

VIVIANE CAROLINE MEDEIROS

**O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA PARA A
REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

CURITIBA

2011

VIVIANE CAROLINE MEDEIROS

**O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA PARA A
REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática profissional em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aida Maris Peres

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Liliana Muller Larocca

CURITIBA

2011

Medeiros, Viviane Caroline

O planejamento como ferramenta para a reorganização da atenção pré-natal / Viviane Caroline Medeiros – Curitiba, 2011.

98 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

Dissertação (mestrado) -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem

Inclui bibliografia

1. Sistema Único de Saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Métodos de planejamento. 4. Pesquisa em administração de enfermagem.
5. Pré-Natal I. Peres, Aida Maris. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO

VIVIANE CAROLINE MEDEIROS

O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA PARA
A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora.

Orientadora: Aida Maris Peres

Profa. Dra. Aida Maris Peres

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Marina Peduzzi

Profa. Dra. Marina Peduzzi

Membro Titular: Universidade de São Paulo - USP

Lillian Daisy G. Wolff

Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 20 de dezembro de 2011.

RESUMO

A organização da atenção pré-natal reflete nos indicadores de saúde relacionados à morbi-mortalidade materna e infantil. Com o objetivo geral de desenvolver uma proposta de planejamento participativo para a reorganização da atenção pré-natal junto aos gestores do município de Colombo - PR e objetivo específico de analisar o processo de elaboração deste plano, discutindo-o junto ao referencial teórico de planejamento, elencando potencialidades e fragilidades a serem consideradas na atenção pré-natal, esse estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, foi realizado no município de Colombo, região metropolitana de Curitiba. Para atingir os objetivos do estudo, foram realizadas três fases de coleta de dados: pesquisa documental e bibliográfica; oficinas com enfermeiros coordenadores de Unidades de Saúde e seminários com gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Desses encontros, emergiram temas relacionados à estrutura do pré-natal no município que foram considerados relevantes, e são discutidos em cotejamento com a literatura. Durante os seminários, foi elaborada uma proposta de planejamento participativo baseada na técnica de Quadro Lógico, que servirá para orientar a reorganização do programa no município, com vistas a ampliar e qualificar a cobertura do pré-natal, e atingir melhores indicadores de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Planejamento em Saúde. Métodos de Planejamento. Pesquisa em Administração de Enfermagem. Pré-Natal.

ABSTRACT

The organization of prenatal care attention reflects on the health indicators related to the morbidity-mortality of mothers and children. With a general goal of developing a proposal of participative planning to the reorganization of prenatal care together with the managers of the City of Colombo, and specific goals to analyze the elaboration of this proposal of reorganization of prenatal care, discussing about it with theoretical frame of reference, listing the potentialities and fragilities to be considered on prenatal care, this study, which is a research-action kind, with qualitative, also in Colombo, near to Curitiba. To reach the study goals, there were realized three phases of data collection: documental and bibliographic research, workshops with nurses, managers of Health Centers and Seminars with the central managers of the Municipality Health Nucleus. From these reunions emerged themes related to the structure of prenatal care at the city which were considered relevant and these themes still being discussed together with literature. During Seminars. There were been elaborated a proposal involving participative planning based on the Logical Chart technique, that will be useful to guide the reorganization of the city program, with the aim to widen and to qualify the coverage of prenatal care and to reach better health indicatives.

Key words: Unified Health System. Health Planning. Planning Techniques. Nursing Administration Research. Prenatal Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ESTRUTURA DO QUADRO LÓGICO	43
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DE SAÚDE.....	57
---	----

LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	-	Centro de Atendimento Psicossocial
CTA	-	Centro de Triagem e Aconselhamento
DATASUS	-	Departamento de Informática do SUS
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPP	-	Método Altadir de Planejamento Popular
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PA	-	Pronto Atendimento
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	-	Planejamento Estratégico Situacional
PHPN	-	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PlanejaSUS	-	Sistema de Planejamento do SUS
PPSUS	-	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF	-	Programa Saúde da Família
QL	-	Quadro Lógico
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
US	-	Unidade de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade Saúde da Família
SIS	-	Sistema de Informação em Saúde
SISPRENATAL	-	Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN	-	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	-	Secretaria do Estado de Saúde do Paraná
SUS	-	Sistema Único de Saúde
ZOPP	-	Planejamento por Projetos Orientado por Objetivos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	17
1.1.1 Objetivo Geral	17
1.1.2 Objetivos específicos	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	18
2.2 PLANEJAMENTO	23
2.2.1 Planejamento participativo	29
2.3 DIRETRIZES DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	31
3 METODOLOGIA	37
3.1 OBJETIVOS	37
3.2 QUADRO LÓGICO	37
3.2.1 Primeira coluna: lógica da intervenção	39
3.2.1.1 Objetivo Superior	39
3.2.1.2 Objetivo do Projeto	40
3.2.1.3 Resultados	40
3.2.1.4 Atividades Principais	41
3.2.2 Segunda coluna: Indicadores objetivamente comprováveis	41
3.2.3 Terceira coluna: Fontes de Comprovação	42
3.2.4 Quarta coluna: Suposições Importantes	42
3.3 TIPO DE PESQUISA	43
3.4 CENÁRIO DO ESTUDO	46
3.4.1 Histórico	46
3.5 FASES DA PESQUISA-AÇÃO	47
3.5.1 Fase exploratória	47
3.5.2 Tema da pesquisa	48
3.5.3 Colocação dos problemas	48
3.5.4 O lugar da teoria	48
3.5.5 Hipóteses	49
3.5.6 Seminários	49

3.5.7 Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa	50
3.5.7.1 Critérios de inclusão e exclusão	50
3.5.8 Coleta de dados	50
3.5.8.1 Fase I – Diagnóstico	51
3.5.8.2 Fase II – Oficina com enfermeiros coordenadores	51
3.5.8.3 Fase III – Seminários	51
3.5.8.3.1 Seminários de Planejamento	52
3.5.8.3.2 Análise dos dados	52
3.5.9 Aprendizagem	52
3.5.10 Saber formal e saber informal	53
3.5.11 Plano de ação	53
3.5.12 Divulgação externa	53
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	54
4 RESULTADOS	55
4.1 FASE I	55
4.1.1 Dados epidemiológicos relacionados à atenção pré-natal no município de Colombo	55
4.1.2 Estrutura da Atenção Pré-Natal no município	56
4.2 FASE II	58
4.3 FASE III	59
4.3.1 Seminário I	60
4.3.2 Seminário II	60
4.3.3 Seminário III	61
5 DISCUSSÃO	66
5.1 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE COLOMBO / PROGRAMA NASCER COLOMBO	66
5.2 DISPONIBILIDADE DE EXAMES	68
5.3 IMUNIZAÇÃO	68
5.4 REGISTROS DO PRÉ-NATAL	70
5.5 ADESÃO DAS GESTANTES AO PROGRAMA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	72
5.6 EQUIPE DE SAÚDE	73
5.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL	74
5.8 TERRITORIALIZAÇÃO	76
5.9 PACTUAÇÃO	77

5.10 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	77
5.11 SISPRENATAL – INFORMATIZAÇÃO DO PROGRAMA	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	92
ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher no período pré-natal tem ganhado destaque nos últimos anos. Uma demonstração disso é o artigo V dos Objetivos do Milênio, que estabelece o compromisso de reduzir a um terço a razão de mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2015 (LEAL, 2008). Outra evidência desse destaque está nos Objetivos Estratégicos do Sistema de Saúde Brasileiro, que traz entre eles o compromisso de promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Segundo a definição internacional, está em idade fértil a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos. Esse critério brasileiro baseia-se na experiência dos comitês de morte materna, que apresentam em suas estatísticas registros de procedimentos médicos realizados, revelando ocorrência de gravidez em mulheres com idade inferior a 15 anos (BRASIL, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que entrou em vigor a partir da Constituição Federal (1988), prevê a assistência à saúde universal aos cidadãos brasileiros. A definição de padrões de atendimento à população direciona as ações de saúde para as principais necessidades de saúde de acordo com dados epidemiológicos. Assim, a organização da atenção à saúde é realizada por meio de programas voltados a grupos populacionais específicos.

Dentre os programas do Ministério da Saúde, o pré-natal, como parte integrante da saúde da mulher, tem sua relevância por corresponder a um período importante para o acompanhamento destas usuárias do sistema de saúde. O programa tem a função de identificar fatores de risco relacionados a este período, permitindo que sejam tomadas ações adequadas para promover a saúde da gestante e do bebê.

De acordo com o Ministério da Saúde, 92% dos casos de morte materna podem ser evitados. No Brasil, os maiores índices de morte materna encontram-se nas regiões Norte e Nordeste, e os menores na região Sudeste. Entre as causas, predominam as obstétricas diretas, com destaque às doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas (BRASIL, 2007). Ainda segundo o Ministério da Saúde, a

qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde no pré-natal interfere na adesão das gestantes ao programa, o que contribui para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000).

Inserção da pesquisadora no tema e no município

Este trabalho é uma dissertação advinda do curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Com a temática de planejamento, insere-se na linha de pesquisa “Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem”, como parte integrante do projeto “Avaliação para a qualificação da gestão e da assistência na atenção pré-natal no município de Colombo”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), da Universidade Federal do Paraná, por meio do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), que tem como foco a atenção pré-natal no município de Colombo - PR.

A pesquisa do PPSUS citada apresenta os objetivos de avaliar o Sistema Único de Saúde do município quanto à organização, provimento e resultados da assistência pré-natal, na perspectiva de sua adequação às características sócio-demográficas e econômicas da população-alvo e às diretrizes políticas do SUS; e desenvolver ações para aprimorar a gestão dessa assistência. Dessa forma, o projeto do PPSUS no município do estudo envolveu quatro trabalhos já concluídos, que foram utilizados nesta pesquisa para conhecer a estrutura relacionada ao pré-natal em Colombo - PR (ARÉVALO, 2010; TETERYCZ, 2010; POLIQUESI, 2009; ALMEIDA, 2010).

Durante a graduação em enfermagem na Universidade Federal do Paraná, a pesquisadora teve a oportunidade de participar de um projeto de iniciação científica a respeito do princípio da integralidade na concepção dos gestores atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Colombo. A experiência de realizar seminários junto aos gestores para discutir as etapas do planejamento estratégico situacional em um momento de mudança no município, quando iniciava os estudos para a implantação da distritalização, foi uma oportunidade de aproximação ao cenário do estudo atual e ao contexto da gerência na saúde coletiva.

Ao ingressar no mestrado em enfermagem, pesquisadores do GPPGPS já iniciavam suas atividades de elaboração deste projeto de pesquisa em parceria com o município, com ênfase no programa pré-natal. Dessa forma, surgiu a oportunidade

de realizar aproximações com propostas de planejamento participativo, com vistas a instrumentalizar os gestores na reorganização da atenção pré-natal no município, almejando avanços nos indicadores de saúde relacionados ao programa. Assim, o presente trabalho segue nessa temática.

Localizado na região metropolitana de Curitiba, o município de Colombo possui uma população de 213.027 habitantes (BRASIL, 2010). Este dado representa um crescimento da população em relação ao ano 2000, quando eram 174.971 habitantes. O crescimento acentuado da população ao longo dos últimos anos acarreta em aumento da demanda nos serviços de saúde já existentes, o que exige adaptação de sua estrutura para atender a essa população. No que se refere ao pré-natal, é importante dar continuidade às ações de ampliação de sua cobertura, para reduzir os índices de morbi-mortalidade materna e infantil.

Os resultados do SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) fornecidos pelo município mostram que, no ano de 2008, apenas 58,35% das gestantes cadastradas no programa realizaram o acompanhamento completo do pré-natal. Esse dado representa uma ampliação na cobertura quando comparado ao de 2005, ano em que a conclusão do SISPREANATAL era de apenas 12%. Esse crescimento ocorreu devido à reorganização da atenção básica que vem ocorrendo no município, onde os gestores estão comprometidos a ampliar ainda mais a cobertura, pretendendo atingir o que é definido pelo Ministério da Saúde: a garantia de cobertura a toda a população de gestantes e puérperas, incluindo atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2006).

A atenção pré-natal na rede SUS consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2006). Com o intuito de reorganizar a atenção pré-natal, o município busca o redirecionamento de suas práticas com base no planejamento, mas ainda sem um modelo específico.

Lanzoni *et al.*, (2009, p.430) descrevem o planejamento como “um método de se pensar ações, de organizar, de alcançar resultados e de efetivar metas estabelecidas”. Segundo Ciampone e Melleiro (2005), pode ser entendido também como a arte de fazer escolhas e de elaborar planos, favorecendo um processo de

mudança. As autoras acrescentam que é compreendido por um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos, que possibilitam a interação com a realidade para programar estratégias e ações necessárias para alcançar as metas desejadas.

Dentre os modelos de planejamento, destacam-se o planejamento normativo e o planejamento estratégico. O planejamento normativo corresponde a um modelo tradicional, no qual os problemas exigem solução imediata. Esse modelo atendia às necessidades de financiamento do setor de saúde no período anterior à implantação do SUS, quando o planejador deveria partir de um diagnóstico situacional e elaborar um plano com ações programáticas em um cenário estável (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Com outra abordagem, o planejamento participativo prevê o envolvimento de diversos atores sociais. Desse modo, Lanzoni *et al.* (2009) descrevem o planejamento participativo como um método que permite que novas alternativas sejam incorporadas à dinâmica dos serviços. Quando a tomada de decisão é compartilhada, os sujeitos são responsáveis pelo processo de trabalho e de mudanças, enfrentando os problemas e as metas, visto que as decisões partem de uma construção coletiva.

O município do estudo apresenta uma característica importante a ser destacada: os gestores do nível central (coordenadores de Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher e Saúde da Criança) e do nível local (coordenadores de Unidades de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento) são enfermeiros. Isso evidencia que a gestão municipal prioriza para essas funções profissionais que têm formação voltada à administração dos serviços, além da assistência à saúde (MEDEIROS, 2009).

Considerando que o planejamento participativo busca o envolvimento dos profissionais de saúde em todas as suas etapas, e que o enfermeiro é o responsável pelas ações da equipe de enfermagem, ele contribui diretamente no planejamento, organização, coordenação e avaliação do programa pré-natal. Porém, com a grande demanda de atividades deste profissional, as atividades de planejamento podem ficar em segundo plano. Assim, a situação ideal prevê a disponibilidade de um profissional enfermeiro para desenvolver exclusivamente as ações de administração e planejamento do serviço de saúde.

De acordo com Aarestrup e Tavares (2008), com a implementação do SUS os gestores municipais adquiriram maior autonomia, aliada à responsabilidade na

gerência de serviços de saúde. Além disso, a enfermagem tem demonstrado potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde. Segundo Barbosa *et al.* (2007), a prática profissional do enfermeiro proporciona-lhe um campo vasto de experiências, com destaque ao que se refere à liderança, comunicação, pesquisa, organização, promoção e prevenção à saúde. O enfermeiro em saúde pública possui ainda uma visão da realidade que contribui para a criação de estratégias em busca da resolução de problemas.

O objeto de estudo do presente trabalho é a reorganização da atenção pré-natal em um município paranaense. Dessa forma, delineou-se a seguinte questão norteadora: Como reorganizar a atenção pré-natal no município de Colombo - PR?

Assim, o trabalho pretende contribuir com o processo de mudança no modelo de gestão no município, a partir da elaboração conjunta das etapas de planejamento do pré-natal. Este processo é interessante para ser trabalhado nessa fase de mudança pela qual o município vem passando, de descentralização da gestão municipal por meio da divisão do território em três distritos sanitários, que está em fase de ajustes devido aos dados censitários de 2010.

O novo modelo de gestão interfere na Atenção Pré-Natal, assim como em outros programas, pois há maior participação daqueles que atuam no nível local. Dessa forma, esse planejamento advém das necessidades dos usuários, dos profissionais de saúde e dos gestores que atuam no município, pois são eles que pactuam metas e realizam a avaliação do programa, trazendo contribuições resultantes de suas experiências para fundamentar as discussões do grupo.

Desse modo, esta pesquisa justifica-se pelas possibilidades de discutir a atual organização da atenção pré-natal no município de forma participativa, para que gestores e profissionais colaborem na elaboração dos passos do planejamento voltado ao redirecionamento das ações. Neste trabalho, a partir da oportunidade de qualificação da informação para a tomada de decisão, o processo de elaboração do planejamento apresenta a possibilidade dos gestores refletirem sobre as possibilidades de reorganização da atenção pré-natal, refletindo seus resultados nos indicadores de saúde do município.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Como objetivo geral, pretende-se desenvolver uma proposta de planejamento participativo para a reorganização da atenção pré-natal junto aos gestores do município de Colombo - PR.

