciente vem antes de engravidar e, por exemplo, se quiser saber alguns exames antes de engravidar, para uma orientação pré-concepcional, eu não tenho os exames disponíveis [...]. Até peço, mas não autorizam fazer. [...] a realização do ultrassom, esse é um gargalo grande e está cada vez pior, demorando muito e as gestantes acabam fazendo particular. (M1)

[...] as dificuldades que as paraguaias encontram são maiores do que as que vivem no Brasil, até pelo acesso aos exames, isso é muito grave. Praticamente não existe, existe na parte teórica, mas na prática não, lido com isso diariamente (M2).

[...] quando a mãe vem comigo, já está gestante, eu mesmo solicito os exames. É preconizado os dezessete exames. Quando vai direto com a enfermagem já está autorizado a fazer esse pedido. [...] quando vem algum resultado diferente do que é preconizado, passa comigo, mas temos acesso com facilidade aos exames [...] (M6).

Pelas falas dos profissionais, percebe-se que com a implantação do PRMP, a solicitação de exames laboratoriais foi um ponto positivo, porém, por estarmos em região de fronteira, o referido programa não consegue abarcar as necessidades de mulheres estrangeiras, como destacado em um depoimento sobre a gestante paraguaia. Outra questão em que demonstraram dificuldades refere-se à realização do ultrassom, considerando o tempo de espera.

Os municípios de faixas de fronteira, cenário deste estudo, disponibilizam recursos humanos e estruturais para atender suas próprias populações, contudo, precisam também atender uma população flutuante pelo sistema público de saúde muito além do previsto, a qual não se contabiliza em termos de repasses financeiros. Na tentativa de resolver tal situação, o governo federal em 2006 implantou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Sis-Fronteiras), com o objetivo de racionalizar a oferta de serviços de saúde para brasileiros que residem em países vizinhos (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Estudo realizado no Rio de Janeiro apontou que a proporção de gestantes com resultados de exames é baixa, e isso ocorre devido às falhas na execução dos exames, morosidade no retorno dos resultados, entre outros. Estes fatores dificultosos acabam resultando no cuidado pré-natal inadequado, seja durante a gestação ou no planejamento da mesma (DOMINGUES et al., 2012).

Quanto à vinculação da gestante ao ambulatório especializado e ao hospital referência para o alto risco, os profissionais relataram:

A gente consegue encaminhar para o hospital quando precisa [...]. A gente identifica a paciente, faz uma cópia do prontuário, registra na carteirinha e já liga. Faz contato por telefone com o próprio ambulatório e a gestante já sai com a consulta agendada com horário e tudo. Geralmente é rápido, do momento que descubro que tem uma paciente de alto risco e tenho que encaminhar. Contudo, dificilmente tenho uma informação do médico sobre o caso, fico mais sabendo pela paciente (M1).

É uma dificuldade que nós temos é a questão do ambulatório de alto risco. Você encaminha para o alto risco e não tem a contra referência. A gestante está bem perdida e a gente também. Quando tem a contra referência você sabe o que é preciso fazer. [...] os nossos obstetras continuam acompanhando o risco intermediário, mas eles não concordam com essa estratificação, porque para eles, risco habitual e risco intermediário é uma coisa só (M3).

Sobre a vinculação da criança ao ambulatório especializado e ao hospital de alto risco:

A criança a gente não tem referência (M1).

[...] temos um profissional na cidade, que é o pediatra, então a gente absorve essa criança, acompanha. Percebeu que não vai mais conseguir dar o suporte para ela, a gente encaminha ao especialista na cidade. O especialista vai fazer a avaliação, se achar que deve encaminhar, encaminha para outros municípios maiores (M6).

De acordo com as falas, a vinculação da gestante ocorre sem problemas, porém a maior dificuldade relaciona-se a contra referência, gerando falhas no atendimento. Além disso, a não aceitação em relação à estratificação do risco intermediário também dificulta as ações para este grupo específico. Enquanto que, em relação à vinculação das crianças,

os profissionais responderam que não há um serviço de referência específico para o atendimento às crianças de alto risco.

