



PRÉ-NATAL REALIZADO POR ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

**Prenatalcarried Out By Nurses In The Family Health Strategy And
The Reduction Of Maternal And Child Mortality**

Felipe de Castro Felício¹
Valdecyr Herdy Alves²
Audrey Vidal Pereira³
Enimar de Paula⁴

Abstract: This research aims to analyze, in the national bibliography, the published work on the prenatal care performed by nurses as a preventive measure to maternal and child mortality. A bibliographic review study, with the guiding question being the prenatal follow-up in the Family Health Strategy and its relation with the reduction of maternal and infant mortality. The information was referenced in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases, Scientific Electronic Library Online (SciELO). It was noticed that early recruitment, availability of care and educational activities developed by Nurses have helped to reduce maternal and infant mortality rates. Several studies indicate that a quality prenatal care avoids low birth weight and prematurity, culminating in a reduction in infant mortality, since the earlier prenatal care is started and the better the care provided, the lower the gestational complications.

Keywords: Family Health. Prenatal care. Maternal

Mortality, Infant Mortality.

Resumo: Esta pesquisa tem por objetivo analisar, na bibliografia nacional, os trabalhos publicados sobre o acompanhamento do pré-natal realizada por enfermeiros como medida de prevenção à mortalidade materno-infantil. Estudo de abordagem de revisão bibliográfica, tendo como questão norteadora o acompanhamento de pré-natal na Estratégia Saúde da Família e sua relação com a redução da mortalidade materna e Infantil. Buscaram-se as informações em referenciais nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Percebeu-se que a captação precoce, a disponibilidade de atendimento e as atividades educativas desenvolvidos pelos Enfermeiros têm ajudado a diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. Vários estudos apontam que um pré-natal de qualidade evita o baixo peso ao nascer e a prematuridade, culminando com a redução da

¹Mestrando em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil

²Doutor em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF. Departamento Enfermagem Materno-Infantil. Rio de Janeiro, Brasil

³Doutor em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Departamento Enfermagem Materno-Infantil. Rio de Janeiro, Brasil

⁴Mestrando em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil

Endereço para correspondência:

Felipe de Castro Felício

Universidade Federal Fluminense – UFF/ Rio de Janeiro-RJ

Rua Marques de Paraná, 303 - Prédio Axexo ao HUAP, 4º Andar - Centro - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil

CEP: 24033-900

E-mail: fecastrofelicio@gmail.com

mortalidade infantil, pois quanto mais cedo iniciado o pré-natal e quanto melhor a assistência prestada, menores são as complicações gestacionais.

Palavras chave: Saúde da Família. Cuidado Pré-natal. Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde em 1994 oficializou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com o objetivo de atendimento do indivíduo no contexto familiar. E como prioridade a prevenção, promoção e recuperação à saúde das pessoas de forma integral e contínua¹.

O PSF constitui um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção à saúde. O seu exercício se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a uma população territorializada, utilizando de tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade. É através deste que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS².

O programa é constituído por uma equipe mínima formada por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista, auxiliar em saúde bucal e por agentes de saúde da família. A equipe trabalha baseada em um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. Essa desenvolve três tipos de ações no dia a dia, voltadas para o atendimento da demanda espontânea onde se enquadra os casos agudos e as urgências; voltadas para o atendimento da demanda programada, onde se encontram situações de risco especiais tais como

pré-natal, puericultura, planejamento familiar, diabetes, hipertensão, etc. e ações mais de cunho gerencial e de processamento².

Um dos principais indicadores do pacto pela saúde, que é a cobertura de pré-natal, baseia-se numa cadeia de procedimentos que os serviços de atenção primária devem realizar culminando com a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer³.

As equipes precisam realizar busca ativa da gestante precocemente e cadastrá-la ao pré-natal; o município deve garantir a oferta de exames laboratoriais e as complicações devem ser tratadas o mais precocemente possível. Não se pode esquecer que a infecção do trato urinário e o descontrole da pressão arterial são grandes responsáveis pelo parto prematuro, assim como a falta de suplementação com sulfato ferroso contribui para o baixo peso ao nascer.

A redução do número de nascimentos com baixo peso é considerada uma estratégia eficaz para a prevenção da mortalidade neonatal, assim como serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade deveriam ser capazes de reconhecer as mortes evitáveis e programar e implementar medidas para reduzi-las. Os profissionais devem ficar atentos e intervir nas situações que podem favorecer o nascimento de crianças com baixo peso. Dentre estas situações pode-se citar o tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e desnutrição materna⁴.