1.1.2 Objetivo específico

Analisar o processo de elaboração deste plano, discutindo-o junto ao referencial teórico de planejamento, elencando potencialidades e fragilidades a serem consideradas na atenção pré-natal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As organizações de saúde se formam pelas crenças e valores de quem as constituíram, sendo esses os fundadores ou dirigentes que, de forma coletiva e em um determinado contexto, expressam opiniões, estabelecem normas, estruturas e procedimentos. Utilizando recursos geram uma produção: a assistência, que atende aos objetivos organizacionais. Dessa forma, a cultura organizacional resulta das crenças e valores que orientam as decisões de gestores em todos os níveis da estrutura organizacional, direcionando assim o caminho a ser seguido diante de diversas alternativas de ação (JERICÓ; PERES; KURGCANT, 2008).

Reconhecer o ambiente organizacional permite a detecção e o aprofundamento da análise de fatores que interferem no planejamento, execução, controle e avaliação das atividades relacionadas à assistência. A identificação das estruturas formal e informal, presentes em todas as organizações, facilita a participação na comunicação, no planejamento e no desenvolvimento de ações que permitem o desenvolvimento do processo de trabalho (JERICÓ; PERES; KURGCANT, 2008).

Para dar subsídio ao processo de planejamento na reorganização da atenção pré-natal no município de Colombo, destaca-se a importância de aprofundar o conhecimento pelo referencial teórico acerca da temática desse estudo. Assim, este capítulo aborda os seguintes temas: o Sistema Único de Saúde e a organização da atenção básica; planejamento e organização da atenção pré-natal.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Para descrever o SUS, é importante destacar os movimentos e fatos que deram início à discussão de um sistema de saúde que atendesse às necessidades da população. Para tanto, será apresentado a seguir um breve histórico da construção e consolidação do SUS.

Até a década de 1960, as ações de saúde pública no Brasil eram voltadas para atender às demandas que surgiam, sem um programa que proporcionasse

atendimento a toda a população nos em diversos níveis de atenção (MERHY; QUEIROZ, 1993). Ainda nesse modelo, a saúde pública não era tratada como prioridade pelo governo, favorecendo as clínicas médicas e fortalecendo o modelo biomédico de atenção à saúde.

Incentivados pelo debate conceitual e metodológico sobre a organização dos serviços de saúde resultante do primeiro Congresso de promoção à saúde ocorrido em Alma Ata no ano de 1978, a população brasileira, por meio de diversos setores da sociedade, não satisfeita com a forma como a saúde vinha sendo conduzida, deu início ao Movimento de Reforma Sanitária. Aliando-se ao processo de luta pela redemocratização do país, profissionais de saúde, estudantes, entidades e usuários organizaram-se para discutir um sistema de saúde público que pudesse suprir as necessidades de saúde da população, com base na prevenção de doenças e promoção à saúde (SILVA, 2005).

Diante disso, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde lançou as bases para um novo sistema de saúde brasileiro, a partir do movimento de Reforma Sanitária, que traria fundamentação para a Constituição Federal de 1988. Da conferência foram estabelecidos três referenciais para a Reforma Sanitária brasileira: o conceito amplo de saúde; o entendimento de saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a elaboração de um sistema único de saúde, pautado pelos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (CONASS, 2006).

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incorporou elementos centrais da reforma sanitária, tais como a universalização, descentralização e democratização (CONASS, 2006).

O Sistema Único de Saúde surgiu a partir da formulação da Constituição Brasileira de 1988, que descreveu a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, p. 91).

Barros (2005, p. 37) descreve a criação do SUS com base no movimento de Reforma Sanitária:

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, ao induzir o processo de descentralização da atenção sanitária, buscou implantar um modelo assistencial que revertesse o perfil de

intervenção governamental nesse setor. Ao final dos anos 80 do século passado, a política de atenção à saúde era marcada pela ineficiência da gestão pública e pela baixa efetividade das ações no atendimento das necessidades da população. O Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, curante e centralizador, surge nos anos 80, congregando acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e setores da sociedade. A Constituição incorpora sua visão de saúde como direito social e dever do Estado. (BARROS, 2005, p. 37).

O texto elaborado pela Assembléia Constituinte incorporou grandes demandas do movimento sanitário, afirmando que a saúde deveria ser entendida como resultado de políticas econômicas e sociais, e como direito de todos e dever do Estado. Julgava-se necessária a criação de um sistema de saúde que deveria ser organizado pelos princípios de descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade (CONASS, 2006).

Percebe-se que a partir da Constituição Federal de 1988 ocorreu uma forte rejeição à centralização que era imposta até então, e promoveu-se a associação da descentralização com a democratização, ampliando-se os direitos sociais de cidadania, e dando-se maior relevância à proteção dos direitos individuais – através da previdência, e dos direitos coletivos – saúde e assistência social (CONASS, 2006).

Junto a esse momento de construção, as duas principais leis que fundamentam o SUS foram criadas: Lei 8.080 e Lei 8.142, ambas de 1990. A primeira delas, de setembro de 1990, é conhecida como Lei Orgânica de Saúde, e dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento dos serviços, e para promoção, proteção e recuperação da saúde, além das constituições estaduais e leis orgânicas municipais. Já a Lei 8.142, de dezembro de 1990, descreve as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e fundamenta a participação da comunidade no SUS – o Controle Social (BRASIL, 1990).

É importante destacar que as mudanças alcançadas pelo movimento de reforma sanitária ocorreram em consequência de um movimento de politização da saúde, por meio da articulação entre movimentos sociais e políticos, universidades, profissionais e instituições de saúde. Uma das mudanças percebidas após a criação do SUS foi a inclusão da população em um sistema de saúde sem a necessidade de as pessoas possuírem vínculo empregatício, como ocorria até então no Instituto

Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS (PONTES *et al.*, 2009).

Ressalta-se que a participação popular não se limitou apenas ao movimento da Reforma Sanitária, mas está presente na legislação que ampara o SUS. Os cidadãos têm garantidos não apenas o direito de usufruir dos serviços de saúde, mas também, de fazer parte da organização e planejamento do sistema. Este direito constitui um dos princípios básicos do SUS, o controle social. Com ele, os usuários, junto aos profissionais e gestores, podem fazer parte de processos de planejamento participativo na organização do sistema de saúde.

A criação do SUS aponta princípios para a assistência à saúde, com destaque à universalidade da cobertura nos atendimentos, pressupondo a integralidade do indivíduo na assistência; a igualdade como garantia de assistência de qualquer espécie; a descentralização da gestão dos serviços por meio da participação popular; a integração, regionalização e hierarquização do sistema de serviços, intervenções articuladas com outros setores - intersetorialidade, tendo o conceito ampliado de saúde e a determinação social consideradas no processo saúde-doença (CHAVES, 2010).

Para elaborar a estratégia de saúde direcionada a um determinado território é necessário conhecer suas características físicas, sociais e epidemiológicas. As diferenças existentes entre determinados locais podem proporcionar diferentes enfoques nas práticas de atenção à saúde. Exemplo disso são os agravos específicos de cada região. Portanto, a aproximação entre as equipes de saúde e os usuários tornou-se necessária.

As transformações na área da saúde são resultantes de um processo de formação de um sistema público de saúde iniciado na década de 1960. Desde então busca-se um modelo voltado à atenção ao usuário, a práticas de saúde integralizadoras e ao trabalho em equipe. Portanto, as práticas de atenção primária à saúde ganharam força, e hoje direcionam grande parte das ações.

Atualmente o SUS vem incentivando as práticas de atenção básica, que dão ênfase às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Dentro da hierarquização dos serviços esse é o nível primário de atendimento, e é de responsabilidade dos municípios organizar e implementar as ações.

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. (GIL, 2006, p.1171).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica, esse nível de atenção caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Propõe o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A atenção básica, segundo Starfield (2002), é o nível de atenção que proporciona a entrada do usuário no sistema de saúde para todas as suas necessidades e problemas. A atenção básica deve fornecer atenção para assistir as situações relacionadas à saúde mais frequentes na comunidade, com ações de prevenção, cura e reabilitação, com o objetivo de maximizar a saúde e o bem-estar. É ainda o nível de atenção que organiza e otimiza o uso de recursos, básicos e especializados, direcionados à promoção, manutenção e melhora da saúde (BERNARDES; PEREIRA; SOUZA, 2008).

Sobre a promoção à saúde, Souza e Grundy (2004) ressaltam que ela é ainda pouco visível em práticas e serviços de saúde, pois o termo é muitas vezes aplicado de forma inadequada pelos profissionais de saúde, que o confundem com práticas preventivas e de educação em saúde.

Nesse sentido, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS porque, além de estabelecer relações contínuas com a população, também se desenvolve por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas.

Seguindo o eixo da atenção básica, as ações do pré-natal são compatíveis com a promoção à saúde e a prevenção de eventuais problemas, que podem ser percebidos e as providências tomadas já no início. Assim, para que isso ocorra, o planejamento dos serviços de saúde é uma ferramenta fundamental para que a rede esteja organizada no sentido de oferecer às gestantes todos os atendimentos preconizados pelas políticas de saúde da mulher e pré-natal.

Atualmente, a principal estratégia para alcançar os princípios do SUS na atenção básica é a Saúde da Família. Implantada a partir de 1994, a estratégia já está presente na maior parte dos municípios brasileiros, e conta com a participação de equipes multidisciplinares. O Ministério da Saúde a descreve como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2010).

A Estratégia Saúde da Família tem muito a contribuir na Atenção Pré-Natal. Com a equipe estruturada para atender às famílias, facilita o acompanhamento às gestantes, aproximando aquelas que não realizam o pré-natal nas unidades de saúde.

2.2 PLANEJAMENTO

A mudança organizacional corresponde a um processo amplo, que envolve aspectos culturais, gerenciais, estratégicos e outros. É mudança substantiva, de um processo onde a organização é o sujeito principal, e ainda o objeto de transformação (GELBCKE *et al.*, 2006). Para instalar um processo de mudança, principalmente em serviços em que há diversos sujeitos e outros serviços envolvidos, é importante que haja um planejamento que dê a previsão do que deve ser viabilizado para que os objetivos sejam alcançados.

Neste sentido, planejar é elaborar o plano de um processo de mudança. O conceito de planejamento está relacionado a um conjunto de conhecimentos práticos

e teóricos ordenados para possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e o que mais delas decorra, tornando possível alcançar objetivos e metas desejados e preestabelecidos (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Planejar consiste em decidir com antecedência aquilo que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente, ou ainda evitar que condições adequadas venham a se perder no futuro (CHORNY, 1998). Significa instrumentalizar-se para ter o poder de decidir e estar preparado para o que virá no futuro. É ainda definido como um cálculo que precede e preside a ação. Merhy (1994) o define como o modo de agir sobre algo de forma eficaz.

O planejamento apresenta também aspectos de gerência e organizacionais (ARTMANN, 2000). Como instrumento de gestão, que permite administrar o processo de trabalho da organização, incorporando novas formas de se pensar e agir. Ao se agregar ao planejamento a qualidade de instrumento de gestão, é poder se compreender que a dinâmica administrativa contribui para um maior controle do futuro, pela possibilidade da tomada de decisão (LANZONI *et al.*, 2009).

Com o surgimento das organizações sociais, empresariais ou públicas, o planejamento visa organizar meios para o crescimento e desenvolvimento, fazendo com que essas organizações encontrem meios para se manter mesmo com as ameaças que podem afetar suas atividades (GELBCKE *et al.* 2006).

O ato de planejar permite a avaliação da situação como um todo, aumentando a possibilidade de prever as dificuldades e os modos para superá-las. O planejamento aumenta nossa compreensão do trabalho a ser realizado, permite ver sua complexidade e suas dependências. Também é facilitador da comunicação grupal, pois mostra o papel de cada um dos atores envolvidos no processo, o que cada um pensa e qual será o modo de ação, gerando assim compromissos e responsabilidades mútuas. (MEDEIROS; BORGES, 2007).

Em qualquer método de planejamento, a primeira fase é baseada na compreensão da situação atual, descrita como diagnóstico situacional. Isso proporciona uma análise da realidade, com enfoque multidisciplinar e aponta para a necessidade de encontrar a situação problema como resultante de uma ligação entre diversos setores, que não pode ser reduzida a um processo de departamentalização analítica (ARTMANN, 2000).

Diversas metodologias estão voltadas para a obtenção de diagnósticos situacionais e planejamento de intervenções de forma participativa, procurando integrar conhecimentos e experiências de vários indivíduos, grupos e instituições. Porém, o uso dessas metodologias não garante uma decisão coletiva, que depende principalmente da capacidade de condução deste processo, o que implica em esforço contínuo pela busca e manutenção de consensos e de explicitação de dissensos (CAMPOS; ABEGÃO; DELAMARO, 2002).

Planejar de forma participativa significa dar voz às pessoas que estão diretamente envolvidas na situação na qual se pretende intervir, desenvolver um conhecimento comum sobre a situação, que integre não só os saberes dos especialistas, mas também os das pessoas comuns, além de eleger alternativas, formular estratégias e tomar decisões em conjunto. É desejável que essa estrutura de decisão coletiva seja mantida durante todo o desenvolvimento do projeto (CAMPOS; ABEGÃO; DELAMARO, 2002).

Em uma revisão integrativa da literatura, Lanzoni *et al.* (2009) apresentam o conceito de planejamento definido por diversos autores como um instrumento de gestão, que permite administrar o processo de trabalho da organização e, ao mesmo tempo, incorporar novas formas de pensar e agir. Quando se agrega ao planejamento a qualidade de instrumento de gestão, é possível compreender que sua dinâmica administrativa corrobora o maior controle do futuro, a partir da tomada de decisão. Nos sistemas planejados, é possível prever e detectar problemas futuros a partir do presente e do passado, aliando aos serviços o caráter preventivo das decisões.

Como função primordial da administração, o planejamento fornece aos indivíduos e às organizações mecanismos necessários para atuar em ambientes dinâmicos e complexos, passíveis de transformações (SIMOES *et al.*; 2007). É um importante instrumento que favorece fazer escolhas e a elaboração de planos que ajudam a enfrentar os processos de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar estratégias e ações necessárias, para alcançar os objetivos e as metas pré-estabelecidas (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

Segundo definição da ONU (1984), um projeto é “um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas para alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um

orçamento e de um período de tempo”. O objetivo é aquilo que se deseja alcançar ao final do projeto, através da aplicação de recursos e da realização das ações previstas (CAMPOS; ABEGÃO; DELAMARO, 2002, p. 21).

No Brasil, o planejamento das ações em saúde está atrelado aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). É um método de pensar ações, organizar, alcançar resultados e efetivar metas estabelecidas. É também um processo dinâmico, ativo e deliberativo, mas que sem ele as chances de fracasso são maiores (LANZONI *et al.*, 2009).

Fundamentados na proposta teórica da Epidemiologia Crítica e dos princípios do SUS, o planejamento em saúde permitiria, a partir da realidade encontrada, intervir para transformar as situações indesejáveis com ações intersetoriais acessíveis por meio de um sistema de saúde de fato universal e equânime, o que significa mudar o enfoque no risco de desenvolver doenças e agravos do atual modelo assistencial que privilegia ações curativistas e individuais, para um modelo que identifique os processos de determinação do processo saúde doença, assim como da vida em determinados territórios. (CHAVES, 2010, p. 55)

O processo de planejamento, definido pela Lei Orgânica da Saúde, é um desafio relevante para os responsáveis por sua condução, em especial gestores das esferas estadual e nacional, considerando a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à diversidade dos municípios, além da desigualdade em saúde ainda prevalente, em relação ao acesso, no tocante à integralidade e à qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2006).

O planejamento possibilita aos agentes refletir sobre as ações, analisar de forma sistemática as organizações e pensar estrategicamente, representando, portanto, um processo essencial na gestão eficiente, uma vez que por seu intermédio é possível analisar o ambiente, definir o que se pretende e como alcançar o que se pretende. Além disso, o planejamento é considerado como um processo essencial de uma gestão moderna e eficiente. Planejar é promover o desenvolvimento institucional, possibilitar aos agentes reflexões sobre as ações e análise sistemática da organização. (MARIN; SANTOS; GONÇALVES, 2006, p. 214).

No Sistema Único de Saúde define-se como Sistema de Planejamento a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Conforme garante a Constituição da República de 1988, o Brasil é definido como um Estado federativo, pois se organiza em três esferas de governo: União, Estados e Municípios. Cada uma delas

apresenta autonomia política, administrativa e financeira, sem vinculação hierárquica (CHAVES, 2010).

Assim, as políticas sociais visam minimizar desigualdades e garantir a inclusão social, sendo responsabilidade de cada esfera de governo a adoção de Políticas Públicas favoráveis a esse objetivo, por meio de mecanismos que favoreçam a articulação, cooperação e complementação entre os diferentes setores que estão sob sua responsabilidade (CHAVES, 2010).

A Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16). Planejamento e orçamento são abordados no Capítulo III dessa Lei (BRASIL, 2006).