Autores fortalecem que a conexão do pré-natal com os demais serviços é fundamental para as ações se consolidarem em relação a gestante e a criança de alto risco. Se há uma dificuldade na troca das informações, isso pode revelar falta de integração e impede que o processo da assistência seja completo, favorecendo a descontinuidade do atendimento e, conseqüentemente, maiores riscos para a gestante e a criança (VIELLAS et al., 2014).

Com relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança:

A gente faz puericultura mensalmente até seis meses, depois a cada dois meses, depois de um ano, dependendo da situação, geralmente conforme as datas da vacina [...] já sai com uma consulta agendada na puericultura, comigo ou com a enfermeira (M1).

[...] as crianças sem nenhuma patologia, faz o acompanhamento da puericultura com a enfermeira e, os pediatras quando a enfermeira tem alguma dificuldade [...] (M3).

Neste contexto a maioria respondeu que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças é realizado por enfermeiros através da puericultura e, diante de necessidades ou dificuldades é encaminhado aos médicos.

Percebe-se que os médicos reconhecem o papel do enfermeiro na equipe de saúde para o cuidado, especificamente a criança atendida no PRMP. Assim, a complexidade do campo da saúde exige do enfermeiro o desenvolvimento de competências que possibilitem sua atuação, especialmente na promoção da saúde (CALDEIRA et al., 2012).

No que diz respeito à formação, salientam-se as competências gerais do enfermeiro: a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração, o gerenciamento e a educação permanente. Todas essas competências são importantes para o cuidado, independentemente do período do ciclo vital (CALDEIRA et al., 2012).

Através do acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento da criança como a verificação do peso, altura e demais medidas, os quais são indicadores sensíveis do estado de saúde, pode-se verificar o progresso da criança ou identificar possíveis fatores de risco (MOREIRA; GAÍVA, 2013).

As crianças são consideradas vulneráveis, e por isso, seu estado nutricional refere-se a um excelente indicador de saúde e qualidade de vida, assim, a identificação precoce

de fatores de risco é de extrema importância para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

Para promover a saúde da díade – mãe e filho – e fortalecer o desenvolvimento saudável, é essencial que estes sejam captados precocemente, sobre esta questão, os médicos destacaram:

A maioria das gestantes é acompanhada até o final e quando vai ganhar o bebê, já tem uma ideia de quando é a data. Tem também a consulta do puerpério. Ela vem aqui na semana seguinte fazer o teste do pezinho, e já é captada na recepção. [...] encerro o seu pré-natal e já inicia a puericultura [...] (M1).

De forma bastante irregular, conforme o profissional no hospital dá alta e conforme o interesse principalmente da paciente em retornar. A maioria é orientada a procurar uma consulta depois do parto, mas nem todas fazem por questões diversas (M2).

[...] primeiro as gestantes são orientadas que têm que voltar [...]. O vínculo é a ACS porque na verdade existe uma intimidade com o ACS, uma confiança às vezes até maior do que com o próprio médico [...] (M3).

Existem consultas já pré-agendadas. Fez o parto, nasceu, não compareceu na primeira consulta, a equipe do Programa Saúde da Família já vai visitar [...] (M6).

Nesta questão observa-se como são importantes as orientações às gestantes, como também o vínculo que se cria com ela e a família. A afirmação da maioria foi que as gestantes são orientadas sobre o retorno puerperal, bem como, orientadas sobre a realização do teste do pezinho e da puericultura. Quando não há o retorno espontâneo são acionados os ACS, os quais fazem contato com essa puérpera, reforçando e estabelecendo o vínculo entre a família e os profissionais da saúde.

Todavia, um participante destacou que este retorno é falho, muito embora esta mãe tenha sido orientada. Salienta-se que, é responsabilidade das equipes de saúde realizar busca ativa, caso o sujeito não procure o serviço. E ainda, para se estabelecer o vínculo e uma relação de confiança é fundamental que os profissionais de saúde se responsabilizem pelo cuidado integral da díade, sem culpabilizar as famílias, mas acolhê-las em todos os momentos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

De acordo com o PHPN, a consulta de puerpério deve ocorrer até 40 dias após o parto, para neste momento auxiliar a mãe na assistência ao filho, no desenvolvimento das habilidades maternas e para o auto cuidado (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Todo recém-nascido deve ser avaliado por um profissional de saúde entre o terceiro e quinto dia de vida, tendo como princípio a garantia de identificação de possíveis fatores de risco de forma precoce, promover a saúde e prevenir doenças. Esta avaliação busca verificar dados básicos da criança como o peso, altura e também, a conversa com a mãe sobre a alimentação, higiene, padrão de sono, entre outros (AFONSO et al., 2011).

Em relação ao ACS, este é visto como elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Seu papel está ampliado para além do foco de atenção materno-infantil, mas para a família e a comunidade, e isso, acontece pela interação e companheirismo que se cria entre o profissional e a comunidade, facilitando ainda mais as ações em saúde (COSTA et al., 2013a).

Os programas de saúde, como o PRMP, trazem consigo características de aproximar a população aos serviços de saúde e, desta forma, geram informações importantes relacionados a essa aproximação. Esses dados estão agrupados nos sistemas de informação, os quais permitem produzir novos dados, conhecer a realidade sócio-sanitária e acompanhá-la, introduzindo novas ações e programas a fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e da vida da população (CAVALCANTE; FERREIRA; SILVA, 2011).

Sobre os conhecimentos e atuação dos médicos com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS):

Desconheço, pois não é feito por mim, preencho apenas a ficha de estratificação de risco e posteriormente não sei o que tem acontecido (M2).

Eu não sei como que é feito isso, por que isso quem faz é a enfermeira da unidade. Nós médicos aqui atendemos pelos programas, mas esses dados são repassados pra enfermagem (M5).

Os médicos descreveram não saber como alimentar esses sistemas. Nos casos aqui apresentados, repassam para os enfermeiros as informações e os dados necessários para que estes deem continuidade ao processo - alimentando diretamente ou encaminhando para outro setor responsável.

Os SIS são conjuntos de dados organizados de forma íntegra, com o objetivo de atender a demanda de usuários e proporcionar uma visão integral das necessidades dos mesmos. Os profissionais de saúde inserem os dados no sistema, e em seguida, organiza,

distribui e disponibiliza esses dados para outros profissionais e outros serviços de modo que os mesmos realizem um planejamento as ações voltadas à assistência da população (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

Esses sistemas auxiliam a tomada de decisão da assistência em saúde, mas para isso, é importante que estejam acessíveis e de fácil compreensão para todos, para que assim atinja seus objetivos (BARBOSA; FORSTER, 2010).

O profissional de saúde, em particular o médico deste estudo, pode se tornar capaz de atuar em SIS se houver formação, ou seja, determinada bagagem de conhecimento para tal, visto que na maioria das falas, o médico leva em conta a sua bagagem de conhecimentos e a situação biográfica como mediadora do cuidado (CALDEIRA et al., 2012).

3.3 Perspectivas sobre o Programa Rede Mãe Paranaense

A categoria refere-se aos “motivos para” e traduz o que o médico espera para os profissionais de saúde, para as gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças:

As perspectivas/expectativas do sujeito/indivíduo relacionam-se aos “motivos para”, ou seja, tratam de uma categoria subjetiva, pois demonstram a projeção de uma ação num tempo futuro. Dessa forma, o contexto motivacional é aquela no qual se encontra determinada ação em virtude do seu *status* como projeto (SCHÜTZ, 2012).

As perspectivas dos médicos em relação aos profissionais de saúde a partir do PRMP:

[...] que o serviço de saúde tenha profissionais capacitados e que deem acesso para as pessoas. Para isso, a gente precisa que tenha mais equipes trabalhando. [...] que se sintam mais seguros no que estão fazendo, porque se estiverem amparados por algum protocolo eles podem saber que estão fazendo certo (M1).