Vários estudos já revelaram uma ação protetora da atenção pré-natal sobre a mortalidade infantil. Deve se começar o pré-natal no início da gravidez, facilitando a detecção e tratamento precoce de qualquer complicação. Os indicadores de qualidade do pré-natal, tais como vacinação

antitetânica e posse e uso do cartão da gestante, não estão disponíveis de forma regionalizada e há evidências que a qualidade deixa a desejar. Na PNDS-1996, mais de um terço das gestantes brasileiras não recebeu nenhuma dose de toxóide tetânico⁴.

OBJETIVO

Analisar, na bibliografia nacional, os trabalhos publicados sobre o acompanhamento do pré-natal realizada por enfermeiros como medida de prevenção à mortalidade materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, tendo como questão norteadora o acompanhamento de pré-natal. Buscou-se as informações em livros, impressos diversos, publicações em periódicos, linhas guias, e demais publicações do Ministério da saúde, disponíveis em meios eletrônicos, bem como nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), durante o período de Março a Maio de 2016.

Incluíram artigos e dissertações publicados no período de 2000 a 2011, escritos em português. Excluíram-se os referenciais que não fossem da língua portuguesa e que estavam com texto disponível na íntegra, visto que esse fato dificultava e/ou impossibilitava a extração de informações relevantes para a investigação dos fatores e desfecho estudados. Como o critério de período dos anos de busca, deu-se devido a transição do Programa De agentes comunitários de Saúde, Programa de Saúde da família até a Estratégia Saúde da Família.

Utilizaram-se como descritores de assunto as seguintes palavras-chave em português: “Saúde da Família”, “Cuidado Pré-natal”, “Mortalidade Materna”, “Mortalidade Infantil”. Procedeu-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como supressão das duplicatas (artigos idênticos em ambas bases de dados) e análise prévia das publicações que não atendiam aos objetivos da pesquisa.

Após leitura dos dados, os temas foram divididos dentro dos temas: Programa Saúde da família, Pré-natal e Mortalidade infantil. Uma reflexão foi desenvolvida sobre a importância de um pré-natal de qualidade na atenção primária, as dificuldades para a realização de tal e como este atua na prevenção da mortalidade infantil.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Pré-natal e a estratégia saúde da família

O modelo de atenção primária Estratégia de Família vem contribuindo de forma significativa nas melhorias alcançadas na atenção pré-natal. A captação precoce, a disponibilidade de atendimento e as atividades educativas desenvolvidas pelas equipes têm ajudado a diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. A gestante coberta por uma equipe de PSF tem mais facilidade em iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, é atendida por profissionais conhecidos e não necessita percorrer grandes distâncias para ser atendida.

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do pré-natal consiste em uma assistência a mulher durante o período gravídico e puerperal, de forma que esta possa ser acolhida desde o início da gravidez, assegurando-lhe, até o final, o nascimento de um conceito saudável e o bem estar

da mãe. O mesmo preconiza uma assistência qualificada e humanizada em um serviço de fácil acesso e que integre todos os níveis de atenção: prevenção, promoção e assistência da saúde da puérpera e do recém-nascido, desde a unidade básica até o atendimento hospitalar de alto risco³.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a materna, identificação de riscos, para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbi-mortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intrauterino e mortalidade⁵.

A captação precoce da gestante, na maioria das vezes, é feita pelo ACS durante a visita domiciliar. Este profissional deve reforçar o vínculo entre a equipe e a paciente. É o agente de saúde que fará o acompanhamento domiciliar mensal da gestante, sendo o responsável por levar até a equipe qualquer alteração ocorrida no meio em que a gestante vive. Após ser captada pelo agente, a gestante passará a receber cuidados de todos os integrantes da equipe. Passará por consulta médica e de enfermagem e por uma avaliação odontológica⁶.

As consultas de pré-natal têm o objetivo de preparar a mulher física e psicologicamente para a maternidade, disseminar informações educativas sobre o parto e cuidados com a criança, orientando-a sobre os hábitos de vida, higiene e alimentação. Além disso, o pré-natal favorece a orientação sobre o uso de medicamentos que podem afetar a saúde do feto, como à da mulher e a evolução do parto; e também o tratamento das queixas relacionadas à gravidez tais como azia, câimbras, náuseas e dores

lombares⁷.

1.2. Pré-natal e a mortalidade infantil

A gravidez é um processo fisiológico, mas produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Logo, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto, caso a gestante não seja adequadamente acompanhada. No Brasil a mortalidade perinatal ainda persiste como a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil⁸.

Os principais problemas relacionados à qualidade da assistência dedicada ao pré-natal, apontados em estudos da literatura, referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades⁹. A rapidez das consultas faz com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e impedem que as mulheres possam manifestar suas dúvidas e medos o que piora a qualidade do pré-natal¹⁰.