Assim, o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, define elementos e características para a sua operacionalização, visando dotar os gestores, de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção, do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Pacto pela Saúde instituiu novas bases para que o SUS alcance processo mais solidário de gestão. É traduzido como um termo de compromisso entre entes públicos, no qual se definem responsabilidades sanitárias e de gestão, e de resultados a serem alcançados, possibilitando sua avaliação e controle público. Sua efetividade se dá por meio da adesão do gestor com aprovação do Conselho de Saúde (BRASIL, 2006).

Esse pacto traz uma mudança importante para a gestão do SUS, haja vista que viabiliza a incorporação de ações estratégicas que irão subsidiar a implementação da gestão na área de planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria, sendo fundamental que usuários, gestores, profissionais de saúde, conselheiros, prestadores de serviços e outros atores envolvidos conheçam e compreendam as mudanças propostas na organização do SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

No Pacto de Gestão, as ações de regulação em saúde devem ser efetivadas, em âmbito nacional, com um posicionamento político de fortalecer as diretrizes do SUS, sendo necessário um processo de sensibilização dos gestores acerca da organização desse setor. Essas ações devem reforçar e qualificar as

funções de gestão, otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS o acesso à saúde de forma equânime, integral e de qualidade (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

O Pacto pela Saúde envolve os componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Nesse último, as diretrizes compreendem o planejamento, descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e educação na saúde.

O Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são: “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS”; “integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo”; “institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS”; “revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes”; e “cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento do SUS”. (BRASIL, 2006, p. 33).

Os estados têm a responsabilidade de “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”. (BRASIL, 2006 p. 51).

Destaca-se que as ações de saúde no Brasil, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, devem ser construídas por um processo de planejamento participativo, no qual usuários, trabalhadores e gestores, sendo estes provenientes de todas as esferas em que o sistema é organizado, possam atuar. São esses atores que podem trazer para a fase de elaboração de ações as contribuições de seu conhecimento prático e empírico do que pode ser transformado a partir do processo de planejamento.

2.2.1 Planejamento participativo

Quanto ao planejamento participativo, Santos e Penna (2009) discorrem que muitos dos programas e ações no campo da saúde são planejados e implementados para a população, enquanto o mais adequado seria que fossem elaborados junto a ela, em um movimento interativo entre os usuários e trabalhadores dos diversos serviços, por meio de um processo dialógico e de negociação.

A participação pode ser definida como um instrumento fundamental no sentido de promover a articulação entre os atores sociais, fortalecendo a coesão da comunidade e melhorando a qualidade das decisões, tornando mais fácil atingir objetivos comuns. Porém, os métodos participativos não podem ser vistos como infalíveis e capazes de solucionar adequadamente todos os tipos de problemas (MANFREDINI; LOPES, 2005).

Segundo Lanzoni *et al.* (2009), o processo de construção da democracia no Brasil, as discussões advindas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a própria Constituição de 1988 lançaram bases para a participação popular na saúde, incentivando a construção da cidadania ao permitir que os vários atores sociais participassem da organização e planejamento da rede de atenção à saúde.

Assim, a Lei Orgânica da Saúde assegurou a participação da comunidade, definindo diretrizes para ações a serem desenvolvidas no âmbito do SUS, como a descentralização e a municipalização dos serviços e ações em saúde, a elaboração de um planejamento participativo, no qual as três esferas de gestão colaborem, assim como a participação e controle social na gestão do sistema (LANZONI *et al.*, 2009).

Os critérios básicos para distinguir processos de planejamento participativo dos não-participativos compreendem “o empoderamento dos participantes e das arenas de disputa e pactuação, comunicação e transparência de procedimentos, mecanismos de monitoramento e avaliação de resultados auto constituídos e regulados”. (TONI, 2009, p. 18).

O planejamento participativo prevê o envolvimento de vários atores sociais na tomada das decisões. Nele ocorre o compartilhamento de poder, que condiciona os diferentes resultados do planejamento, sejam conquistas ou fracassos, como de responsabilidade coletiva. É valorizada a linguagem, a comunicação e a opinião dos

diferentes sujeitos, dando espaço ao pensamento coletivo que ganha força diante do individual, refletindo no trabalho em equipe.

Como um sistema de referência, o SUS, composto por uma rede de serviços, conta com a competência e habilidade dos gestores dos serviços de saúde para a sua operacionalização. Assim, planejar em saúde tem sido mais um dos desafios para a efetivação do modelo de assistência proposto pelo sistema (LANZONI *et al.*, 2009).

Uma técnica de planejamento participativo que merece destaque no campo das políticas públicas é O Planejamento Estratégico Situacional (PES), que busca a solução das questões políticas e sociais e, também, do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade complexa e dinâmica. É um instrumento de gestão voltado para a resolução de problemas, no qual os atores sociais participam do processo. O método PES possibilita a explicação de um problema pela identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de propor soluções. É desenvolvido por meio de quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em diversas áreas, como saúde, educação e planejamento urbano, destacando-se no nível central. Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação (ARTMANN, 2000).

Outra técnica de planejamento participativo utilizada no campo da saúde é o ZOPP (derivado do alemão, Zielorientierte Projektplanung - Planejamento por Projetos Orientado por Objetivos). Compreende as etapas de diagnóstico, priorização de problemas e construção do plano, que constituem módulos independentes e podem ser aplicados de maneiras variadas, dependendo da situação a ser trabalhada. O ZOPP é composto por 12 passos, tendo início com a análise participativa, análise dos problemas, análise dos objetivos, definição de objetivos prioritários para elaboração do plano e construção do plano por meio do

preenchimento da matriz de planejamento, sendo mais utilizada nos níveis intermediários de gestão (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

O Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), outra técnica de planejamento participativo, utiliza os mesmos princípios do Planejamento Estratégico Situacional. Apresenta características adequadas ao nível local, com o objetivo de viabilizar a planificação a partir da participação popular, sendo uma boa proposta para a efetivação da participação social e para a descentralização dos serviços de saúde. Favorece o envolvimento e comprometimento da comunidade no enfrentamento dos problemas, sendo coerente com os princípios do SUS e, por conseguinte, recomendado como instrumento para elaboração do planejamento em Unidades básicas de saúde. Entendendo que diferentes atores da unidade de saúde participam do plano de ação com a sua visão própria, o MAPP também fortalece o compromisso desses atores sociais, a partir do momento em que analisam os problemas e propõem soluções (SKALINSKI; SCOCHI; MATHIAS, 2006).

Buscando ainda enfrentar a questão da operacionalização de um método complexo e sofisticado no nível local, Mattus propõe a trilogia PES, ZOPP e MAPP, desenhados, respectivamente, para os níveis central, intermediário e local/popular. O autor sugere a combinação destes métodos, segundo a hierarquia e a complexidade dos problemas abordados, destacando a coerência e identidade de concepção metodológica entre eles (ARTMANN, 2000).

Outra técnica de planejamento participativo, que ainda não é encontrada com frequência na área de saúde, mas considerada adequada às necessidades do nível municipal neste estudo, é o Quadro Lógico (QL). Por ter sido escolhido como técnica de planejamento a ser seguida, o QL será apresentado com maior detalhamento no capítulo a seguir, de Metodologia.

2.3 DIRETRIZES DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto, mediante utilização dos conhecimentos técnico-

científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

As mortes maternas no Brasil correspondem a cerca de 6% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). Dados sobre mortalidade materna se mostram importantes ao serem avaliadas as condições socioeconômicas e culturais da população e as condições de saúde ofertadas a ela. (SILVEIRA *et al.*, 2005).

Os objetivos principais da atenção pré-natal são: acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando sua evolução normal; prepará-la para o parto, o puerpério e a lactação normais, identificando o mais rápido possível as situações de risco. Tais medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

As ações de saúde desenvolvidas durante a Atenção ao Pré-Natal devem oferecer cobertura a toda a população de gestantes, assegurando o acompanhamento e a continuidade no atendimento e avaliação durante todo o período. Destaca-se ainda a importância de oferecer apoio emocional e psicológico ao companheiro e à família, envolvendo esses em todo o processo da gestação (POLIQUESI, 2009).

A atenção pré-natal compreende as ações de promoção e prevenção da saúde e diagnósticos e tratamento adequado para problemas ocorrentes na gestação (BRASIL, 2006). A importância que se dá a esse período atende às características do estado de saúde da mulher.

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é importante identificar riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada período da gestação. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ocorrendo em todas as consultas do pré-natal. De acordo com dados epidemiológicos, cerca de 52% do total de mortes de crianças menores de um ano ocorrem no período neonatal, sendo que grande parte delas está associada à atenção dispensada no pré-natal (BRASIL, 2006).

No final dos anos 1990, o Ministério da Saúde definiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou projetos específicos a partir de três linhas principais de ações: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (SERRUYA, 2004).

A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem, de forma significativa, da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos (MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003).

Além disso, alguns autores consideram que o pré-natal pode ser o único contato de uma mulher em idade reprodutiva com os serviços de saúde. Trata-se, então, de uma oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo (NEUMANN *et al.*, 2003).

Em 2000, com vistas a melhorar o cenário da Atenção Pré-Natal e, os indicadores de morbi-mortalidade relacionados à atenção pré-natal, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com base nos seguintes princípios:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000).

A atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e com intervenções necessárias, desde o acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, do atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, garantindo atenção pré-natal e puerperal de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dentre os itens, destacam-se: a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização da consulta puerperal até 42 dias após o parto (BRASIL, 2006).

A primeira consulta de pré-natal deve conter a anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deve ser completo, com avaliação céfalo-caudal, seguida por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2005). Ainda na primeira consulta, é importante solicitar os exames laboratoriais preconizados.

Nas consultas subseqüentes, é importante revisar a ficha pré-natal, realizar anamnese atual sucinta, e acompanhar o calendário de vacinação. Os controles maternos são constituídos pelo cálculo e anotação da idade gestacional, determinação do peso e avaliação do índice de massa corporal (IMC), observando o sentido da curva para avaliação do estado nutricional no gráfico, medida da pressão arterial, palpação obstétrica e medida da altura uterina, observando o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal, pesquisa de edema, verificação dos resultados dos testes para sífilis e de outros resultados de exames laboratoriais. No caso de resultado positivo para sífilis, o esquema terapêutico deve ser realizado para a gestante e seu parceiro (BRASIL, 2005).

Os Controles fetais compreendem a ausculta dos batimentos cardíacos e avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico (BRASIL, 2005).

As condutas a serem tomadas nas consultas compreendem a interpretação dos dados da anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários, tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamentos necessários, prescrição de suplementação de sulfato ferroso (60mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), orientação alimentar, acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados (a mulher referenciada ao serviço especializado deverá continuar sendo acompanhada pela equipe da atenção básica), realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos e agendamento de consultas subseqüentes (BRASIL, 2005).

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O início deve ser precoce, ainda no primeiro trimestre, e deve ser regular e completo (BRASIL, 2005).

O Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação prevê a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, tais como o trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005).

O acompanhamento da mulher só se encerra após o 42º dia pós-parto, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério. A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. É importante que o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde nesse período seja incentivado durante o pré-natal e na maternidade (BRASIL, 2005).

Em seus objetivos, a atenção puerperal pretende avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; o retorno às condições pré-gravídicas; apoiar o aleitamento materno; orientar o planejamento familiar; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar interação da mãe com o recém-nascido e complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal (BRASIL, 2005).

Boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorrem na primeira semana após o parto. Assim, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer nesse período. Os profissionais e os serviços precisam estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto, para instituir todo o cuidado previsto para este período (BRASIL, 2005).

Para o monitoramento da atenção pré-natal de forma organizada e estruturada, O Ministério da Saúde disponibiliza o SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento). É um sistema de utilização obrigatória nas unidades de saúde, que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2006). O SISPRENATAL pode ser utilizado de forma manual, como é o caso do município deste estudo.

A forma de apresentação dos indicadores de saúde está concentrada no Sistema de Informações conhecido como DATASUS. Ali estão concentrados os dados referentes ao cenário brasileiro, estados e municípios. A atenção pré-natal

apresenta-se, então, na forma desses registros, como números que podem ser tabulados e apresentados graficamente.

Outra fonte de dados são os relatórios da atenção pré-natal do município em questão. A Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde avalia e fornece os dados de acordo com os relatórios gerados no nível local, nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidade de Saúde da Mulher, fornecendo assim os indicadores municipais de saúde.

Uma importante estratégia utilizada para reduzir a mortalidade materna foi a criação de comitês de mortalidade materna. Iniciada em 1988 em São Paulo, visa melhorar a qualidade da notificação dos óbitos, permitindo a avaliação de suas causas e a monitoração de sua ocorrência. Segundo Leal (2008), em 2001 o Brasil já contava com quase trezentos comitês regionais, municipais e hospitalares de óbitos maternos, presentes em todas as regiões do país. Atualmente, uma ampla mobilização de profissionais de saúde e da sociedade civil organizada tem constituído comitês multiinstitucionais e multiprofissionais, que expressam o ideário de participação e controle social previsto no SUS (LEAL, 2008).

Em 2011, foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada ao pré-natal e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, entre profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde. (BRASIL, 2011)

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados os seguintes tópicos, que compõem a metodologia: objetivos; apresentação da técnica de planejamento escolhida para a elaboração do plano operacional – Quadro Lógico; tipo de pesquisa; cenário do estudo; fases da pesquisa-ação; sujeitos; critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados; análise de dados e aspectos éticos que permearam a pesquisa.

3.1 OBJETIVOS

Objetivo geral

Desenvolver uma proposta de planejamento participativo para a reorganização da atenção pré-natal junto aos gestores do município de Colombo - PR.

Objetivo específico

Analisar o processo de elaboração deste plano, discutindo-o junto ao referencial teórico de planejamento, elencando potencialidades e fragilidades a serem consideradas na atenção pré-natal.

3.2 QUADRO LÓGICO

Conforme descrito anteriormente, sabe-se que o Quadro Lógico é ainda pouco aplicado na área de saúde. Por isso, este capítulo é constituído por uma apresentação da temática. Destaca-se que o Quadro Lógico foi escolhido por ter sido considerado como técnica que melhor se aplica às condições do processo de planejamento participativo de acordo com os objetivos deste trabalho, uma vez que optou-se por trabalhar com gestores do nível central na elaboração do plano operacional para a reorganização da atenção pré-natal. Vale enfatizar ainda que a técnica de Quadro Lógico é compatível com a metodologia de pesquisa-ação, uma

vez que ocorre o desenvolvimento da pesquisa à medida que o processo de planejamento se constitui no município por meio do envolvimento dos atores.

Desenvolvido em 1969 pela United States Agency for International Development (USAID), o Quadro Lógico (QL) foi elaborado como um instrumento de gestão, visando a melhorar o planejamento e gerenciamento de projetos de cooperação para o desenvolvimento. É derivado da “Gestão por Objetivos”, e propõe-se a ser uma ferramenta facilitadora da negociação entre os interessados pelo projeto, à medida que permite a cada um dos atores formular e expressar de maneira clara e transparente suas intenções (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

A técnica de QL é mais utilizada em organizações relacionadas à área de Ciências Sociais Aplicadas. Porém, por se tratar de um método pautado em objetivos a serem alcançados, encontra-se no seguimento das técnicas de planejamento participativas, e pode ser aplicado também na área de saúde, contando com o envolvimento de gestores, profissionais e usuários do sistema, o que condiz com a participação popular na gestão dos serviços e do Sistema Único de Saúde.

O QL é uma matriz elaborada sucessivamente num processo de estruturação de elementos considerados como mais importantes em um projeto, e que permitem a sua apresentação sistemática, lógica e sucinta. Essa descrição possibilita observar se um projeto está bem estruturado e se conta com o acompanhamento sistemático, aliado a uma avaliação mais fácil e objetiva. Destaca-se que o que sempre deve anteceder o processo de planejamento de um projeto é uma análise daquilo que se deseja mudar com a intervenção proposta (GIACOMONI; PAGNUSSAT, 2006).

Com a aplicação do enfoque QL, o êxito de um projeto pode ser apresentado já na fase do seu planejamento (PFEIFFER, 2000). Ele possibilita um olhar objetivo sobre o desenho lógico e sistemático do projeto e seus componentes, mostrando a interdependência deste com o ambiente. O QL pode ser um instrumento de negociação e pactuação entre os interessados, e promove condições para a continuidade do plano, mesmo quando ocorrem substituições na equipe que está desenvolvendo o planejamento (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

O QL é uma forma de apresentação estruturada do conteúdo de um projeto de intervenção, na qual existe uma relação causal entre atividades e resultados; resultados e objetivo do projeto; e objetivo do projeto e objetivo superior. Essa cadeia e suas relações devem ser lógicas, sem se tratar de uma simples relação de

causa-efeito. Deve ser considerado que um projeto de desenvolvimento encontra limitações. Assim, o elemento 'suposições importantes', que compreende fatores externos ao projeto, mas necessários para o seu êxito, também precisa ser incluído (PFEIFEER, 2000).