Espero que sempre haja um compromisso frente aos objetivos, mas não é isso que se verifica, pois praticamente existem poucos profissionais na rede pública (M2).

[...] se não houver essa reestruturação, se o governo não ouvir os profissionais, não ouvir as gestantes, nós não vamos ter êxito com o programa como não estamos tendo no nosso município [...] (M3).

Os entrevistados esperam que o governo possa ouvi-los mais, bem como, ouvir as gestantes, puérperas e famílias. Além disso, acreditam que há a necessidade de mais profissionais no sistema de saúde, profissionais capacitados para atuarem no programa, compromissados em realizar as ações necessárias para assim alcançar os resultados do PRMP.

Um profissional da área da saúde deve integrar seus conhecimentos teóricos, seus valores e habilidades, bem como deve ter consciência sobre os contextos sociais, políticos, econômicos e culturas e, mais que isso, deve saber conviver e interagir em grupo mesmo com as diferenças interpessoais (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Toda a formação agrega determinada Bagagem de Conhecimentos e este contexto de experiências no cuidado, faz com que o profissional de saúde seja capaz de planejar suas ações e as reestruturar a partir de diferentes situações, que serve de base para novas ações de cuidar “motivos para”. Essa motivação remete os sujeitos à ação imaginada, que tem origem na Bagagem de Conhecimentos e na Situação Biográfica de cada sujeito envolvido na ação de cuidar (CALDEIRA et al., 2012).

É necessário que os profissionais tenham um olhar voltado não somente para a doença, mas para o processo saúde-doença, atenção com as pessoas, as histórias individuais e coletivas, compreendendo a cultura, o sistema e a relação entre eles (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Para agregar as suas perspectivas, os médicos esperam para as gestantes e para as crianças:

[...] que as crianças consigam ter as necessidades atendidas e que adoeçam menos e consiga ter mais ações de prevenção e promoção à saúde (M1).

Que as nossas gestantes e nossas crianças possam aproveitar o programa [...], mas é preciso haver uma reestruturação se não elas vão continuar com dificuldades (M3).

[...] espero que as gestantes sejam bem atendidas, que não percam mais bebês, espero que não percamos mais nenhuma mãe [...]. (M4).

Que as gestantes se sintam bem melhor, tudo que der mais atenção a alguém sendo gestante, criança, idoso, que se der mais atenção com certeza à população vai gostar mais. E espero que as crianças tenham desenvolvimento psicoemocional, intelectual melhor para o futuro delas, na verdade elas serão o nosso futuro, nossos guardiões (M5).

Conforme os relatos, os profissionais almejam o melhor para as gestantes e crianças atendidas no programa. Os mesmos se preocupam em garantir educação social, educação em saúde, atendimento as necessidades das gestantes, ações para proporcionar o crescimento e desenvolvimento infantil saudável, com melhor atendimento e satisfação. É importante destacar que as ações de cuidado à saúde necessitam estar voltadas para a cobertura de toda a população materno-infantil, proporcionando e assegurando continuidade do atendimento (MELLO et al., 2012).

Desse modo, os profissionais devem proporcionar e incentivar o acolhimento com dignidade à mulher e a criança, considerando-os como sujeitos de direitos e não objetos passivos da atenção. A história que cada gestante ou criança traz consigo deve ser apreciada de forma integral, pois é através da escuta que as famílias poderão tirar dúvidas, expressar medos e incertezas (COSTA et al., 2013b).

E sobre as perspectivas dos médicos em relação aos sistemas de informação:

Que ele aconteça! Que seja mais conhecido. Isso é importante porque a gente pode planejar melhor as ações [...]. Essa é a questão, não é que a gente não quer se mexer, tem a situação da promessa de ter um computador [...] (M1).

Eu não diria o que espero, pois o que espero é o melhor, mas o que vejo é o pior. Não vejo compromisso e desenvolvimento, mas sim muita burocracia. [...] demoro mais tempo preenchendo papel do que para atender uma gestante (M2).