No Brasil, dentre as dificuldades relacionadas com a atenção à gestante e ao RN encontra-se a iniquidade no acesso, a desorganização e fragmentação do sistema de saúde e as inadequações técnico-científicas da assistência¹¹. Em relação ao pré-natal, a hierarquização, a garantia do acesso e a qualidade do atendimento e não apenas a quantidade de consultas são inegavelmente pontos-chave na melhoria da atenção. Para muitas mães, a descontinuidade da assistência iniciada no pré-natal e a falta de vínculo com os profissionais que as assistem durante o parto geram medo,

insegurança e ansiedade¹².

A redução das taxas de morbidade e mortalidade perinatal depende da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos¹³.

A atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal é indispensável para que ela possa exercer a maternidade com segurança e sem riscos. Os profissionais de saúde devem desenvolver ações interdisciplinares que favoreçam a autoconfiança e cuidado da mulher e de sua família durante a gestação e no pós-parto¹⁴.

Estudos indicam que o aumento da cobertura pré-natal pode proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência do baixo peso e da prematuridade culminando com a redução da mortalidade visto que crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças a termo e com peso superior a 2.500 gramas¹⁵.

A morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias, todas estas preveníveis. As gestantes devem aderir às consultas de enfermagem no pré-natal com responsabilidade e interesse, visto que são duas vidas e que o momento da consulta é o momento ideal de promoção de saúde e prevenção de possíveis agravos¹⁶.

Já a mortalidade neonatal resulta de uma cadeia complexa de determinantes biológicos, socioeconômicos e relacionados à atenção à saúde. Nos últimos anos, diversos autores têm analisado o

papel destes fatores de acordo com modelos hierarquizados de determinação nos quais cada agrupamento de fatores apresenta interferência sobre os outros, permitindo a compreensão individual e coletiva de sua importância¹¹.

Os determinantes sociais em saúde têm um impacto direto no coeficiente de mortalidade infantil por estruturar outros determinantes que incidem sobre esses indicadores. Existem vários modelos desenvolvidos para demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde, classificando os determinantes da saúde em estruturais, intermediários, proximais e distais¹⁷.

No que diz respeito aos determinantes estruturais, são os que geram estratificação social e incluem fatores ligados à renda e educação. Os intermediários determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a agravos de saúde e compreendem as condições de vida, de trabalho, a disponibilidade de alimento, os comportamentos, o estilo de vida e o próprio sistema de saúde – este especialmente quando diminui o acesso aos fatores de proteção, como assistência pré-natal, por exemplo. Os determinantes proximais constituem as causas imediatas de morte, como as condições perinatais¹⁷.

A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o Brasil, conforme¹⁸.

Alguns fatores como: a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; as práticas de cuidado hegemônicas; e a forma como têm se organizado a gestão dos

serviços de saúde, o que inclui a gestão do trabalho das equipes de saúde, têm contribuído para a não melhoria dos indicadores. Dentre estes fatores, destaca-se a cultura hegemônica do cuidado médico, centrada na realização de procedimentos sem evidências científicas e em práticas que desconsideram o protagonismo da mulher e sua família no cuidado, tendendo a “medicalizar” o processo de gestação, parto e nascimento¹⁸.

Embora os fatores que levam ao óbito neonatal sejam variados e interajam entre si com diferentes intensidades, observa-se, entre os fatores de risco identificados, a importância dos relacionados com a atenção à saúde das gestantes e dos nascidos vivos, redutíveis pela atuação do setor saúde. Torna-se necessário, portanto, um olhar mais aprofundado para a atenção pré-natal e para a assistência ao parto e ao recém-nascido, sendo fundamental avaliar a estruturação da rede de atenção perinatal e a qualidade da atenção oferecida pelo município¹¹.

Os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil devem estar conectados e funcionar em rede. Assim, pretende-se minimizar a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que se busca garantir a integralidade da assistência culminando com a redução da mortalidade infantil e materna¹⁸.

As causas mais comuns do óbito infantil neonatal são o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer. Ambos influenciados pela condição da mãe na gestação e o desenvolvimento das patologias de hipertensão arterial e infecção do trato urinário. A condição socioeconômica também interfere no coeficiente de mortalidade infantil visto que este é maior nas famílias de baixa renda, e o acesso aos serviços de saúde também é fator de

proteção, mas no caso de famílias carentes muitas das vezes o acesso não é fácil¹⁸.

Portando, conclui-se que a atenção pré-natal é fator de proteção contra a mortalidade infantil, desde que esta seja de qualidade e faça parte de uma rede interligada dos serviços, que permita o acompanhamento da gestante em cada etapa, por profissionais capacitados para essa atenção.