Para facilitar o entendimento do método escolhido para este estudo, será utilizado aqui um exemplo de elaboração de planejamento a partir da técnica do Quadro Lógico. Esse é o mesmo exemplo a ser apresentado na 3ª fase da coleta de dados do estudo, nos seminários com os gestores municipais.

Em busca de maior precisão desde o planejamento de um projeto, o QL descreve objetivos e resultados de forma que se consiga visualizar o alcançado. Para isso, utiliza-se o verbo no particípio para os resultados, como se já fosse alcançado (Exemplo: 100% das gestantes são cadastradas no SISPRENATAL). Já as atividades são descritas com um verbo no infinitivo (Exemplo: Cadastrar gestante no SIS Pré-Natal). Na descrição do objetivo do projeto (Reorganização da Atenção Pré-Natal no município de Colombo) e do objetivo superior (Redução nos índices de morbi-mortalidade materna e infantil no município de Colombo), utiliza-se o presente, descrevendo a situação futura desejada. Com essa descrição fica mais evidente onde se pretende chegar, do que quando se descreve apenas o que se pretende fazer (PFEIFFER, 2000).

3.2.1 Primeira coluna: lógica da intervenção

3.2.1.1 Objetivo Superior

O objetivo superior é basicamente um objetivo de orientação. Ele orienta de forma geral a atuação do projeto dentro do contexto organizacional. O Objetivo Superior é amplo, e apresenta-se como uma visão do futuro. Porém, ele deve ser alcançável, e não pode estar distante demais. Isto é fundamental para a motivação das pessoas envolvidas (PFEIFFER, 2000).

A relação com o Objetivo do Projeto é que este último deve contribuir para o Objetivo Superior, de forma significativa e mensurável, evitando que ele seja muito amplo e genérico, sem a função de orientação. Como se trata apenas de uma

contribuição, é possível que um projeto tenha mais de um Objetivo Superior (PFEIFFER, 2000).

3.2.1.2 Objetivo do Projeto

O objetivo do Projeto visa explicitar o propósito da intervenção. Ao invés de descrever o que se pretende fazer, nesse caso é descrita a situação que se deseja alcançar por meio da realização do projeto. A nova situação seria o efeito esperado da intervenção (PFEIFFER, 2000).

A razão para esta definição de objetivo é a visão do que é um problema. Parte-se da suposição de que todo projeto de desenvolvimento tem como ponto de partida problemas que, no seu conjunto, formam uma situação-problema (PFEIFFER, 2000).

Neste estudo, considera-se o seguinte problema: A Atenção Pré-Natal não alcança todas as gestantes, já que parte delas não é cadastrada no SIS Pré-Natal. Dados do município apontam que no ano de 2008, apenas 78,27% das gestantes foram cadastradas no SISPRENATAL. Além disso, parte das gestantes cadastradas não conclui o Pré-Natal no que diz respeito ao número de consultas ao longo dos três trimestres, exames e consulta puerperal.

O problema é um estado negativo existente, e um objetivo pode ser definido como um estado positivo desejável. Quando as causas dos problemas são analisadas, verifica-se que os afetados por eles precisam fazer parte das soluções.

O método exige que se defina apenas um Objetivo do Projeto, de forma a obrigar os envolvidos no planejamento a discutir alternativas possíveis e selecionar apenas um enfoque. Dessa forma, o projeto define o rumo a ser tomado, facilitando a organização de todo o processo de implementação (PFEIFFER, 2000).

3.2.1.3 Resultados

Resultados são bens ou serviços produzidos pelo projeto, pela organização responsável e pelos grupos que participaram efetivamente do mesmo. Os resultados

descrevem aquilo que é gerenciável pelo projeto, e o que é da responsabilidade de sua gerência (PFEIFFER, 2000).

3.2.1.4 Atividades Principais

Para produzir os bens e serviços desejados, determinadas atividades precisam ser realizadas. Para atingir cada resultado, uma série de Atividades Principais é elaborada. A relação entre o nível das atividades e o nível dos resultados é também uma relação lógica: devem existir atividades suficientes e necessárias para alcançar os Resultados. Portanto, o planejamento das atividades é também responsabilidade da gerência do projeto.

Se as atividades previstas não forem suficientes, os resultados não poderão ser alcançados. Já se as atividades não forem necessárias, significa que o projeto desperdiça recursos. Dessa forma, a definição das atividades ajuda a definir claramente a estrutura do projeto, porque elas permitem estimar os recursos necessários (PFEIFFER, 2000).

3.2.2 Segunda coluna: Indicadores objetivamente comprováveis

Indicador é um dado que serve como sinal comprobatório de um fato. Trata-se, no caso do QL, de uma descrição operacional dos objetivos e dos resultados em termos de quantidade e qualidade de um produto ou serviço para o grupo-objetivo, indicando ainda o tempo (ou prazo) e o local (ou espaço). O termo objetivamente diz respeito à necessidade de especificar os indicadores de tal forma que sua mensuração seja independente de opiniões pessoais, senão baseadas em fatos e evidências. Idealmente, os indicadores tratam dos aspectos grupo-objetivo, quantidade, qualidade, período e localização.

Os indicadores têm a função de caracterizar mais detalhadamente os objetivos e resultados, estabelecendo aquilo que se pretende alcançar, fornecendo uma base para o acompanhamento e avaliação do que foi planejado (PFEIFFER, 2000).

3.2.3 Terceira coluna: Fontes de Comprovação

As Fontes de Comprovação têm várias funções. É fundamental que fontes adequadas existam, e que estas sejam confiáveis. Se não houver fontes adequadas para mensurar um determinado indicador, ele deixa de ser válido. A maioria das fontes de indicadores de acompanhamento são estabelecidas e mantidas pelo próprio projeto, já que fazem parte do sistema de informações gerenciais. No entanto, as fontes para indicadores de efeito devem ser externas também. Para a avaliação de um projeto, intermediária ou final, as Fontes de Comprovação são referências fundamentais (PFEIFFER, 2000).

3.2.4 Quarta coluna: Suposições Importantes

No caso do QL, as suposições tratam de fatores externos que escapam à influência direta da gerência de um projeto, mas que são importantes para o sucesso da intervenção. Suposições geralmente representam um risco e, portanto, devem ser cuidadosamente avaliadas para não comprometer o êxito do projeto. Dessa forma, seu comportamento deve ser monitorado ao longo do tempo (PFEIFFER, 2000).

Suposições podem estar ligadas ao grupo-alvo do projeto, ou a fatores políticos ou macroeconômicos, que podem estar favoráveis hoje, mas desfavoráveis no futuro. A inclusão de uma Suposição Importante depende da sua avaliação pelo grupo (PFEIFFER, 2000). Assim, a suposição deve ser importante para o êxito do projeto. Deve ainda existir um certo grau de risco de ela não ocorrer. E, ainda, se for identificado que ela é importante, mas que é pouco provável que ocorra, significa que o êxito do projeto está em jogo e, conseqüentemente, a estratégia da intervenção deve ser mudada (PFEIFFER, 2000).

Sendo assim, o Quadro Lógico é uma matriz que define relações lógicas entre diversos campos. No entanto, seu preenchimento não é uma atividade curta e única, que resulta no quadro preenchido e, com isso, em um projeto completamente planejado. A matriz pode ser utilizada como instrumento para a estruturação das idéias em torno do futuro projeto, mas não deve ser preenchida de forma mecânica.

O QL serve como um mapa de orientação para a gerência e sua equipe, para representar uma espécie de acordo entre os diversos interessados sobre o rumo do projeto e os compromissos envolvidos. Portanto, o QL deve ser utilizado de forma flexível e adequada às circunstâncias (PFEIFFER, 2000).

Na figura 1 indicamos a constituição gráfica do quadro lógico.

		Lógica da intervenção	Indicadores objetivamente comparáveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
Efeitos	Não gerenciáveis	Objetivo superior	Indicadores de efeito	Fontes que comprovem os efeitos indiretos	Fatores externos para assegurar o alcançado
		Objetivo do projeto		Fontes que comprovem os efeitos diretos	Fatores externos para alcançar o Objetivo Superior
Produtos / Serviços	Gerenciáveis	Resultados	Indicadores de acompanhamento	Fontes que comprovem o desempenho	Fatores externos para alcançar o Objetivo do Projeto
		Atividades principais			Fatores externos para alcançar os Resultados
		Não gerenciáveis			

Figura 1 – ESTRUTURA DO QUADRO LÓGICO (PFEIFFER, 2000)

3.3 TIPO DE PESQUISA

Este estudo trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1993), a abordagem qualitativa faz uma aproximação fundamental entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se soma aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, estruturas e relações tornam-se significativas.

A pesquisa-ação é a metodologia proposta para este estudo por ser a que apresenta maior possibilidade de intervenção no problema, em um processo participativo. Thiollent (2007) define a pesquisa-ação como:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação e com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2007, p. 16)

A metodologia escolhida é compatível com o estudo, uma vez que a pesquisa será realizada enquanto há uma ação que interfere em um problema apresentado pelo município. Isso é evidenciado porque o município é cenário de um projeto do PPSUS, que tem como objeto de estudo o pré-natal. Assim, nota-se o interesse do município em qualificar a Atenção Pré-Natal em seu território, com vistas a refletir nos indicadores de saúde.

Thiollent (2009) descreve a pesquisa-ação como um tipo de pesquisa adequado para organizações. Em suas características, destaca-se a possibilidade de facilitar a criação de soluções voltadas a um futuro desejado e o desenvolvimento do sistema, estimulando a capacidade de identificar e resolver problemas.

Destaca-se que a proposta de pesquisa-ação não está limitada às atividades gerenciais. É uma proposta mais aberta, com características de diagnóstico e consultoria, que possibilita clarear uma situação complexa e identificar possíveis ações, especialmente em situações insatisfatórias ou de crise (THIOLLENT, 2009).

Toda pesquisa-ação é de tipo participativo: a participação das pessoas implicadas nos problemas investigados é absolutamente necessária. No entanto, tudo o que é chamado pesquisa participante não é pesquisa-ação. (THIOLLENT, 2007, p.17)

A pesquisa-ação possui um caráter participativo por propiciar e promover ampla interação entre pesquisadores e membros atuantes na situação investigada. Nela existe intenção de ação planejada sobre os problemas detectados na fase de diagnóstico (THIOLLENT, 2009). A realização de uma pesquisa-ação é facilitada nas organizações de cultura democrática, em que já existe o reconhecimento e a participação de todos os grupos.

Considera-se que a participação é um processo a ser gerado, e é encarada como propriedade emergente do processo de pesquisa-ação, sendo que esta não pode ser imposta, mas construída ao longo do processo. A pesquisa-ação é um método adaptável que auxilia os pesquisadores e usuários a lidar com a inserção de conhecimentos na prática.

É importante destacar que, caso os pesquisadores e demais participantes já tenham soluções prontas, a pesquisa não é necessária. É justamente o processo de identificação de problemas e levantamento de possíveis ações que justifica a aplicação da pesquisa, em especial quando a situação é confusa, ou quando os membros da organização necessitam redefinir rumos ou identidade. Em ocasiões de mudança, determinados aspectos da organização devem ser substituídos por outros que estejam de acordo com objetivos ou valores. O processo consiste essencialmente em deixar aos participantes a tarefa de detectar os problemas e procurar as soluções que considerarem mais apropriadas.

Num contexto organizacional, a ação considerada visa frequentemente resolver problemas de ordem aparentemente mais técnica. (...) Na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas (THIOLENT, 2007, p. 17).

A pesquisa-ação apresenta certas características que são condizentes com o presente estudo. Nela há uma ampla interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada. Desta interação resulta a ordem de prioridades dos problemas a serem pesquisados, e de soluções a serem desenhadas sob forma de ação concreta (THIOLENT, 2007). Outra característica é a de que há um acompanhamento das decisões, ações e atividades dos atores envolvidos na situação. Assim, neste estudo considera-se como problema prático o fato da cobertura completa do pré-natal não atingir a toda a população de gestantes do município.

O objeto da pesquisa constitui-se pela situação social e problemas encontrados nesta situação. Assim, o objetivo de uma pesquisa-ação consiste em resolver ou em esclarecer os problemas da situação observada (THIOLENT, 2007). Isso demonstra que este estudo é compatível com a proposta metodológica apontada, já que a pesquisa não se limita a uma forma de ação concreta. Por meio deste estudo, pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência dos envolvidos, por meio do diagnóstico situacional e da elaboração do plano operacional com a participação dos gestores envolvidos na atenção pré-natal no município do estudo. É importante destacar que há um objetivo prático, voltado à resolução de um problema, e um objetivo de estudo, com base na construção de

conhecimento. Assim, este estudo alia esses objetivos, caracterizando a pesquisa-ação.

Quando a proposta de pesquisa-ação está voltada para problemas coletivos, os objetivos práticos consistem em fazer um levantamento da situação e formular propostas de ações. São objetivos práticos para encontrar alternativas dentro do contexto. Apesar disso, os objetivos práticos não devem fazer com que os pesquisadores e atores esqueçam que a pesquisa-ação possui também objetivos de conhecimento e esclarecimento do problema (THIOLLENT, 2007).

Na pesquisa-ação o planejamento é flexível, isto é, não segue uma ordem fixa, e as fases podem ser executadas de diversas formas. Portanto, as fases desse tipo de pesquisa, sugeridas por Thiollent (2007), serão descritas após a apresentação do cenário do estudo: fase exploratória, tema da pesquisa, colocação dos problemas, lugar da teoria, hipóteses, seminário, campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal e saber informal, plano de ação e divulgação externa.

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

Localizado na região metropolitana de Curitiba, o município de Colombo possui uma população de 213.027 habitantes (BRASIL, 2010), distribuída em uma área de 198,7 km². Apresenta em suas características a migração pendular, na qual grande parte de seus habitantes retorna às suas residências após a jornada de trabalho ou de estudo na capital.

O município possui 21 unidades de saúde, das quais nove atuam na Estratégia Saúde da Família, e uma é especializada em atenção à saúde da mulher. Possui ainda um Centro de Triagem e Aconselhamento, dois Pronto-Atendimentos, uma maternidade municipal, um hospital geral e dois Centros de Atenção Psicossocial.

3.4.1 Histórico

Em setembro de 1878, um grupo de imigrantes italianos, vindos do Norte da Itália, região do Veneto, recebeu do Governo Provincial terras demarcadas em lotes

localizados a 23 Km de Curitiba. Ainda no fim do século XIX, as terras que originariam o município de Colombo receberam novos contingentes de imigrantes. Nos anos seguintes foram criadas outras colônias nessa região, com imigrantes de diversos países europeus. A colônia que mais se destacou foi a Colônia Alfredo Chaves, que assumiu o papel de sede do futuro município (COLOMBO, 2011).

A mudança oficial do nome da Colônia para Colombo, em homenagem ao descobridor das Américas, Cristóvão Colombo, ocorreu no início de 1890. Em 5 de fevereiro de 1890, foi instalado o Município. Em outubro de 1938, o município foi extinto, e seu território foi anexado à capital, Curitiba. Somente em 30 de dezembro de 1943 foi restaurado o poder político e administrativo de Colombo (COLOMBO, 2011).

Colombo foi o Município de maior taxa de crescimento nas décadas de 70 e 80 na Região Metropolitana de Curitiba, quando recebeu um grande contingente populacional vindo de todo o território brasileiro, com destaque para o interior do Paraná. Atualmente, a maioria da população mora em áreas loteadas, contínuas a Curitiba, em bairros como Alto Maracanã, Guaraituba e Jardim Osasco. Ainda assim, Colombo preserva uma característica agrícola herdada dos imigrantes italianos que ali chegaram ao final do século XIX (COLOMBO, 2011).

Os dados epidemiológicos do município serão abordados no capítulo de resultados.

3.5 FASES DA PESQUISA-AÇÃO

A seguir será descrita cada uma das 12 fases da pesquisa-ação, segundo a literatura (THIOLLENT, 2007), bem como seu desenvolvimento nesta pesquisa.

3.5.1 Fase exploratória

Essa fase da pesquisa-ação ocorre por meio do diagnóstico situacional do campo de pesquisa, com levantamento da situação e dos problemas. Pesquisadores e participantes estabelecem os objetivos da pesquisa, relacionando os problemas prioritários, campo de observação, atores e tipo de ação que se pretende atuar (THIOLLENT, 2007).

Nesse estudo, a fase exploratória compreendeu as duas primeiras fases da coleta de dados, que serão descritas de forma detalhada no item Coleta de dados.

3.5.2 Tema da pesquisa

É a escolha do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados na pesquisa. Deve ser definido de forma simples, e sugerir os problemas e o enfoque que serão tratados (THIOLLENT, 2007). O tema dessa pesquisa – Pré-Natal – veio como sugestão do PPSUS, que já estava em andamento no município.

3.5.3 Colocação dos problemas

Essa fase foi constituída por encontros entre a pesquisadora e os gestores do nível central para apresentar os objetivos do estudo. Foi levantada a problemática do pré-natal como o ponto a ser trabalhado, pelo interesse do município em utilizar o planejamento participativo em um projeto para ampliar e qualificar a assistência pré-natal, de acordo com o que já estava sendo trabalhado no PPSUS. Assim, a partir desses encontros foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: Como reorganizar a atenção pré-natal no município de Colombo - PR?

3.5.4 O lugar da teoria

Essa fase representa a articulação do projeto de pesquisa-ação a um referencial teórico, dando rigor científico à pesquisa (THIOLLENT, 2007). Nesse estudo, o referencial teórico utilizado foi o de planejamento em saúde, com destaque ao planejamento participativo. Sendo assim, foi escolhido o Quadro Lógico enquanto técnica de planejamento participativo para a reorganização da atenção pré-natal no município deste estudo.

3.5.5 Hipóteses

Segundo Thiollent (2007), diversos autores consideram que a formulação de hipóteses não se aplica à pesquisa-ação, principalmente em estudos que tratem de situações de caráter social. O autor afirma que:

A pesquisa-ação seria um procedimento diferente, capaz de explorar as situações e problemas para as quais é difícil, senão impossível, formular hipóteses prévias e relacionadas com um pequeno número de variáveis precisas, isoláveis e quantificáveis. É o caso da pesquisa implicando interação de grupos sociais no qual se manifestam muitas variáveis imprecisas dentro de um contexto em permanente movimento (THIOLLENT, 2007, p. 36).

Assim, não foi considerada pertinente a formulação de hipóteses nesse estudo, pois não havia suposições formuladas, sendo utilizada a questão norteadora como direcionamento para a pesquisa.

3.5.6 Seminários

Na pesquisa-ação, os seminários têm a finalidade de promover discussões e tomada de decisões acerca da investigação pela definição de temas e problemas, constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados (THIOLLENT, 2007).

O ponto central desta construção foram os seminários realizados com os gestores da atenção básica do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, nos quais foram discutidos os temas levantados pelo grupo como os mais relevantes para a elaboração do planejamento para a reorganização da Atenção Pré-Natal no município.

Os seminários tiveram a função de apresentar dados e indicadores de saúde relacionados à Atenção Pré-Natal do município, para que os participantes pudessem refletir sobre os problemas, discutir os dados, buscar soluções e definir estratégias para a reorganização do programa no município.

3.5.7 Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa

Foram considerados sujeitos da pesquisa os gestores da atenção básica do nível central e do nível local da Secretaria Municipal de Saúde. É importante destacar aqui que, nesse município, os gestores da atenção básica de ambos os níveis são enfermeiros, e foram inseridos neste estudo por também desenvolverem ações relacionadas à atenção pré-natal.

O município possui seis gestores no nível central atuantes na Atenção Básica à Saúde, nas coordenações de Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e SISVAN. Além desses, foi incluído também o grupo composto por 21 enfermeiros coordenadores de unidades de saúde.

3.5.7.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os gestores do nível central e do nível local que atuam no planejamento e desenvolvimento de ações relacionadas à atenção pré-natal no município de Colombo. Dessa forma, foram excluídos os gestores atuantes exclusivamente em outros programas de saúde, nos níveis central e local.

Seguindo os critérios citados no parágrafo anterior, inicialmente foram incluídos no estudo 27 sujeitos, nas fases de Coleta de Dados II e III. Considerando ainda o aceite por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e participação na Coleta de Dados, participaram do estudo 25 sujeitos ao todo.

3.5.8 Coleta de dados

Na pesquisa-ação, essa fase pode utilizar diversas técnicas. Nesse estudo, a coleta de dados foi constituída por três fases, descritas a seguir:

3.5.8.1 Fase I – Diagnóstico

Na primeira fase, documental e bibliográfica, foram utilizados os indicadores de saúde de Colombo, os resultados dos demais sub-projetos do PPSUS “Avaliação para a qualificação da gestão e da assistência na atenção pré-natal no município de Colombo-PR”, que constam de quatro monografias de graduação (ARÉVALO, 2010; TETERYCZ, 2010; POLIQUESI, 2009; ALMEIDA, 2010); além de relatórios de pesquisa do PET-Saúde que envolvem a atenção pré-natal no município, e manuais do Ministério da Saúde. Com seu início no mês de outubro de 2010, é considerada como a fase exploratória da pesquisa-ação.

3.5.8.2 Fase II – Oficina com enfermeiros coordenadores

A segunda fase consistiu em uma oficina com enfermeiros coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidade de Saúde da Mulher e Pronto Atendimentos. Nessa fase foram apresentados os dados levantados na primeira fase de coleta de dados por meio dos estudos já realizados no município. Com esses dados, discutiu-se a atual organização da atenção pré-natal no município, para que os enfermeiros possam contribuir no processo de planejamento com o relato de suas experiências e expectativas. Essa etapa foi importante para alcançar o primeiro objetivo específico do estudo (caracterizar a estrutura organizacional da SMS de Colombo relacionada à atenção pré-natal).

A oficina foi realizada em junho de 2011 pela pesquisadora, com a presença de uma observadora, e teve 1h30m de duração. Foi gravada e posteriormente transcrita.

3.5.8.3 Fase III - Seminários

A última fase de coleta de dados foi composta por três seminários de elaboração de etapas do planejamento junto aos gestores do nível central, voltados à reorganização da atenção pré-natal no município. Foi desenvolvido um diário de campo pela pesquisadora, com dados sobre os seminários, realizados no período de

agosto a outubro de 2011. Cada seminário teve em média duas horas de duração. Os sujeitos dessa etapa da pesquisa foram quatro: os gestores do nível central envolvidos na atenção pré-natal no município de Colombo. Vale destacar que um deles é o atual presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Nessa etapa da pesquisa foram reunidos e apresentados os dados coletados nas fases anteriores. Foi a fase de elaboração do planejamento, na qual pesquisadora e os gestores trabalharam juntos para definir os objetivos e os passos a serem seguidos pelo município para reorganizar a atenção pré-natal.

3.5.8.3.1 Seminários de Planejamento

A técnica de planejamento a ser utilizada no processo é a do Quadro Lógico (QL). Assim, os três seminários de planejamento foram baseados na construção do Quadro Lógico, com o intuito de favorecer a compreensão dos pesquisadores acerca do problema, e desenvolver a proposta de ação baseada no planejamento para a reorganização da Atenção Pré-Natal no município de Colombo.

3.5.8.3.2 Análise dos dados

A partir dos dados resultantes da oficina com os enfermeiros coordenadores e dos seminários, a pesquisadora fez um levantamento de temas que surgiram das discussões desses encontros. Assim, a análise ocorreu por meio de discussão e interpretação dos temas, sustentadas pela literatura e referencial teórico do estudo.

3.5.9 Aprendizagem

Nessa fase, as ações investigadas envolvem produção e circulação de informações, esclarecimentos e tomada de decisão, supondo a aprendizagem do pesquisador e dos participantes (THIOLLENT, 2007). Essa fase desenvolveu-se articulada às outras, durante os seminários, com maior concentração no primeiro,

quando foram apresentados e discutidos os dados que retratam a situação atual do município em relação ao pré-natal.

3.5.10 Saber formal e saber informal

Nessa fase, há uma interação entre o saber prático e o teórico, que se integram na construção de novos conhecimentos. Busca-se a compreensão dos participantes e do pesquisador (THIOLLENT, 2007). Assim, essa fase ocorreu ao longo da oficina com os gestores do nível local, e dos seminários com os gestores do nível central, pois em todos os momentos os problemas levantados foram discutidos e relacionados ao conhecimento teórico e empírico dos profissionais.

3.5.11 Plano de ação

O desenvolvimento de uma matriz de planejamento durante os seminários com os gestores do nível central foi a proposta levada pela pesquisadora. Assim, o plano de ação compreendeu a organização dos encontros para a construção do Quadro Lógico.

Thiolent (2007) trata o plano de ação como a fase em que são definidos os atores, objetivos e critérios de avaliação da pesquisa, continuidade frente às dificuldades, estratégias utilizadas para assegurar a participação dos sujeitos, incorporação de sugestões e a metodologia de avaliação conjunta de resultados.

3.5.12 Divulgação externa

A divulgação da pesquisa ocorre por meio do retorno dos resultados da pesquisa aos participantes, e com a sua divulgação em eventos, congressos, conferências e publicações científicas (THIOLLENT, 2007).

Sendo assim, esta fase deve ser realizada após o término da pesquisa, com a publicação de artigo em periódico da área de saúde, e apresentação da discussão dos dados em eventos científicos, bem como a apresentação pública da pesquisa.

A pesquisa-ação é composta pelas doze fases descritas anteriormente, que se sobrepõem e integram-se de forma maleável. Segundo Thiollent (2007), as fases devem ser vistas como ponto de partida e chegada, sendo possível que, em cada situação, o pesquisador e os participantes façam adaptações, de acordo com a situação investigada.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, em 21 de setembro de 2010, sob o número do protocolo CAAE: 3843.0.000.091-10 (ANEXO 1). A coleta de dados e realização de oficina e seminários somente tiveram início após aprovação do projeto pelo Comitê, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES 1 e 2).

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados levantados nas três fases do estudo, que compreendem a pesquisa documental e bibliográfica, oficina com enfermeiros coordenadores e seminários com gestores do nível central.

4.1 FASE I

A primeira fase de coleta de dados fez um levantamento documental e bibliográfico a respeito dos indicadores de saúde e estrutura da atenção pré-natal no município do estudo, que são apresentados a seguir. Sendo assim, os resultados desta fase foram alcançados por meio da utilização das quatro monografias de graduação em enfermagem que compõe o PPSUS no município e dos indicadores de saúde do DATASUS.

4.1.1 Dados epidemiológicos relacionados à atenção pré-natal no município de Colombo

No ano de 2010, o município apresentava uma população de 72.577 mulheres em idade fértil, que corresponde ao período de 10 a 49 anos. Em relação ao número total de nascimentos, Colombo está em terceiro lugar dentre os municípios da região Metropolitana de Curitiba, ficando atrás apenas de Curitiba e São José dos Pinhais (POLIQUESI, 2009).

O número de nascidos vivos no município de Colombo em 2010 foi de 4.080, enquanto foram registrados 32 óbitos fetais e 50 óbitos infantis nesse ano (DATASUS, 2011). Dentre os 104 óbitos de em Mulheres em Idade Fértil, três eram maternos. Quanto aos dados de internamentos, por grupos de causas, 19,6% são em decorrência de gravidez, parto e puerpério, sendo essas as principais causas para internações entre mulheres em idade fértil (SIH/SUS, 2009).

4.1.2 Estrutura da Atenção Pré-Natal no município

Para subsidiar a discussão e elaboração do planejamento na reorganização da atenção Pré-Natal no município do estudo, considerou-se importante descrever a estrutura atual dos serviços de saúde com enfoque ao pré-natal. Para isso, é descrita aqui a organização dos serviços para atendimento às gestantes, parturientes e puérperas no município. Para tal, foram utilizados dados advindos do estudo realizado no município por Poliquesi (2009), que compõe o projeto (PPSUS).

Os dados evidenciam a seguinte estrutura do programa no município:

A primeira consulta ou acolhimento é realizada pelo profissional enfermeiro, que realiza a vinculação da gestante ao SISPRENATAL e a encaminha às demais consultas de Pré-Natal, de modo a garantir o número adequado de consultas em relação à área de cobertura da unidade.

Rotineiramente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam visita domiciliar. A busca ativa é feita às gestantes faltosas, em casos de gestação de Alto Risco e demais casos específicos que necessitam de acompanhamento especial, sendo que o acompanhamento do enfermeiro e do médico pode ser solicitado para a visita.

O vínculo com a maternidade ocorre a partir da primeira consulta, quando a gestante é informada em qual maternidade realizará o parto, sendo a mesma sua referência para qualquer emergência obstétrica durante o pré-natal. O Hospital Maternidade Alto Maracanã é a referência para gestações de baixo e médio risco no Município, e possui cursos de orientação para acompanhantes que pretendem assistir ao parto.

As categorias e atribuições dos profissionais que participam da atenção pré-natal nas Unidades de Saúde do município do estudo são apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DE SAÚDE

Categoria profissional	Atribuições
ACS	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares de rotina; • Busca ativa
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pré-consulta; • Imunização; • Participação nos grupos de Educação em Saúde.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do acolhimento (1ª consulta); • Vinculação ao SISPRENATAL; • Organização de oficinas de educação em saúde; • Visitas domiciliares quando solicitadas.
Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Realização da consulta Pré-Natal; • Visitas domiciliares quando solicitadas.
Dentistas	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento odontológico, com agenda prioritária para gestantes.
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações nutricionais; • Participação nos Grupos de Educação em Saúde; • Acompanhamento de gestantes com índice de massa corpórea (IMC) irregular.

FONTE: Adaptado de POLIQUESI (2009)

Quanto ao Fluxo de atendimento de intercorrências gestacionais, a conduta em caso de urgência e emergência se dá através do encaminhamento da paciente para a maternidade de referência (Hospital Maternidade Alto Maracanã).

A referência em caso de médio risco é feita pelo profissional médico da Unidade de Saúde, aos cuidados do responsável clínico na maternidade. Observa-se ainda o contato prévio via telefone e a partir daí, quando confirmado o risco gestacional, a Atenção Pré-Natal segue na maternidade. Gestantes de Alto Risco são encaminhadas ao Hospital de Clínicas ou Hospital Evangélico, localizados na cidade de Curitiba, que são os serviços de referência para esses atendimentos do município.

As atividades de educação em saúde ocorrem por meio de Grupos de Gestantes. As Unidades de Saúde buscam alternativas para garantir a participação do maior número de gestantes destas nas atividades, realizando os encontros no mesmo dia da consulta. Na maior parte das US, as atividades educativas são organizadas e realizadas por enfermeiros, e os demais profissionais são convidados

a participar. O recrutamento das gestantes para participação nas atividades educativas ocorre a partir da marcação de consultas, busca ativa pelos ACS e divulgação por meio de cartazes fixados na US, contendo a atividade a ser realizada, data, horário e local. Os temas abordados compreendem o aleitamento materno, cuidados com o recém nascido, cuidados com o corpo durante a gestação, nutrição e cuidados no pós-parto.

O acompanhamento nutricional ocorre por meio do registro e acompanhamento do IMC (Índice de Massa Corpórea) na ficha de registro diário da gestante. Para garantir o adequado acompanhamento nutricional, a partir de 2007 o SISPRENATAL passou a ser alimentado de forma integrada ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e os registros passaram a ter espaço para as informações referentes à nutrição.

Os instrumentos de registros da Atenção Pré-Natal disponíveis são o prontuário, cartão (ou carteirinha) da gestante, ficha de cadastramento da gestante, mapa de registro diário, e planilha de dados para registro e alimentação do SISPRENATAL. Todos os profissionais envolvidos na Atenção Pré-Natal realizam registros.

4.2 FASE II

A segunda fase de coleta de dados corresponde à oficina realizada com enfermeiros coordenadores de Unidades de Saúde, realizada no dia 07 de junho de 2011, no auditório do Centro de Especialidades Odontológicas do município de Colombo.

Participaram 20 enfermeiros coordenadores de Unidades Básicas de Saúde, Unidades Saúde da Família, Pronto Atendimentos e Centros de Atenção Psicossocial. Na condução da oficina, estiveram presentes a pesquisadora e uma observadora, acadêmica que faz parte de um projeto de extensão no município do estudo, e fez registros da oficina por escrito, o que auxiliou a pesquisadora no levantamento das discussões que compõem os resultados do trabalho.

A oficina teve início às 9h, sendo que os participantes foram convocados pela SMS, que em seguida faria uma reunião com eles. Foram apresentados os

objetivos da oficina, explicando o projeto PPSUS, que está em desenvolvimento no município, e a atual fase deste estudo. Assim, os participantes foram convidados a fazer parte desta etapa, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seguir, os participantes foram divididos em pequenos grupos, de acordo com suas preferências. Para cada um desses foi apresentado um dado referente à Atenção Pré-Natal no município de Colombo. Esses dados foram coletados no SISPRENATAL e em estudos anteriores realizados no município.

A proposta foi que cada grupo respondesse a um quadro (APÊNDICE 3), que demonstrasse de forma clara a situação e as possíveis ações a serem desenvolvidas. Após o debate, os grupos deveriam apresentar a situação trabalhada para o restante da turma.

A apresentação e a discussão dos resultados dessa fase estão organizadas de acordo com os temas abordados na oficina e nos seminários, no capítulo “Discussão”.

4.3 FASE III

A terceira fase de coleta de dados foi composta por três seminários, realizados com os gestores no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, e serão descritos a seguir.

4.3.1 Seminário I

O primeiro Seminário foi realizado no dia 19 de agosto de 2011. Participaram a pesquisadora, uma observadora, e cinco gestores do nível central: coordenadoras da Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher e a Nutricionista responsável pela Vigilância Alimentar e Nutricional. A coordenadora da Saúde do Adulto e Idoso comunicou ao grupo que não participaria dessa fase, já que sua atuação não interfere no Pré-Natal.

O Seminário teve início com a apresentação da proposta de elaborar o planejamento para a reorganização da atenção pré-natal do município por meio da técnica de quadro lógico, levada pela pesquisadora. Foi entregue a cada participante um “kit” com o material que seria utilizado nos três encontros previstos. O kit era composto por:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Indicadores de saúde do município relacionados à atenção pré-natal;
- Transcrição da oficina com enfermeiros coordenadores do nível local;
- Referencial teórico sobre Quadro Lógico, técnica de planejamento proposta pela pesquisadora para essa fase de coleta de dados;
- Quadros lógicos em branco, para elaboração do planejamento ao longo dos seminários;
- Resultados das fases de coleta de dados anteriores:

4.3.2 Seminário II

O segundo seminário foi realizado no dia 14 de setembro de 2011, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde. Participaram a pesquisadora, uma observadora, e quatro gestores do nível central. Foi o encontro mais longo, com três horas de duração, no qual foram elaborados três quadros lógicos, referentes aos itens: cadastramento da gestante no SISPRENATAL e SISVAN; realização de 6 consultas de pré-natal e consulta puerperal; e realização e registros de exames. Foi um momento bastante participativo, com discussões e sugestões de todos a respeito dos passos a serem seguidos para alcançar os objetivos, traçados nesse mesmo encontro. Foi dada ênfase à elaboração das atividades principais, consideradas a trajetória para os resultados esperados em cada ponto.

4.3.3 Seminário III

O último seminário foi o encontro em que o último quadro lógico – a respeito da imunização das gestantes – foi elaborado. Além disso, foi feito o fechamento do trabalho, voltando aos quadros e já elaborando e rediscutindo alguns pontos e adaptando aquilo que o grupo considerou importante.

Nesse seminário foi evidenciado ao grupo que a elaboração dos quadros lógicos é a contribuição que a pesquisa traz ao município, e que dali em diante as ações a serem desenvolvidas dependerão da tomada de decisão e iniciativa da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Os quadros lógicos elaborados são apresentados a seguir.

1 Situação: Cadastro das gestantes no SISPRENATAL e SISVAN

Lógica da intervenção	Indicadores objetivamente comparáveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
<p>Objetivo superior</p> <p>Redução nos índices de morbimortalidade materna e infantil no município de Colombo.</p> <p>Objetivo do projeto</p> <p>Reorganização da Atenção Pré-Natal no município de Colombo</p>	<p>Indicadores de efeito</p> <p>Adequação ao pacto em saúde</p> <p>Redução da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis, que podem ser diagnosticadas durante o Pré-Natal, incluindo a desnutrição.</p>	<p>Fontes que comprovem os efeitos indiretos</p> <p>Relatórios e indicadores de saúde municipais.</p> <p>(Índices de mortalidade materna, neonatal e infantil, óbito fetal)</p> <p>Fontes que comprovem os efeitos diretos</p> <p>SISPRENATAL e SISVAN</p>	<p>Fatores externos para assegurar o alcançado</p> <p>Disponibilidade financeira.</p> <p>Incentivo ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.</p> <p>Fatores externos para alcançar o Objetivo Superior</p> <p>Garantia de atendimento à gestante e ao RN em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.</p> <p>Fatores externos para alcançar o Objetivo do Projeto</p>
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% das gestantes são cadastradas no SISPRENATAL 90% realizam a 1ª consulta em até 120 dias de gestação 100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL são cadastradas no SISVAN na 1ª consulta. <p>Atividades principais</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar e capacitar os coordenadores das US para ampliação da cobertura do pré-natal. Promover educação continuada com os trabalhadores, com atenção principal aos ACS, que são os que apresentam maior conhecimento a respeito da área de abrangência, e realizam a busca ativa de gestantes. Monitorar de forma contínua dos ACS – auditoria / acompanhamento, principalmente em UBS. Sensibilizar a equipe a respeito do trabalho que estão desenvolvendo. 	<p>Indicadores de acompanhamento</p> <p>Monitoramento contínuo.</p> <p>Índices de mortalidade materna, neonatal e infantil, óbito fetal, relatórios municipais.</p> <p>Aumento nos registros do SISPRENATAL e SISVAN</p>	<p>Fontes que comprovem o desempenho</p> <p>Aumento nos registros do SISPRENATAL e SISVAN.</p>	<p>Fatores externos para alcançar os Resultados</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar e melhorar a cobertura do Pré-Natal.</p> <p>Fatores externos para alcançar o Objetivo do Projeto</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar a cobertura do Pré-Natal.</p> <p>Acesso Profissional adequado</p> <p>Definição da população local</p>

2 Situação: Realização de no mínimo 6 consultas no Pré-Natal e Consulta Puerperal.

Lógica da intervenção	Indicadores objetivamente comparáveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
<p>Objetivo superior</p> <p>Redução nos índices de morbimortalidade materna e infantil no município de Colombo.</p>	<p>Indicadores de efeito</p> <p>Redução da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis, que podem ser diagnosticadas durante o Pré-Natal.</p>	<p>Fontes que comprovem os efeitos indiretos</p> <p>Relatórios e indicadores de saúde municipais. (índices de mortalidade materna, neonatal e infantil, óbito fetal)</p> <p>Fontes que comprovem os efeitos diretos</p>	<p>Fatores externos para assegurar o alcançado</p> <p>Disponibilidade financeira. Incentivo ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.</p>
<p>Objetivo do projeto</p> <p>Reorganização da Atenção Pré-Natal no município de Colombo</p>		<p>Aumento na realização das 6 consultas, com registros no SISPRENATAL e SISVAN.</p>	<p>Fatores externos para alcançar o Objetivo Superior</p> <p>Garantia de atendimento à gestante e ao RN em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.</p>
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% das gestantes realizam no mínimo 6 consultas de Pré-Natal e Consulta de Puerpério. (2010: 54,67%) 	<p>Indicadores de acompanhamento</p> <p>Monitoramento contínuo.</p> <p>Aumento nos registros do SISPRENATAL e SISVAN</p>	<p>Fontes que comprovem o desempenho</p> <p>Aumento na realização das 6 consultas de pré-natal e da consulta puerperal, com registros no SISPRENATAL e SISVAN.</p>	<p>Fatores externos para alcançar o Objetivo do Projeto</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar e melhorar a cobertura do Pré-Natal.</p>
<p>Atividades principais</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os coordenadores das US, e em seguida as equipes. Realizar busca das gestantes que faltam às consultas. Utilizar os instrumentos de monitoramento de acompanhamento às gestantes no Pré-Natal. Formar grupos de gestantes nas US, com no mínimo 2 encontros. <ul style="list-style-type: none"> Estimular a visita à maternidade. Aproveitar materiais e insumos de educação em saúde. Elaborar ações integrativas de sistemas de informações. 			<p>Fatores externos para alcançar os Resultados</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar e melhorar a cobertura do Pré-Natal.</p>

Feitos

Produtos / Serviços

Gerenciáveis

Não gerenciáveis

3 Situação: Realização de exames laboratoriais no Pré-Natal:

Lógica da intervenção	Indicadores objetivamente comparáveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
<p>Objetivo superior</p> <p>Redução nos índices de morbimortalidade materna e infantil no município de Colombo.</p>	<p>Indicadores de efeito</p> <p>Redução da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis, que podem ser diagnosticadas durante o Pré-Natal.</p>	<p>Fontes que comprovem os efeitos indiretos</p> <p>Relatórios e indicadores de saúde municipais.</p>	<p>Fatores externos para assegurar o alcançado</p> <p>Disponibilidade financeira. Incentivo ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.</p>
<p>Objetivo do projeto</p> <p>Reorganização da Atenção Pré-Natal no município de Colombo</p>		<p>Fontes que comprovem os efeitos diretos</p> <p>Aumento nos registros de resultados de exames nas carteirinhas de gestante e prontuários.</p>	<p>Fatores externos para alcançar o Objetivo Superior</p> <p>Garantia de atendimento à gestante e ao RN em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.</p>
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> O exame ABO-Rh é realizado uma vez, e os exames Anti-HIV, HBSAG, VDRL e Sorologias são realizados ao menos 2 vezes durante Pré-Natal. 	<p>Indicadores de acompanhamento</p> <p>Melhora nos registros de resultados de exames em prontuários, fichas de atendimentos e carteirinhas de gestante.</p>	<p>Fontes que comprovem o desempenho</p> <p>Aumento nos registros de resultados de exames nas carteirinhas de gestante e prontuários.</p>	<p>Fatores externos para alcançar o Objetivo do Projeto</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar e melhorar a cobertura do Pré-Natal.</p>
<p>Atividades principais</p> <ul style="list-style-type: none"> Melhorar a captação dos dados. Capacitar profissionais de nível técnico na transcrição de resultados de exames nos registros da gestante, na abordagem da pré-consulta (em relação a exames e vacinas). Realizar agendamento de exames pela US. 			<p>Fatores externos para alcançar os Resultados</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar e melhorar a cobertura do Pré-Natal.</p> <p>Rede laboratorial</p>

Não gerenciáveis

4 Situação: Imunização no Pré-Natal.

Lógica da intervenção	Indicadores objetivamente comparáveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
<p>Objetivo superior</p> <p>Redução nos índices de morbimortalidade materna e infantil no município de Colombo.</p>	<p>Indicadores de efeito</p> <p>Redução na notificação de agravos evitáveis pela imunização de gestantes, e redução da morbimortalidade materna e infantil relacionada a esses agravos.</p>	<p>Fontes que comprovem os efeitos indiretos</p> <p>Relatórios e indicadores de saúde municipais.</p>	<p>Fatores externos para assegurar o alcançado</p> <p>Disponibilidade financeira. Incentivo ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.</p>
<p>Objetivo do projeto</p> <p>Reorganização da Atenção Pré-Natal no município de Colombo</p>	<p>Fontes que comprovem os efeitos diretos</p> <p>Aumento da cobertura vacinal das gestantes com registros nas carteirinhas e relatórios de vacinas.</p>	<p>Fatores externos para alcançar o Objetivo Superior</p> <p>Garantia de atendimento à gestante e ao RN em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.</p>	<p>Fatores externos para alcançar o Objetivo do Projeto</p> <p>Interesse da gestão municipal em ampliar e melhorar a cobertura do Pré-Natal.</p>
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% das gestantes são adequadamente imunizadas, e os dados são corretamente registrados. <p>Atividades principais</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a equipe técnica no registro das vacinas. Sensibilizar os profissionais na consulta de Pré-Natal para atentar à situação vacinal da gestante. 	<p>Indicadores de acompanhamento</p> <p>Melhora nos registros de resultados de exames em prontuários, fichas de atendimentos e carteirinhas de gestante.</p>	<p>Fontes que comprovem o desempenho</p> <p>Relatórios de vacinas no município – Vigilância Epidemiológica</p>	<p>Fatores externos para alcançar os Resultados</p> <p>Disponibilização de vacinas nas Unidades de Saúde e Maternidade.</p>

Não gerenciáveis

Efeitos

Gerenciáveis

Produtos / Serviços

Não gerenciáveis

5 DISCUSSÃO

Na oficina e seminários de construção dos quadros lógicos, emergiram temas que foram considerados relevantes pela pesquisadora, por estarem relacionados à atual estrutura do pré-natal no município, e às propostas de mudanças para o alcance da ampliação e qualificação da cobertura do programa, o que condiz com os objetivos deste estudo. Dessa forma, os itens são apresentados em 12 itens nesse capítulo, na forma de discussão em cotejamento com a literatura e com o referencial teórico de planejamento.

5.1 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE COLOMBO / PROGRAMA NASCER COLOMBO

De acordo com os sujeitos, no período anterior à organização da Saúde da Mulher, que ocorreu ao longo dos últimos sete anos com a atuação de uma enfermeira na coordenação dessa área na Secretaria Municipal de Saúde, o programa pré-natal ainda não estava bem estruturado no município. Segundo eles, muitas gestantes não realizavam as consultas, nem os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, o que resultava na ocorrência de altos índices de infecções relacionadas ao período e de mortalidade materna e fetal/neonatal.

A estrutura da atenção obstétrica no SUS consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e puericultura, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher e ao bebê durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, o sistema de saúde deve assegurar a cobertura de toda a população de mulheres durante o período gestacional e após o parto, garantindo a atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada, mediante regulação do atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado e do controle de leitões obstétricos e neonatais (BRASIL, 2005).

Ainda de acordo com os sujeitos, no município do estudo a situação atual apresenta como potencialidade o Programa Nascir Colombo, que está em fase de implantação. O Programa teve seu lançamento oficial no dia 30 de setembro de

2011. Trata-se de um incentivo às gestantes que realizam o pré-natal completo no município, desde a vinculação ao SISPRENATAL em até 120 dias da gestação, até a consulta puerperal. Essas mães recebem uma bolsa para o bebê, como um presente de reconhecimento por terem feito valer seu direito de ter acompanhamento em todo o pré-natal.

Outra potencialidade levantada foi a realização de consulta puerperal e de puericultura nas Unidades de Saúde em até 40 dias pós parto, com agendamento realizado por uma enfermeira da SMS via maternidade. Isso garante que a usuária e o bebê sejam acompanhados em relação à amamentação, recuperação pós parto, esclarecimento de dúvidas, além do ganho de peso e desenvolvimento do bebê.

Os gestores deram ênfase à importância dos serviços de saúde incentivarem o parto humanizado, incluindo nesse ponto a possibilidade do parto ser realizado pelo profissional médico que acompanha o pré-natal. De acordo com Silva, Barbieri e Fustinoni (2011), a Organização Mundial da Saúde (OMS) trata a humanização da assistência ao parto com o objetivo de promover o parto e o nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, evitando excessos na utilização de recursos tecnológicos.

A construção do Quadro Lógico considerou essa estrutura apresentada. O Programa Nascer Colombo foi considerado como em fase de implantação, ponto que favorece e qualifica a atenção pré-natal. A elaboração do Programa específico para o município é um potencial que deve ser aproveitado, visto que ele pode atender às especificidades do território no que se refere a indicadores de saúde e perfil da população atendida.

Seguindo a proposta do PHPN, nota-se que os gestores do município têm a preocupação com o atendimento à gestante e ao bebê de forma humanizada. Tendo em vista que o município atende a orientação do Ministério da Saúde no que se refere à porcentagem de partos naturais, destaca-se a importância de incentivar a humanização do atendimento à usuária em todo o período gravídico-puerperal, para que sejam evitadas situações desagradáveis que desestimulem a gestante a realizar o acompanhamento adequado na atual ou futuras gestações.

5.2 DISPONIBILIDADE DE EXAMES

Mais uma potencialidade levantada pelos sujeitos do estudo, foi a realização de, no mínimo, duas baterias de exames laboratoriais durante o período gestacional.

De acordo com o Ministério da Saúde, é importante que os seguintes exames sejam solicitados já na primeira consulta de pré-natal: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, exame sumário de urina, sorologias para hepatite B, toxoplasmose e anti-HIV (com o consentimento da mulher). Os exames de glicemia em jejum, sorologia para sífilis e exame de urina devem ser repetidos próximo à 30ª semana de gestação. (BRASIL, 2005)

Ainda em relação à sorologia anti-HIV, destaca-se que o diagnóstico da contaminação por esse vírus no início da gestação possibilita melhor controle da infecção materna, com melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Dessa forma, o teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV (BRASIL, 2005).

O acompanhamento de resultados de exames permite o acompanhamento adequado a cada gestante, uma vez que seu pré-natal pode ser direcionado para um serviço de saúde específico em caso de diagnóstico de situações ou doenças que possam prejudicar a mãe ou o bebê.

Além dos exames laboratoriais, as discussões da oficina e dos seminários destacaram a importância da disponibilidade de exames de imagem, tais como ecografia morfológica e ecocardi fetal, além da ampliação da realização de ultrassonografia no município. É importante ainda, facilitar o encaminhamento de gestantes de alto risco para os hospitais de referência fora do município.

5.3 IMUNIZAÇÃO

As falhas nas imunizações estão relacionadas à captação das mulheres para cadastro antes de 120 dias de gestação, falta de registros de vacinas, e ausência de funcionários responsáveis pelas imunizações nas unidades de saúde. Os sujeitos consideram como situação ideal que, no momento do cadastro da gestante no

programa, fosse solicitada sua carteirinha de vacina, registrando a situação, e agendando as doses da vacina dupla tipo adulto.

O tétano neonatal acomete recém-nascidos, geralmente na primeira semana ou nos primeiros quinze dias de vida. Para evitar a ocorrência desse agravo, o PHPN prevê que a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto. O esquema básico de vacinação durante a gestação consta de três doses da vacina dupla tipo adulto (dT – contra a difteria e o tétano). (BRASIL, 2005).

O esquema deve ser adotado de acordo com a situação vacinal da gestante. Mulheres sem nenhuma dose registrada devem iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 ou, no mínimo, 30 dias. Mulheres com menos de três doses devem completar o esquema o mais precocemente possível, respeitando também o intervalo de 60 ou, no mínimo, 30 dias. Gestantes com registros de três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos, não precisam ser vacinadas. Já aquelas que apresentam as três doses, mas a última delas realizada há mais de cinco anos, devem ter uma dose de reforço (BRASIL, 2005).

Caso a gestante não complete seu esquema durante a gravidez, este deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade em que houver contato com a Unidade de Saúde (BRASIL, 2005).

As mulheres que realizam o parto na maternidade municipal são imunizadas com a vacina tripla viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) no puerpério imediato. Essa medida foi iniciada a partir da campanha de vacinação contra a rubéola, realizada em 2009, e foi mantida mesmo após o seu término.

Os dados apontam que há estrutura favorável à adequada cobertura vacinal a todas as gestantes, uma vez que não há falta dessa vacina no município. Para atender a essa necessidade, é importante a organização dos serviços para adequar a situação, e promover a vacinação de todas as gestantes que precisam completar suas doses.

Na elaboração do quadro lógico, esse ponto foi trabalhado com o levantamento da necessidade de sensibilizar as equipes no sentido de atentar à situação vacinal da gestante e aos registros adequados na realização dessas vacinas.

5.4 REGISTROS DO PRÉ-NATAL

Os sujeitos afirmaram que, na prática assistencial, é percebido o pouco comprometimento de profissionais de diversas categorias, o que é observado nas consultas, afirmando que está em vigência um modelo que prioriza a quantidade de atendimentos ao invés da qualidade. É notada ainda a falta de anotação nos prontuários e a ausência de carimbo do profissional nos registros.

Os sujeitos relataram ainda que, no período anterior à organização da Saúde da Mulher no município, os profissionais médicos seguiam rotinas próprias na solicitação de exames. Além disso, os registros de resultados eram inadequados e fragmentados nos prontuários e carteirinhas das gestantes.

Nos últimos anos, notou-se a melhora nos registros do pré-natal, com a implantação do SISPRENATAL. Além disso, houve melhora nos registros de exames. Atualmente existem protocolos a serem seguidos, o que orienta as solicitações desses profissionais. Vale ser destacado que houve a inclusão do enfermeiro no pré-natal, dando autonomia na solicitação de exames (laboratoriais e de imagem). Há também cadernos de acompanhamento das consultas de pré-natal disponíveis nas unidades de saúde. Como potencialidade a ser aproveitada para o planejamento, destaca-se que as unidades de saúde passaram a ter maior domínio sobre suas práticas desde que a SMS passou a repassar os registros de cobertura de cada US.

Quando questionados a respeito dos registros do pré-natal, os coordenadores responderam que o preenchimento da ficha de cadastro é obrigatório para o cadastro no SISPRENATAL. Em relação às carteirinhas de gestante, relataram que muitos profissionais ainda não as preenchem total e corretamente, pois desconhecem a importância desses dados para o acompanhamento da gestação.

Na 1ª consulta do pré-natal, a enfermeira orienta a gestante de que se trata de um documento importante. Como na maior parte das Unidades de Saúde o cadastro no SISPRENATAL é feito por enfermeiras, quase 100% das gestantes recebem este documento. A dificuldade nesse ponto ocorre quando o profissional médico prefere que a enfermeira não preencha, dizendo que ele mesmo vai preencher, mas só coloca as informações que ele acha importante. Dessa forma,

ainda há gestantes sem carteirinha, que relatam que o profissional médico não a entregou.

Segundo Silva *et al.* (2001), um dos problemas em relação à qualidade da assistência pré-natal apontados em estudos, refere-se, entre outros, ao não cumprimento de registros. O problema dos registros de prontuários se repete em relação às carteirinhas, com a escassez de registros de informações sobre o atendimento pelo profissional médico.

O livro do pré-natal ajuda no acompanhamento, pois possibilita verificar se a gestante está realizando as consultas. Foi discutido que, um fator que dificulta o acompanhamento por parte das Unidades de Saúde é o cadastro da gestante em uma US, com a continuidade do pré-natal em outra Unidade ou na maternidade. Enquanto não houver ações de territorialização que evitem essas migrações de atendimentos, o problema deve permanecer. Outras dificuldades apontadas são as mudanças recorrentes de endereço e telefones das usuárias.

Em um estudo realizado em Juiz de Fora – MG, no ano de 2002, foi identificada grande variabilidade no registro de exames laboratoriais considerados como básicos pelo PHPN. No momento da internação, 7% das gestantes não portavam a tipagem ABO-Rh. Não houve registros da dosagem de Hb/Ht em 21,6% dos cartões, do exame de urina tipo 1 em 30%, do VDRL em 23% e da glicemia em 31,1%. A testagem anti-HIV e o exame colpocitológico (Papanicolau) também não foram anotados em 34,1% e 91,4% dos cartões analisados, respectivamente. (COUTINHO *et al.*, 2003)

Ainda nesse estudo, um total de 459 exames ultra-sonográficos foram registrados em 306 cartões (equivalente a 82,7% das pacientes), mas em 25 anotações (6,7%) não houve relato da idade gestacional na época do exame ecográfico inicial. Dentre os 281 exames ultra-sonográficos iniciais com relato da idade gestacional, houve predomínio da solicitação no segundo trimestre (64,7%), e porcentagem ainda significativa no último trimestre (15,7%). A média de realização de ultra-sonografia por gestante foi de 1,2, ao passo que o número máximo de exames realizados, em uma só paciente, foi de seis (COUTINHO *et al.*, 2003).

Para resolver o problema, os sujeitos sugerem ações de treinamento, capacitação e sensibilização dos profissionais, para melhorar a qualidade de consultas e registros. Apontam ainda que cabe à SMS a responsabilidade de exigir os registros adequados em prontuários, mediante auditoria desses documentos.

Para Melo e Vaitsman (2008), a implantação de processos de auditoria no SUS visa garantir a qualidade dos serviços profissionais e institucionais ao usuário e à União, Estados e municípios.

5.5 ADESÃO DAS GESTANTES AO PROGRAMA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Algumas das fragilidades apontadas pelos gestores dão ênfase à baixa adesão das gestantes no pré-natal e início tardio do acompanhamento, que de acordo com o MS deve ocorrer em até 120 dias de gestação. Foi apontado são recorrentes situações como a realização tardia da primeira consulta de pré-natal e o absenteísmo em consultas. Isso demonstra o desconhecimento da importância do acompanhamento neste período.

Uma característica importante a ser destacada nesse item é que, nesse município, muitas gestantes realizam seu pré-natal em outras US que não a de sua área, ou na maternidade, mesmo sendo consideradas de baixo risco. Essa situação ocorre porque o município ainda está em fase de territorialização para implantação de distritos sanitários. Cita-se aí que as US que prestam um bom atendimento atendem muitas gestantes de outras áreas.

De acordo com Coutinho *et al.* (2003), com o evoluir da gestação, a adesão ao pré-natal tende a aumentar, em virtude da maior aceitação da gravidez com o passar do tempo, influência familiar, captação pelas unidades de saúde e ações comunitárias locais.

Em um estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2002, foi evidenciado que somente 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, enquanto 9,2% procuraram assistência apenas nos últimos três meses de gestação. Isso corrobora o que foi discutido anteriormente, já que 61,1% dessas gestantes aderiram ao programa entre o 4º e o 6º mês de gestação, e a idade gestacional média de ingresso no programa foi de 17,4 semanas (COUTINHO *et al.*, 2003).

Apesar do tema de acolhimento não ter sido levantado pelos sujeitos, considera-se importante discuti-lo, porque sendo considerado como um dos objetivos do pré-natal, tem o significado de ouvir, acolher e dar atenção. A gestante tem a necessidade de ser ouvida, pois suas queixas podem representar, para ela, um problema que precisa ser esclarecido, o que evidencia a necessidade de

esclarecimentos seguros, significativos para seu bem-estar. Para o MS, acolher é um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede integrada de atendimento (SILVEIRA *et al.*, 2005).

Como um dos componentes das ações básicas de saúde, e com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, a ação educativa pode estar inserida em todas as atividades, sendo desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde e ocorrendo em todo e qualquer contato entre um profissional de saúde e a clientela. Essas ações, no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, têm grande importância, sendo que o pré-natal é o momento em que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, reduzir riscos de complicações no puerpério e ainda obter maior sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando dar à mulher autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

Quanto ao planejamento para a reorganização da atenção pré-natal no município, os gestores destacaram a importância das ações educativas. Estas foram incluídas na elaboração do quadro lógico, como atividades a serem desenvolvidas para alcançar o resultado referente à realização de seis consultas de pré-natal e consulta puerperal.

5.6 EQUIPES DE SAÚDE

Os sujeitos consideram fragilidades a grande rotatividade dos funcionários, pouco comprometimento, ações das US com enfoque nas doenças e demandas. Relataram ainda que não há ações de educação continuada e permanente. Entretanto, ao longo do estudo, a pesquisadora pôde presenciar diversos momentos de educação permanente com os profissionais de saúde abordando diferentes temáticas, entre elas a saúde da mulher e atenção pré-natal.

Como possíveis ações, os sujeitos destacam a formação de equipes voltada ao comprometimento com os programas de saúde. Defendem a sensibilização dos trabalhadores no sentido de prever o problema no futuro, no caso de deixar de realizar a ação no presente. Assim, sugerem a formação de grupos de estudos para

discutir casos nas US. Abordam ainda as dificuldades de tempo disponível para esses momentos, devido à grande demanda de usuários em situações agudas, que exigem resolução imediata.

Para os sujeitos, é considerado ainda como problema o horário reduzido do médico na Unidade de Saúde, e o comprometimento deste profissional com o pré-natal, que não reconhece a importância desse momento de orientação à gestante. É recorrente que não se consiga trazer a gestante à US em um dia diferente da consulta médica. Assim, os profissionais realizam agendamento para que ela chegue com antecedência à consulta, e as oficinas educativas sejam realizadas nesse momento.

Quanto ao trabalho em equipe multiprofissional, Peduzzi (2001) discorre que é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre intervenções técnicas e interação de profissionais de diferentes áreas profissionais. Assim, deve ser aproveitada a oportunidade de interação entre a equipe multiprofissional, em momentos de educação em saúde, e nas atividades assistenciais de equipes de Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia Saúde da Família, visto que, com os diferentes olhares de cada profissional, o atendimento integral à gestante tem maiores chances de ser alcançado.

Foi destacado como potencialidade o apoio da SMS na implantação de programas, e a acessibilidade dos profissionais e unidades aos gestores municipais, que reconhecem as dificuldades do nível local e oferecem apoio às unidades de saúde. Na fase de elaboração do quadro lógico, foi destacada como ação prioritária a sensibilização dos gestores do nível local a respeito da condução da equipe no sentido de estabelecer metas e realizar acompanhamento. Foi sugerida ainda a disponibilidade de verbas para capacitação dos profissionais e apoio de outras esferas de gestão dos serviços de saúde do Estado.

5.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

Os enfermeiros estão na liderança de equipes de enfermagem e saúde. São profissionais que têm muito a oferecer nessa discussão, pois atuam na elaboração e avaliação de diversos programas no município.

Para Silveira *et al.* (2005), destaca-se a importância do enfermeiro como educador, na promoção da saúde e prevenção de doenças, como facilitador de mudanças na comunidade, e para a gestante, quanto ao saber cuidar-se durante o processo gravídico e puerperal.

Diante do PHPN, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal, dentre as quais destacam-se, desde rotinas preconizadas para consultas, até a definição de fatores de risco na gestação, de forma que se possa ampliar a assistência pré-natal com a inclusão do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher nesse período. (GONÇALVES *et al.*, 2008) Vale destacar ainda que, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser inteiramente acompanhado por este profissional (BRASIL, 1986).

No que se refere à liderança, o gestor de enfermagem deve se colocar como o líder inspirador da equipe, para alcançar metas estabelecidas no compromisso da melhoria da assistência. A competência de liderança abrange o desenvolvimento organizacional dos recursos humanos e a excelência no atendimento dos usuários, e é uma tarefa indelegável da gestão do enfermeiro, pois é o trabalho de toda a equipe que proporciona a qualidade do atendimento. Trata-se aqui da questão da autonomia do enfermeiro no envolvimento da sua gestão (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

Com a característica da gestão dos serviços de saúde - nos níveis local e central - ser composta por enfermeiros, o município conta com profissionais que atuam também na assistência, e estão envolvidos no planejamento e avaliação dos programas de saúde. São profissionais que apresentam a característica de atuar em equipe, favorecendo a multidisciplinaridade como benefício ao melhor atendimento à gestante.

Porém, é importante destacar que, com a grande demanda de atividades do enfermeiro, esse profissional não dispõe de tempo para o planejamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços onde atuam. Assim, o processo de mudança para a qualificação pode ficar comprometido enquanto não for viabilizada a disponibilidade de profissionais que atuem exclusivamente na administração dos serviços.

5.8 TERRITORIALIZAÇÃO

Como já foi mencionado anteriormente, a organização atual dos serviços de saúde do município permite que as usuárias realizem seu pré-natal na maternidade municipal e em outras Unidades de Saúde, além da que é a referência para sua área. Assim, as equipes de saúde não têm controle dos atendimentos e acompanhamento de pré-natal das pacientes da sua área de abrangência. Dessa forma, não podem captar importantes informações, tais como: quais são as gestantes, condições e adesão ao pré-natal e ocorrência de óbito fetal e materno.

A territorialização consiste em um instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando a atuação em uma delimitação de espaço previamente definida. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a Estratégia Saúde da Família, ações de Vigilância em Saúde, e descentralização das atividades de assistenciais (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Os sujeitos afirmaram que nas unidades em que prestam atendimento de acordo com as diretrizes da atenção pré-natal, mulheres se sentem satisfeitas com a vinculação à Unidade, e esta tende a receber mais gestantes de outras áreas. Outra situação a ser destacada é que muitas mulheres preferem realizar seu acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde, já que nas Unidades de Saúde da Família não há especialista em obstetrícia.

O município trabalha com o entendimento de que a mulher tem o direito de escolher o serviço onde prefere ter acompanhamento durante o período gestacional. Isso é relevante, pois se a mulher se sente mais acolhida e segura em um determinado serviço, isso pode resultar em uma maior adesão ao pré-natal.

Dessa forma, os serviços de saúde devem se organizar para que essa mulher seja bem atendida, mesmo que em outro serviço, e que os dados sejam repassados à US da sua área. O contato com a gestante para captação de dados pode ser feito por meio dos Agentes Comunitários de Saúde. Esta situação demanda uma organização diferenciada do serviço, que precisa manter os registros das gestantes que estão vinculadas ao seu território, mas são atendidas em outra área.

5.9 PACTUAÇÃO

Os coordenadores relataram que antes da organização da Saúde da Mulher no município, havia falta de profissionais capacitados, poucas informações eram registradas em prontuários, o pré-natal ainda não estava organizado. Além disso, não havia metas pactuadas e os dados e indicadores de saúde não eram repassados às US.

A pactuação é um mecanismo de gestão que compreende negociação permanente, buscando a superação de conflitos por meio da corresponsabilização. Com a negociação de metas, indicadores e ações, os pactos se constituem numa forma de acordos com capacidade de favorecer o controle social e o do próprio governo. Atualmente, a existência de acordos tem o objetivo de assegurar a governabilidade e a efetividade das políticas públicas (GUERREIRO; BRANCO, 2011)

Deixando de ser desenvolvida como rito meramente administrativo, a pactuação apresenta capacidade de estabelecer uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, contribuindo para que as ações de monitoramento e avaliação sejam incorporadas à cultura dos serviços (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

Dessa forma, com o estabelecimento de metas pactuadas entre gestores do nível central e local, os serviços tendem a organizar suas ações para alcançar esses objetivos, qualificando e ampliando a atenção aos grupos. Os resultados alcançados pelas US devem ser repassados a elas pela SMS, para que gestores e equipes possam avaliar e planejar suas ações, utilizando os indicadores da tomada de decisão.

5.10 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Durante o estudo, foi evidenciado, na oficina com os coordenadores e nos seminários com os gestores, que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é uma potencialidade que merece destaque, pois facilita a aproximação das Equipes de Saúde com os usuários, trazendo as informações. Além disso, foi

relatado pelos gestores que, com as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, observa-se a diminuição de faltas às consultas e atividades do programa pré-natal.

O PACS foi criado em 1991, mas suas atribuições foram definidas somente em 1997. Inicialmente como proposta para as Unidades de Saúde da Família, hoje os ACS também compõem as equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde. O Brasil conta hoje com o trabalho de 243.000 ACS, presentes tanto em áreas rurais e periferias urbanas, quanto em grandes metrópoles, cobrindo 62,5% da população do país (GOMES *et al.*, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; adscrição das famílias da área geográfica de abrangência da Unidade de Saúde; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros de usuários; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo a equipe de saúde informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, e auxiliar na prevenção e controle de agravos relacionados ao ambiente, tais como a malária e a dengue (BRASIL, 2006).

Segundo Gomes *et al.* (2010), o ACS possui um papel importante para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, com potencial de fortalecer as relações, facilitar o diagnóstico de situações de risco e atuar como agentes de organização da comunidade para a transformação de suas condições de saúde.

Assim, na elaboração do quadro lógico, esses profissionais foram destacados como uma das categorias prioritárias para as ações de sensibilização, pois têm o importante papel de realizar a busca às gestantes, para que essas façam o acompanhamento adequado durante o período.

5.11 SISPRENATAL – INFORMATIZAÇÃO DO PROGRAMA

Os sujeitos discutiram a dificuldade vivenciada nos serviços em relação ao sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), que não é informatizado no município. Isso é considerado um problema pela falta de segurança das informações, que são passadas das US para a Coordenação de Saúde da Mulher, responsável pela alimentação dos dados no sistema. Assim, a situação idealizada pelos sujeitos prevê a informatização do programa.

A informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões, e, portanto, é imprescindível para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde. São também de interesse dados/informações produzidos extra-setorialmente, cabendo aos gestores do Sistema a articulação com os diversos órgãos que os produzem, de modo a complementar e estabelecer um fluxo regular de informação em cada nível do setor saúde (BRASIL, 2005).

Entende-se sistema como o “conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum”. Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), sem se basear em dados subjetivos ou conhecimentos ultrapassados (BRASIL, 2005).

O SIS (Sistema de Informação em Saúde) é parte dos sistemas de saúde, e como tal, integra suas estruturas organizacionais e contribui para sua missão. É constituído por vários subsistemas, e tem como propósito facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Para isso, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta de dados, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações (BRASIL, 2005).

Um de seus objetivos básicos, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local tomando como referencial as microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições da população na determinação do processo saúde-doença. O nível local tem, então, responsabilidade

não apenas com a alimentação do sistema de informação em saúde, mas também com sua organização e gestão (BRASIL, 2005).

Atualmente, os recursos do processamento eletrônico estão sendo amplamente utilizados pelos sistemas de informação em saúde, aumentando sua eficiência na medida em que possibilitam a obtenção e processamento de um volume de dados cada vez maior, além de permitirem a articulação entre diferentes subsistemas (BRASIL, 2005).

A informatização é viável, pois há interesse da gestão municipal nessa proposta. Dentre os trabalhos realizados pelo PPSUS no município, está sendo elaborado um software pelo Departamento de Informática da UFPR para o programa de atenção pré-natal, que deve ser implantado em todas as Unidades de Saúde nos próximos anos. Assim, com a informatização do programa, será possível o acompanhamento da situação do pré-natal no acompanhamento e avaliação dos dados, com a garantia do seu armazenamento seguro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma situação que merece ser destacada no desenvolvimento desta pesquisa foi o fácil acesso aos gestores do município e seu interesse pelas propostas de estudo, pois é notável que há a compreensão de que os serviços podem ser melhorados. Este pode ser considerado um dos resultados positivos advindos de uma parceria anterior entre universidade e serviço.

Ao ser desenvolvida uma proposta de planejamento participativo com o envolvimento dos gestores municipais que prevê a reorganização da atenção pré-natal do município de Colombo com o intuito de refletir nos indicadores de saúde relacionados ao programa, o estudo atingiu seu objetivo principal. Durante a pesquisa foi possível discutir o processo de elaboração do plano com o referencial teórico de planejamento, com destaque aos seminários com os gestores do nível central, que desenvolvem ações de planejamento em saúde rotineiramente em sua prática profissional. Além disso, com as duas primeiras fases de coleta de dados, foi possível caracterizar a estrutura organizacional da SMS de Colombo relacionada à atenção pré-natal, o que contribuiu na elaboração do plano operacional de reorganização das ações voltadas ao programa.

A maior dificuldade encontrada ao longo do estudo foi o agendamento dos seminários com os gestores do nível central. Considerando a grande demanda de compromissos dos, em diversos momentos os seminários precisaram ser remarcados, o que atrasou a coleta de dados. Assim, a pesquisadora precisou adaptar seu cronograma, reduzindo os quatro seminários previstos para três encontros, com concentração maior de tempo.

As potencialidades do estudo são destacadas pela instrumentalização dos gestores no sentido de que possam trabalhar com técnicas de planejamento participativo que favoreçam a organização de ações de saúde em diferentes programas no município. O estudo proposto contribuiu para que os gestores avaliassem e discutissem a situação do pré-natal em sua área, levantando as possíveis ações a serem tomadas para a ampliação da cobertura às gestantes.

O estudo evidencia que o pré-natal vem apresentando poucas mudanças na sua conformação. Porém, mantêm-se os desafios na sua realização, já que os municípios continuam encontrando dificuldades para atingir a cobertura preconizada

pelo Ministério da Saúde. Assim, a técnica de planejamento utilizada no estudo pode ser apresentada a outras Secretarias Municipais de Saúde como ferramenta viável para a reorganização da atenção pré-natal.

O quadro lógico é uma inovação no planejamento da atenção pré-natal. É uma técnica passível de ser utilizada, desde que haja interesse e comprometimento dos gestores com seu desenvolvimento. Sua vantagem em relação a outras técnicas de planejamento participativo está na agilidade que proporciona ao nível central, mas pode ser considerado participativo porque os dados utilizados pelos gestores advêm da base do sistema de saúde, e precisa ser constantemente rediscutido e atualizado de acordo com as necessidades dos usuários, profissionais de saúde e gestores locais. Estes, por sua vez, junto ao Conselho Local de Saúde. Apesar da participação do presidente do Conselho Municipal de Saúde nos seminários, a representação dos usuários durante as discussões foi limitada, já que este sujeito compõe a gestão da SMS. Essa situação pode ser revista na continuidade da utilização da técnica de planejamento proposta, por parte da gestão municipal.

Além do retorno dos resultados da pesquisa ao município, a divulgação externa dos resultados ocorrerá por meio de submissão de artigos advindos do estudo a periódicos da área de saúde, e apresentação em eventos científicos ao longo dos próximos meses.

Enquanto servidora da SMS do município do estudo, será possível para a pesquisadora acompanhar a realização das ações planejadas pelo grupo a fim de se alcançar as melhorias no programa e os indicadores de saúde relacionados. Como membro do Comitê de mortalidade materna e infantil, será possível ainda acompanhar e avaliar se essas ações estão sendo efetivas. À medida que os casos de mortalidade materna e infantil são investigados, se eles se apresentam como preveníveis ou não, e se a atenção pré-natal está contribuindo.

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 228-234, jan.-mar. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>>. Acesso em 30/10/11.

ALMEIDA, M. S. **Sistema de informação para a atenção pré-natal no município de Colombo**. 109 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

ARÉVALO, A. F. **Avaliação da assistência em uma maternidade municipal**. 66 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. **Cadernos da Oficina Social** 3, Rio de Janeiro, p. 98-119, fev. 2000. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/OPESNIVELOCALJavier.rtf>>. Acesso em: 13/7/2010.

BARBOSA, M. A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 9-15, jan.-abr. 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f1_coletiva.pdf>. Acesso em: 30/11/11.

BARROS, M. A. O sistema de saúde sob a ótica de graduandos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 36-40, maio-ago. 2005.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G. do; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 23-31, jul.-dez. 2004.

BERNARDES, H. B.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Atenção primária à saúde diferente de prevenção e promoção. **Ciência et Práxis**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 47-52, 2008.

BITTAR, T. O. *et al.* O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77-81, jan.-abr. 2009.

BRASIL. CENSO 2010. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>.
Acesso em: 10/7/11.

_____. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. IBGE. **Cidades**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410580#>>. Acesso em: 14/3/2011.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de junho de 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-59.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. 2011. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL_PRATICO_MS.pdf>. Acesso em: 15/11/11.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 25/10/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o Sistema de Saúde - PESS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 100 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos) - Caderno nº 5. Brasília – DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 570, de 1.º de junho de 2000. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P570_00obst.doc>. Acesso em: 13/11/11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 68 p. Série E. Legislação de Saúde. (Série Pactos pela Saúde 2006) v. 4.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/>>. Acesso em: 19/10/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, mar.-abr. 2005.

CAMPOS, A. E. M.; ABEGÃO, L. H.; DELAMARO, M. C. **O planejamento de projetos sociais: dicas, técnicas e metodologias**. Rio de Janeiro: Oficina Social, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania, 2002. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/19508640/2077163148/name/Caderno+de+Oficina+Social_2.pdf>. Acesso em: 20/09/10.

CHAVES, M. M. N. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde das famílias**. 271 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - EE-EERP da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5-30, mai. 1998.

CHRISTOVAN, B. P. **A instituição da liderança dos enfermeiros em questões de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COLOMBO. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br>> Acesso em 02/07/11.

CONASS, 2006. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2006.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2005.

COUTINHO, T. *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. 717-724, nov.-dez. 2003.

FACCHINI, L. A. *et al.* **Relatório final do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**. Pelotas: UFPel, 2006.

GELBCKE, F. *et al.* Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 515-20, jul.-set. 2006.

GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. Fundação Escola Nacional de Administração Pública. **Orçamento governamental**. Coletânea – Volume 1. Brasília, 2006.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOMES, K. de O. *et al.* O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.

GONÇALVES, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-53, maio-jun. 2008.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, ed. supl., p. 1831-1840, 2007.

JERICO, M. de C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 569-577, 2008.

LANZONI, G. M. *et al.* Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-5, jul.-set. 2009.

LEAL, M. do C. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1724-1725, ago. 2008.

MANFREDINI, C.; LOPES, J. R. Participação comunitária em projetos de desenvolvimento local: um estudo no bairro de Marins, Piquete/SP. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 29. Brasília, 2005. **Anais...** Brasília: Anpad, 2005.

MARIN, M. J. S.; SANTOS, S. de C.; GONÇALVES, T. M. O problema de má nutrição em face do planejamento estratégico simplificado em uma Unidade de Saúde da Família. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 213-217, jul.-set. 2006.

MEDEIROS, J. P. de; BORGES, D. F. Participação cidadã no planejamento das ações da Emater-RN. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 63-81, jan.-fev. 2007.

MEDEIROS, V. C. **Oportunidades de aprendizagem na formação do enfermeiro para a atenção básica**. 59 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 15-28, 2000.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R.; CIAMPONE, M. H. T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p.165-71, 2005.

MELO, M. B. de; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan.-jun. 2008.

MEHRY, E. E. **Razão e planejamento**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr.-jun. 1993.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul.-set. 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 898-906, 2005.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR., F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, nov.-dez., 2003.

NASCIMENTO, A. A. M. do *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 346-52, abr.-jun. 2009.

NEUMANN, E. A. *et al.* Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 4, p. 307-18. 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9. 2001.

PFEIFFER, P. O Quadro Lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do Serviço Público**, n. 1, p. 81-122, jan.-mar. 2000.

POLIQUESI, C. B. **Avaliação da estrutura, processo e resultados da atenção pré-natal em quatro unidades de saúde do Município de Colombo**. 75 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

PONTES, A. M. *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 500-507, jul.-set. 2009.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486. 2007.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 317-21, mar.-abr. 2010.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010-fev. 2011.

SANTOS, R. V. S.; PENNA, C. M. de M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-60, out.-dez. 2009.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul.-set. 2004.

SILVA, D. S.; SANTOS, I. S.; SOARES, J. D. C. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131-139. 2001.

SILVA, K. L. **Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde**. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SILVA, L. M. da; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 60-5. 2011.

SILVA, L. M. V. *et al.* Processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, jan.-mar. 1995.

SILVEIRA, I. P. da *et al.* Ação educativa à gestante: promoção da saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 451-8, dez. 2005.

SIMÕES, A. L. de A. *et al.* Planejamento: ferramenta do enfermeiro para a otimização dos serviços de enfermagem. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 402-406, out.-dez. 2007.

SKALINSKI, L. M.; SCOCHI, M. J.; MATHIAS, T. A. F. A utilização do Método Altadir de Planejamento Popular em atividades de estágio curricular. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan.-abr. 2006.

SOUZA, E. M. de; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1354-1360, set.-out. 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TETERYCZ, O. F. **Avaliação da assistência perinatal em uma maternidade: estrutura e segurança**. 72 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

THIOLLENT, M.. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Pesquisa-ação nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

TONI, J. D. **Planejamento participativo**: possibilidades metodológicas alternativas. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 14: Possibilidades para um modelo alternativo de gestão pública: em busca de um novo referencial teórico. 2009. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001299.pdf>>. Acesso em: 13/07/2010.

TREVISAN, M. do R. *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, estou sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“O planejamento como ferramenta para a reorganização da atenção pré-natal”**

Os objetivos desta pesquisa são: desenvolver uma proposta de planejamento participativo para a reorganização da atenção pré-natal junto aos gestores do município de Colombo, caracterizar a estrutura organizacional da SMS de Colombo relacionada à atenção pré-natal, elaborar um plano tático-operacional que possibilite a reorganização da atenção pré-natal.

Estou esclarecido (a) quanto à necessidade deste estudo, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área de assistência à saúde, sendo de fundamental importância a minha contribuição.

Este estudo não trará nenhum tipo de desconforto ou risco. Os resultados da pesquisa não vão prejudicar de forma alguma meu trabalho. O benefício esperado é a possibilidade de reorganização da atenção pré-natal do município de Colombo com vistas a refletir nos indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher e da criança.

Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Tenho conhecimento de que não terei gastos decorrentes de minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá ônus e bônus para os sujeitos participantes. Minha participação será por meio de oficina com duração de 2 horas, em sala de reuniões da SMS que garanta minha privacidade e o sigilo das informações. A oficina será gravada, e as fitas serão destruídas após a conclusão da pesquisa.

Fui informado de que as pesquisadoras Viviane Caroline Medeiros e Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres poderão ser contatados pelo e-mail: vivianecaroline@uol.com.br, pelo telefone (41) 8413-9182, ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II - Av. Lothário Meissner, 632. Jd. Botânico. Curitiba, PR) de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h. As mesmas poderão esclarecer questões a respeito da pesquisa antes, durante e depois do estudo.

Estou esclarecido quanto ao compromisso do pesquisador de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que serão respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Viviane Caroline Medeiros (pesquisadora) _____ Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, estou sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“O planejamento como ferramenta para a reorganização da atenção pré-natal”**

Os objetivos desta pesquisa são: desenvolver uma proposta de planejamento participativo para a reorganização da atenção pré-natal junto aos gestores do município de Colombo, caracterizar a estrutura organizacional da SMS de Colombo relacionada à atenção pré-natal, elaborar um plano tático-operacional que possibilite a reorganização da atenção pré-natal.

Estou esclarecido (a) quanto à necessidade deste estudo, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área de assistência à saúde, sendo de fundamental importância a minha contribuição.

Este estudo não trará nenhum tipo de desconforto ou risco. Os resultados da pesquisa não vão prejudicar de forma alguma meu trabalho. O benefício esperado é a possibilidade de reorganização da atenção pré-natal do município de Colombo com vistas a refletir nos indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher e da criança.

Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Tenho conhecimento de que não terei gastos decorrentes de minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá ônus e bônus para os sujeitos participantes. Minha participação será por meio de quatro seminários com duração de aproximadamente 4 horas cada, em sala de reuniões da SMS que garanta minha privacidade e o sigilo das informações. As informações dos seminários serão registradas pela pesquisadora através de diário de campo.

Fui informado de que as pesquisadoras Viviane Caroline Medeiros e Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres poderão ser contatados pelo e-mail: vivianecaroline@uol.com.br, pelo telefone (41) 8413-9182, ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II - Av. Lothário Meissner, 632. Jd. Botânico. Curitiba, PR) de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h. As mesmas poderão esclarecer questões a respeito da pesquisa antes, durante e depois do estudo.

Estou esclarecido quanto ao compromisso do pesquisador de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

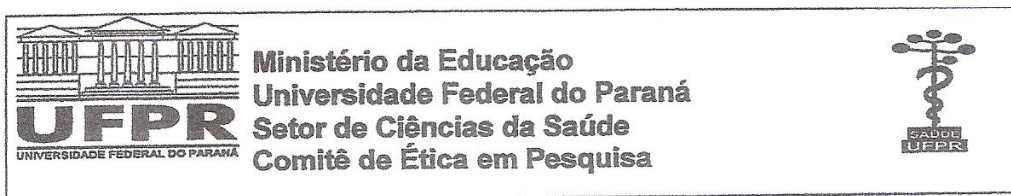
As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Viviane Caroline Medeiros (pesquisadora) _____ Data: ____/____/____

ANEXOS



Curitiba, 23 de setembro de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Viviane Caroline Medeiros

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “O planejamento como ferramenta para reorganização da atenção pré-natal” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 25 de agosto de 2010 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 21 de setembro de 2010.

Registro CEP/SD:978.103.10.8

CAAE: 3843.0.000.091-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 21/03/2011.

Atenciosamente

Prof. Dr. Liliانا Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof. Dra. Liliانا Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SDAUFPR