Ainda precisa melhorar! É um programa bom auxilia realmente bastante, mais ainda por alguns problemas técnicos, alguns detalhes a gente ainda fica na mão, tem que voltar atrás, preencher prontuários, procurar prontuários. Então, muitas vezes, dificulta o atendimento (M5).

Identificou-se nas entrevistas a necessidade de melhorias, diretamente nos sistemas, como no suporte técnico estrutural, na capacitação dos profissionais para utilizarem essa ferramenta e a própria divulgação do mesmo. Na opinião dos médicos o sistema de informação pode contribuir para a assistência, mas para isso, necessita de mudanças.

Os médicos relataram que fazer a assistência direta aos pacientes é a atividade mais fácil, o que é difícil é a questão burocrática do preenchimento dos formulários do Sistema de Atenção Básica (SIAB). Isso acontece pela questão cultural de que médicos e

o ato de elaborar registros não se relacionam harmonicamente (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

Nesse sentido, fica evidente a importância e necessidade de educação continuada e permanente com os profissionais envolvidos na assistência direta, assim como, na alimentação dos SIS - fundamentais para a construção e implementação de políticas públicas de saúde (MOIMAZ et al., 2010). A educação permanente deve ser distinguida pela singularidade e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos, na medida em que se modificam no cotidiano dos serviços permitindo que os métodos pedagógicos se façam presentes nos saberes e fazeres (PEDUZZI; SILVA, 2011).

Em vários momentos deste estudo, os aspectos relacionados à formação, ou seja, a Bagagem de Conhecimento profissional ficou evidente. Isto explicitou os "motivos por que" decorrentes da situação biográfica do médico, ou seja, o acumulado de toda a experiência e vivência nos cursos formadores, na equipe de trabalho, nos estudos desenvolvidos de forma individual como as leituras, dentre outros, assim como, os "motivos para", o projetar-se para o futuro profissional com suas expectativas de formação e de assistência.

Nesse mesmo pensar, tanto a formação, como a utilização de protocolos que direcionem o cuidado a essas mulheres é considerada, pelo médico, como instrumento mediador na atenção à saúde dessa clientela. Deve-se pensar, entretanto, que tais instrumentos propõem abordagem parcial e objetiva do cuidado, cabendo ao profissional utilizá-los de forma qualificada. Isso pressupõe conhecimento teórico-prático que permita reconhecer os aspectos subjetivos circunscritos às necessidades de cuidado (CALDEIRA et al., 2012).

A Bagagem de Conhecimentos e Situação Biográfica do médico, sujeito deste estudo, possibilitou tipificar este grupo social e a seguir apresentar o tipo vivido. Nesse sentido, durante a vivência de cuidado de saúde, o médico adquire experiências que constituem a tipificação – aquilo que é típico para este grupo social. O mundo cotidiano apresenta-se nas tipificações (SCHÜTZ, 2012), ou seja, nas representações construídas pelos próprios atores sociais de acordo com suas relevâncias (CALDEIRA et al., 2012).

4 Considerações finais

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a compreensão de como os médicos pertencentes à área de abrangência da nona Regional de Saúde de Foz do Iguaçu no Estado do Paraná, percebem a implantação e o desenvolvimento do PRMP.

O referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz possibilitou a tipificação deste grupo social composto pelos médicos participantes. É um grupo social que conhece indicadores, compromissos e objetivos propostos pelo PRMP, mas apontam que as dificuldades para atuar neste referido programa, muitas vezes, está atrelada a falta de infraestrutura, recursos financeiros e de capacitações. Este grupo realiza o pré-natal, mas nem sempre de acordo e concordância com o PRMP. Relatam falta de treinamento e discussão mais aprofundada para o seu desenvolvimento.

É um grupo que identifica alterações nas gestantes e nas crianças e realiza os encaminhamentos para os ambulatórios especializados em alguns casos, mas não concorda com a Estratificação de Risco proposta. Este grupo também espera que o cuidado materno-infantil seja qualificado. No que tange aos SIS, não diferente de outros estudos, este grupo desconhece sobre como funciona, mas reconhecem sua importância.

Assim sendo, faz-se necessário maior investimento na capacitação dos profissionais no que concerne ao cuidado realizado à população materna e infantil, bem como, sobre a importância dos SIS, visto que, o planejamento das ações de saúde se dão à partir dos dados e das informações geradas pelos respectivos sistemas.

Foi possível perceber que este grupo composto pelos médicos estudados, parece não estar coeso no seguimento do protocolo do PRMP, mas realiza o pré-natal primando pela diminuição dos agravos à saúde materno-infantil. É um grupo que requer capacitação e aprimoramento. Sabe-se que o PRMP foi implantado há quatro anos e, percebe-se que as taxas de morbimortalidade materna e infantil já declinaram no Estado do Paraná. Há necessidade de estudos posteriores para se somar aos resultados aqui encontrados, bem como, capazes de avaliar o PRMP, o que foi possível até o momento foi apenas analisar a sua implantação e desenvolvimento.

Este estudo não pode ser considerado acabado, fazem-se necessários outros olhares sobre esta temática, que permita a compreensão sobre as percepções e ações dos profissionais que atuam no PRMP. Também é preciso mais investimento em capacitações, visando maior qualidade nas ações de cuidado à população materna e infantil.

Referências

- AFONSO, V. W. et al. Assistência à saúde integral do binômio mãe filho no quinto dia de vida do bebê: relato de uma experiência. **Interagir: pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n.16, p.77-81, jan./dez. 2011.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.
- BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.424-433, ju./set. 2010.
- BUGS, T. V. et al. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no Programa Rede Mãe Paranaense. **Saúde** (Santa Maria), Santa Maria, v. 42, n. 2, p. 1-9, jul./dez. 2016.
- CALDEIRA, S. et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 1-8, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012.
- CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N.; SILVA, P. C. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 290-299, mai./ago. 2011.
- COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18; n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013a.
- COSTA, K. F. et al. Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n. 4, p. 86-94, out./nov./dez. 2013b.
- COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-8, abr./jun. 2016.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 1029-1042, 2011.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.
- FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-538, abr./jun. 2012.
- FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2611-2620, ago. 2010.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três regionais de saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, abr./jun. 2016.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, fev. 2011.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 893-902, 2011.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.757-762, maio 2010.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, ago. 2016.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense – relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, abr. 2014.

JESUS, M. C. P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 736-741, jun. 2013.

KARA-JUNIOR, N. A democratização do conhecimento médico e seus desafios. **Revista Brasileira Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1, p. 5-7, jan./fev. 2013.

MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-679, jul./ago. 2012.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, jul. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.3, p. 385-390, jun. 2010.

MOREIRA, M. D. S.; GAÍVA, M. A. M. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3757-3766, abr./jun. 2013.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, supl 1, p. 957-970, 2014.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar. 2013.

- PARANÁ. **Oficina do Plano Diretor da Atenção Primária**. Formação e Qualificação Profissional em APS. Oficina 2. Curitiba, 2011.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. Paraná, 2012.
- PEDUZZI, M.; SILVA, J. A. M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, out./dez. 2011.
- SANTOS NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set. 2012.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013.
- SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- SILVA, R. M. M. et al. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1217-1224, abr. 2015.
- SILVA, R. M. M. et al. Análise da incidência de óbitos fetais entre municípios da nona regional de saúde do Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 37, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2016.
- VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, fev. 2011.
- VIEIRA J. R. B.; VIEIRA, F. L. D. Análise crítica da caderneta de saúde da criança como instrumento de educação fonoaudiológica. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, n.7, p.71-81, jan./jun. 2012.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p.85-100, 2014.
- XAVIER-GOMES, L. M. et al. Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 695-707, set./dez. 2015.

Recebido em: 30 de novembro de 2016.

Aceito em: 17 de fevereiro de 2017.