CONCLUSÕES

Os resultados da revisão da literatura mostraram que o PSF foi criado com o intuito de atender a população em seu contexto social, desenvolvendo ações de promoção e prevenção. Uma das prioridades do programa é o atendimento à mulher no período gravídico. Com o intuito de melhorar a qualidade do pré-natal ofertado nas unidades de saúde, o governo criou programas que estipulam metas para as equipes em relação à cobertura de pré-natal com seis ou mais consultas e realização de todos os exames laboratoriais e a imunização antitetânica.

Observa-se que, quando a assistência ao pré-natal de baixo risco foi descentralizada para as Estratégias de Saúde da Família (ESF), um dos objetivos era facilitar o acesso da gestante às ações de saúde, uma vez que a acessibilidade se tornaria bem mais fácil ao poder realizar o pré-natal próximo ao seu domicílio.

Percebe-se, ainda, que quanto mais cedo iniciado o pré-natal e quanto melhor a assistência prestada, menores são as complicações gestacionais, tais como hipertensão arterial, eclampsia, infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro.

Vários estudos apontam que um pré-natal

de qualidade evita o baixo peso ao nascer. O acompanhamento das gestantes no PSF deve ser realizado de forma cautelosa, acolhedora e com muita qualidade e responsabilidade. O pré-natal deve ser uma das prioridades da equipe. E quando este é de qualidade ele evita tanto a mortalidade materna como a infantil.

As causas da mortalidade infantil podem ser evitadas com adoção de medidas de prevenção e promoção, tais como imunização, pré-natal, puericultura e planejamento familiar. Assim com ações de qualificação das estruturas de saúde e recursos humanos, principalmente nas unidades básicas de saúde. Os serviços de saúde devem trabalhar em rede oferecendo um serviço resolutivo e com integralidade.

A redução da mortalidade materna e neonatal é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais. Buscar meios para diminuir esses índices deve ser um compromisso de todos. Tal fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na

promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral.

Para melhorar tais dados, a equipe deve procurar desenvolver trabalhos educativos com as gestantes, que abordem assuntos diversos sobre a gravidez, os sinais de complicações, cuidados com o bebê e planejamento familiar. Também é necessária uma parceria com a Secretaria de Saúde para uma re-territorialização que favoreça o acesso de todas as microáreas à unidade de saúde.

Vimos, neste estudo, que a mortalidade materna e infantil é um indicador das condições de vida e saúde de uma população, influenciado, dentre outras razões, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Deseja-se assim, melhorar o nível de atenção às gestantes, apostar em uma conscientização para que, além de manterem um maior acompanhamento da própria gestação, possam sentir-se seguras no cuidado ao bebê e servirem de multiplicadoras desse saber, interferindo junto às amigas, familiares e vizinhas.

REFERÊNCIAS

1. Silva JM. et al. Consulta de Enfermagem Pré-natal e educação em saúde: pratica do enfermeiro no programa saúde da família. *Revista Nursing*, v.12: p 170-174, 2010.
2. Faria HP. Modelo assistência e atenção básica à saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.
3. Morais MA. Contribuição do pré-natal pelas equipes de saúde da família na redução da mortalidade infantil e materna. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Formiga, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/> Acesso em 20 de agosto de 2016.
4. Almeida SDM, Barros MBA. Atenção à Saúde e Mortalidade Neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.7, n.1, 2004.
5. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.1: p.35-45, jan./fev., 2003
6. Duarte SJH. Andrade SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. Escola Anna Nery *Revista de enfermagem*, v.10, n.1: p.121-125, abril de 2006.
7. Nunes HAF. Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Coromandel, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
8. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Êsber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO*, v.24, n.5: p. 293- 299, 2002.
9. Silva DS, Santos IS, Soares JDC. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*, v.17, n.1: p. 131-139, 2001.
10. Backes MTS, Soares MCF. Avaliando a cobertura e a qualidade da assistência de pré-natal no Brasil nos anos 90: revisão de literatura. *Revista Nursing*. v. 108, n. 9, Maio 2007
11. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Revista Saúde Pública*, v.43, n.2: p.246-255, 2009.
12. Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3: p.715-723, mai./jun., 2005
13. Moura ERF, Holanda JRF, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida

- em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.6: p.1791-1799, nov./dez, 2003.
14. Amaral FC. Assistência humanizada da gestante em unidade de saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Araçuaí, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). . Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>. Acesso em: 20 de junho de 2016.
15. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.3: p.303-310, 2003.
16. Coelho S, Porto Y.F. Saúde da mulher. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 115 p.
17. Geib LTC, Fréu CM, Brandão M, Nunes ML. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.2: p.363–370.
18. Cavalcanti PCS. O modelo lógico da rede cegonha. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva. Recife, 2010. 25 p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva)