

AÇÕES DE CUIDADO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

NURSING CARE ACTIONS IN THE PARANAENSE MOTHER NETWORK PROGRAM

ACCIONES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE (PROGRAMA RED MADRE DEL ESTADO DE PARANÁ)

Sebastião Caldeira ¹
Mateus Souza da Luz ²
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla ³
Gicelle Galvan Machineski ⁴
Rosane Meire Munhak da Silva ⁵
Meire Perpétua Vieira Pinto ⁶
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari ⁷

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciência. Professor. Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE. Cascavel, PR – Brasil.

² Acadêmico do Curso de Enfermagem. UNIOESTE. Cascavel, PR – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina, PR – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. UNIOESTE. Cascavel, PR - Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Professora. UNIOESTE. Foz do Iguaçu, PR – Brasil.

⁶ Psicóloga Clínica. Mestranda em Saúde Pública em Região de Fronteira. Professora. UNIOESTE, Associação Internacional União das Américas. Foz do Iguaçu, PR – Brasil.

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora. UEL. Londrina, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Sebastião Caldeira. E-mail: sebastiao.caldeira@unioeste.br

Submetido em: 15/04/2016

Aprovado em: 07/03/2017

RESUMO

Objetivo: compreender as ações de cuidado do enfermeiro a partir do Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP). **Métodos:** estudo qualitativo alicerçado na fenomenologia social de Alfred Schütz. Participaram oito enfermeiros dos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. Realizou-se entrevista semiestruturada de agosto a dezembro de 2014. **Resultados:** identificaram-se três categorias: conhecimento sobre o PRMP; ações de cuidado do enfermeiro no PRMP; e expectativas quanto ao PRMP. O enfermeiro conhece os objetivos, os compromissos e os indicadores do PRMP. Desenvolve ações de captação precoce; estratificação de risco habitual, intermediário e alto risco e encaminhamentos conforme o risco. Proporciona cuidado qualificado à gestante, à parturiente, à puérpera e à criança. A partir das ações de cuidado, vislumbram qualificar ainda mais as ações de cuidado a essa população. **Conclusão:** as ações da equipe multidisciplinar poderão contribuir de forma eficaz na redução da morbimortalidade materna e infantil. Faz-se necessário mais investimento nos programas de saúde para o alcance da excelência nas ações de cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Materno-Infantil; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: Understanding the nursing care actions from the Programa Rede Mãe Paranaense – PRMP (Paraná Mother Network Program). **Methods:** Qualitative study found on the Social Phenomenology of Alfred Schütz. Eight (8) nurses from different cities of the Tenth Regional Health in Paraná state participated in this research. A semi-structured interview was carried out from August to December 2014. **Results:** Three categories were identified: Knowledge about the Paraná Mother Network Program; Nursing care actions in Paraná Mother Network Program and Expectations for the Program. The nurse knows the goals, commitments and Program indicators. The nurse also develops early identification actions, usual risk stratification, intermediate and high risk and referrals according to the risk. They provide qualified care to pregnant, parturient, puerperal and children. From care actions, they seek to qualify even more the nursing care actions to this people. **Conclusion:** The actions of the multidisciplinary team can contribute effectively to reducing maternal and infant morbimortality. It is necessary higher investment in health programs achieve excellence in care actions.

Keywords: Primary Health Care; Maternal and Child Health; Nursing Care; Qualitative Research.

Como citar este artigo:

Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, Ferrari RAP. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em _____. _____. ____];21:e-992. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170002

RESUMEN

Objetivo: Comprender las acciones de cuidado de enfermería en el Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP). **Métodos:** Estudio cualitativo basado en la Fenomenología Social de Alfred Schütz. Participaron 8 (ocho) enfermeros de los municipios de la Décima Regional de Salud de Paraná. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de agosto a diciembre de 2014. **Resultados:** Se identificaron tres categorías: Conocimiento sobre el PRMP; Acciones de cuidado de enfermería en el PRMP; Expectativas frente al PRMP. Los enfermeros conocen los objetivos, compromisos e indicadores del PRMP, que desarrolla acciones de captación precoz; estratificación de riesgo habitual, intermediario y alto riesgo y derivaciones según el riesgo. Proporciona cuidado cualificado a la embarazada, a la parturienta, a la puerpera y al niño. A partir de las acciones de cuidado, se espera cualificarlas aún más para esa población. **Conclusión:** las acciones del equipo multidisciplinario podrán contribuir de forma eficaz a la reducción de la morbimortalidad materna e infantil. Habría que invertir más recursos en los programas de salud para lograr la excelencia en las acciones de cuidado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Salud Materno-Infantil; Atención de Enfermería; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

Ao discutir sobre políticas, programas e avaliação em saúde, faz-se necessário destacar que no âmbito mundial e no Brasil são estudadas e elaboradas estratégias capazes de qualificar os serviços por meio de ações efetivas, eficientes e equânimes visando à promoção, à prevenção, à assistência e à reabilitação. Nesse contexto encontram-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais são constituídas de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo da Atenção Primária em Saúde ou Atenção Básica que traz em sua essência o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação dos serviços e da assistência.^{1,2} A Atenção Básica constitui-se no fio condutor do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal política de governo para a saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Oferece atenção às condições agudas e crônicas, com exceção daquelas consideradas raras, e coordena ou integra a atenção fornecida ao usuário.²

Na área da saúde da mulher e da criança no âmbito nacional, pode-se destacar, entre as políticas e programas do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, culminando com o atual Programa Rede Cegonha, fundamentados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à assistência materna e infantil.³⁻⁶

Da mesma forma, no estado do Paraná, considerando as políticas e programas que visam à redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil, foi lançado no ano de 2012 o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), o qual preconiza que a realização de consultas de pré-natal e puericultura são atribuições do enfermeiro e/ou do médico. Assim, como parte da equipe interdisciplinar de saúde, o enfermeiro precisa ofertar assistência de qualidade no pré-natal, na captação precoce da gestante e da criança menor de um ano, na busca ativa, na estratificação de risco habitual, intermediário e alto risco, na referência e contrarreferência, bem como no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.⁷

Todas as ações recomendadas pelo PRMP à mulher e à criança são desenvolvidas pela equipe multiprofissional, especialmente ao enfermeiro, ao médico e ao agente comunitário de saúde. No tocante às ações de cuidado do enfermeiro, estas se iniciam desde a consulta preconcepcional, o cadastramento no Sis-prénatal, o incentivo ao envolvimento da família, a solicitação de exames laboratoriais, orientação, avaliação dietética e prescrição, de acordo com a necessidade de saúde de cada um, e o preenchimento correto da carteira da gestante. A primeira consulta deve ocorrer até o final do terceiro mês de gestação. São recomendadas seis consultas no pré-natal e uma no puerpério, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo, três no terceiro trimestre da gestação e uma no puerpério.⁷

Quanto à situação de risco da gestante, cabe ao enfermeiro estratificar os riscos em todas as consultas do pré-natal, visto que no estado do Paraná o PRMP estabeleceu o risco habitual intermediário e alto risco. A captação precoce e busca de gestantes faltosas, bem como os encaminhamentos da gestante ao ambulatório e/ou hospital de referência conforme o risco gestacional, também são atribuições do enfermeiro. Para o trabalho de parto e nascimento, cabe ao enfermeiro agendar a visita guiada na maternidade de referência em torno do sexto mês gestacional e durante o internamento para o parto. Deve estar atento para a alta e retorno para a unidade de saúde para a consulta puerperal, dando ênfase às orientações sobre os cuidados no puerpério e à criança, incentivo ao aleitamento materno, aos aspectos relacionados à depressão pós-parto e o encerramento do Sis-prénatal. Atenção especial deve ser dada nos casos de abortamentos ou morte fetal.⁷

Nesse mesmo pensar, estudo mostrou que a enfermagem acompanhou as políticas e programas públicos adotados no Brasil. As ações de cuidado do enfermeiro estão presentes desde a inscrição das mulheres, na consulta de enfermagem, solicitação de exames, vacinação, visita domiciliar, educação em saúde, suplementação alimentar e nutricional.⁸

No que se refere às ações de cuidado à criança, elas devem ser iniciadas desde o pré-natal, com o acompanhamento do cres-

cimento intrauterino a partir da avaliação da vitalidade fetal, durante a consulta de enfermagem. Na alta hospitalar, a mãe recebe a caderneta da criança com todas as orientações necessárias para o seguimento. São realizados o teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho. A visita domiciliar no quinto dia do puerpério deve ser realizada pela equipe multiprofissional, especialmente pelo enfermeiro que avaliará a puérpera e a criança, momento em que será estimulado o aleitamento materno e a imunização, também a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Nessa visita devem ser programadas as consultas e puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. Todas as crianças deverão ser estratificadas conforme as situações de risco habitual, intermediário e alto risco. A captação precoce e busca de crianças faltosas é ação indispensável. Atenção especial deve ser dada às crianças de risco intermediário e alto risco, referenciando-as ao ambulatório ou hospital de referência conforme o risco apresentado.⁷

Não diferente do preconizado pelo PRMP, estudo revelou as ações do enfermeiro no cuidado integral à criança, incentivando o envolvimento da família no processo de apego mãe-filho-pai-família, o estabelecimento do relacionamento terapêutico, a vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, ações de imunização e nutrição. A humanização da assistência perinatal e a integração entre os níveis de atenção materno-infantil são consideradas ações do enfermeiro. Esses aspectos não fornecem apenas teorias, mas ações práticas a serem trabalhadas pelas equipes, em especial as de enfermagem.⁹

Este estudo se justifica pela produção ainda incipiente de estudos sobre o Programa Rede Mãe Paranaense, bem como sobre as ações de cuidado do enfermeiro à população materna e infantil usuária desse programa, considerando-se que a implantação desse programa ainda é recente, com início no ano de 2012. Destaca-se a relevância em desenvolver pesquisas capazes de analisar e avaliar a efetividade da Atenção Básica, mais especificamente em se tratando do PRMP. Parte-se então do seguinte questionamento: como os enfermeiros da Atenção Básica realizam as suas ações de cuidado no PRMP? Assim, o objetivo deste estudo é compreender as ações de cuidado do enfermeiro no PRMP.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo embasado na fenomenologia social de Alfred Schütz.^{10,11} Entre as diversas modalidades da pesquisa qualitativa, a fenomenologia social mostra-se pertinente no presente estudo, por permitir a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas, no caso desta pesquisa, a vivência do enfermeiro no que concerne às ações de cuidado no PRMP.¹⁰

A fenomenologia social preocupa-se com o mundo social no qual as pessoas possuem uma relação do tipo face a face,

estabelecendo entre si uma ação social; também expressa a reciprocidade de intenções, o estoque de conhecimentos, a situação biográfica e motivação humana no mundo social.¹⁰ O mundo social é o cenário em que as interações humanas acontecem a partir do estoque de conhecimentos adquiridos pelos sujeitos, transmitidos a outros, sejam contemporâneos, àqueles que lhe antecederam ou sucederam, para a significação ou interpretação de suas experiências. Isso ocorre a partir do contexto social, cultural, ideológico e intersubjetivo denominado situação biográfica, permitindo aos sujeitos refletir e compreender as ações e a relação social com o mundo.¹⁰

As pessoas agem, interagem e desenvolvem suas ações com intenções recíprocas, impulsionadas por motivações. Nesse sentido o “motivo por que” está relacionado às vivências passadas e presentes a partir do estoque de conhecimentos disponíveis. Uma categoria objetiva e acessível ao pesquisador. Já o “motivo para” é a orientação para a ação futura.¹⁰

Diante disso, fizeram parte deste estudo oito enfermeiros que desenvolvem ações de cuidado à gestante e à criança no PRMP na Atenção Básica em municípios da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde (10ª RS) do Paraná. O critério adotado para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foi a atuação dos profissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência, desde o início da implantação do referido programa e o consentimento destes. Foram excluídos os sujeitos que não se adequaram ao critério anterior mencionado.

Inicialmente foram contatados os diretores da 10ª RS para obter a autorização para a pesquisa, assim como as secretarias de saúde de cada município, para adentrar os serviços de saúde, como as UBS e ESF. Posteriormente, realizou-se contato telefônico com os enfermeiros, propondo encontro para esclarecimentos sobre o propósito da pesquisa. Os que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os sujeitos se prontificaram em serem entrevistados na mesma ocasião. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, de forma individualizada, nas salas ou consultórios de atendimento, para que pudessem discorrer livremente e sem interferências sobre as questões do estudo.

A obtenção dos relatos dos participantes se deu por meio de entrevista semiestruturada com as seguintes questões orientadoras: qual o seu entendimento sobre o PRMP? Fale sobre as ações de saúde que desenvolve à gestante e à criança no PRMP. Quais as suas expectativas quanto ao PRMP? O número de sujeitos não foi definido *a priori*. Neste estudo buscou-se a bagagem de conhecimentos, ações e expectativas que se assemelharam no grupo social de enfermeiros estudados. As entrevistas foram realizadas de agosto a novembro de 2014 e encerradas quando as informações dos participantes se mostraram repetitivas, suficientes para análise e discussão, aten-

dendo ao objetivo do estudo. A organização das informações em categorias ocorreu conforme sugerem alguns pesquisadores da fenomenologia social: leitura cuidadosa de cada depoimento para captar o sentido global da experiência das ações vividas; agrupamento de aspectos significativos presentes nas falas para compor as categorias; análise das categorias, buscando compreender os “motivos por que” e os “motivos para” da ação dos participantes; e discussão dos resultados à luz da fenomenologia social e outros referenciais relacionados à temática.^{10,11}

A pesquisa foi autorizada pela direção da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) e aprovado pelo Parecer Número 544.107 de 27 de fevereiro de 2014 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP-UNIOESTE). O anonimato dos sujeitos foi preservado, sendo os mesmos identificados como enfermeiro 1 a 8, seguindo os princípios da ética em pesquisa com seres humanos.¹²

RESULTADOS

O referencial da fenomenologia social possibilitou a compreensão das ações de cuidado por parte do enfermeiro no PRMP, não de forma individualizada, mas no âmbito das relações sociais.^{10,11} Assim, três categorias concretas do vivido foram identificadas a partir das falas dos sujeitos, sendo duas referentes aos “motivos por que”: *conhecimento sobre o PRMP; ações de cuidado do enfermeiro no PRMP*. Uma categoria refere-se aos “motivos para”: *expectativas quanto ao PRMP*.

A categoria *conhecimento sobre o PRMP* traduz o conhecimento das ações de cuidado vivenciadas pelo enfermeiro no que se refere ao PRMP, os compromissos e objetivos, como também as capacitações oferecidas para atuar no programa. Fala também sobre o processo de trabalho e autonomia.

A gente está começando com o protocolo Rede Mãe Paranaense. Antes o atendimento era muito centrado no médico. E agora o enfermeiro tem respaldo e autonomia no atendimento à gestante. O PRMP veio para organizar o fluxo de atendimento à gestante, no pré-natal, parto e puerpério. Os compromissos do programa é dar mais atenção tanto no pré-natal, puerpério e à criança (Enfermeiro 1).

Nem tudo está sendo cumprido no pré-natal e atendimento ambulatorial. A gente está tentando. Tem falha no hospital vinculado à Rede Mãe Paranaense (Enfermeiro 3).

O programa é muito lindo no papel, mas quando você vai ver na prática, não funciona. É um processo de implantação e não tem como dizer que ele está certinho como no papel. O PRMP veio para melhorar a qualidade da assis-

tência das gestantes e diminuir o risco de mortalidade materna e infantil no estado do Paraná (Enfermeiro 5).

Fazemos consultas, exames, encaminhamento para odontologia, encaminhamento para fazer preventivo. Tudo que segue o protocolo do PRMP a gente faz. Antes não era feito. A meta é diminuir a mortalidade infantil e das mãezinhas (Enfermeiro 8).

A capacitação do enfermeiro para atuar no PRMP também foi abordada neste estudo como uma das formas de agregar conhecimentos para o desenvolvimento das ações de cuidado.

Todos os médicos e enfermeiros foram capacitados (Enfermeiro 1).

Estamos fazendo um curso, mas não necessariamente seguindo a Rede Mãe Paranaense. Um curso aleatório feito pela Secretaria de Saúde (Enfermeiro 7).

A categoria *atuação no PRMP* traz a experiência vivenciada pelo enfermeiro nas ações voltadas para o pré-natal, o puerpério e os cuidados com a criança. Refere-se à realização do pré-natal conforme preconizado pelo PRMP sobre o acesso da gestante ao serviço de saúde e à captação precoce desta, à estratificação de risco, aos indicadores de saúde. Também sobre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS):

Sim [...] eu realizo o pré-natal, solicito exames conforme preconiza o PRMP (Enfermeiro 1).

A gente faz a consulta conforme o protocolo da Rede Mãe Paranaense. Até o sétimo ou oitavo mês uma consulta mensal. Faz um mês comigo, um mês com o ginecologista, a partir do oitavo mês faz apenas com o ginecologista e ele que avalia para o retorno, seguindo protocolo (Enfermeiro 4).

Até onde eu alcanço e posso, eu faço o pré-natal (Enfermeiro 5).

Hoje, com a vinda da médica cubana, eu faço o pré-natal intercalado com ela (Enfermeiro 8).

Quanto à captação precoce da gestante e da criança, houve as seguintes repostas:

É preciso fazer um acompanhamento no pré-natal de qualidade, trazendo a gestante logo no primeiro trimestre, realizando todos os exames. Se tiver algum problema na gestação, encaminha para o alto risco (Enfermeiro 2).

A gente orienta os agentes comunitários de saúde a passar as informações, orienta a família na visita domiciliar. O pré-natal deve ocorrer no início, no primeiro trimestre, com um mínimo de sete consultas. (Enfermeiro 3).

A estratificação de riscos à gestante e à criança sempre foi prioridade no cuidado pré-natal. No PRMP, os profissionais enfermeiros e médicos necessitam estratificar os riscos habitual, intermediário e alto, desenvolver ações de cuidado na Atenção Básica ou encaminhar a gestante e criança a outro profissional ou serviço como na Atenção Especializada ou Hospitalar. Quando questionado sobre a estratificação de riscos, obtiveram-se as seguintes respostas.

Sim, na verdade quem faz isso de início é o enfermeiro de acordo com o programa do MS. Eles já deram essa planilha e a gente sabe que essa gestante de risco na maioria das vezes não pode ser atendida na UBS, ela é encaminhada para a unidade especializada que atende a gestação de alto risco, que é no ambulatório central (Enfermeiro 1).

Na primeira consulta da gestante ou da criança é vista a classificação de risco, quando é alto risco, ela é encaminhada para o ambulatório do Hospital Universitário e lá é feito o acompanhamento. Também é dada continuidade de no acompanhamento aqui no município (Enfermeiro 2).

Na verdade, como preconiza o protocolo do PRMP, toda vez que tiver uma consulta, o risco deve ser estratificado, seja com o enfermeiro ou o médico. Geralmente já fazemos na primeira consulta. A estratificação não é fixa, no decorrer a mulher pode desenvolver uma doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), então em toda consulta é avaliado o grau de risco da gestante e também da criança (Enfermeiro 4).

Referente à vinculação da gestante e criança ao ambulatório especializado e ao hospital de alto risco, foram dadas as seguintes repostas.

Se ela nasce com algum probleminha, já é acompanhada lá do hospital. Então, ela já vem com o acompanhamento do ambulatório e o retorno agendado. Se diagnosticar alguma coisa posterior à saída da criança do hospital, ela é encaminhada a especialistas da cidade. Tem poucos especialistas, neuropediatra e cardiopediatra. Então, nesses casos é feito encaminhamento para Curitiba (Enfermeiro 1).

Na primeira consulta se faz a estratificação de risco. Quando é alto risco, a gestante é encaminhada para o ambulatório do Hospital Universitário, mas também é

dada continuidade no acompanhamento aqui no município (Enfermeiro 2).

Aqui no município não tem hospital e dependemos de hospital de referência, que é o Hospital Universitário. Se a gestante chega aqui reclamando de dor abdominal, o motorista leva ela direto ao hospital (Enfermeiro 5),

A gente faz a estratificação de risco. Mas isso não é muito comum aqui. É uma das exigências do PRMP (Enfermeiro 6).

Então, para nós é automático, o risco habitual vai para o hospital aqui da região e o intermediário e o alto risco vai para o Hospital Universitário (Enfermeiro 8).

No que se refere ao retorno do puerpério, a captação da puerpera e criança, o enfermeiro respondeu:

Então, por meio da visita domiciliar da ACS. Se ela souber que na área dela nasceu a criança, então é comunicado à enfermeira responsável e é realizada a visita domiciliar (Enfermeiro 2).

Em relação à criança, eu procuro visitar a gestante e a criança conforme o protocolo até o sétimo dia na casa. Muitas vezes acabo fazendo essa visita dentro do hospital. Como temos hospital municipal, eles passam diariamente o número de nascidos, então, como nós temos o município dividido em duas áreas, quando nasce alguém da minha área, eles me comunicam (Enfermeiro 4).

Como a nossa unidade é vinculada ao hospital, a gente sabe quando essa mãe vai ter o bebê. Eu tenho uma relação das datas prováveis dos partos. Então, quando está próximo da data provável do parto, eu fico de olho na primeira visita que é feita pelo ACS (Enfermeiro 6).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como ferramenta de apoio ao planejamento em saúde também foram contemplados neste estudo. Assim, quando perguntado ao enfermeiro sobre o conhecimento e atuação no SIS, as respostas foram as seguintes:

É um relatório mensal [...] para o qual tem uma enfermeira responsável, ela relata todas as gestantes acompanhadas, exames realizados [...] ela coloca tudo nesse relatório que é encaminhado para o sistema no setor de informação. Uma pessoa capacitada lança no sistema e o sistema deve funcionar para quando precisarmos de um relatório (Enfermeiro 2).

Sim, trabalho com o SIS-pré-natal. Eu preencho a carteirinha, mando para clínica da mulher e lá é digitado, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Agora vai mudar com o E-SUS, mas ainda aqui não está implantado. Todas as ESFs usam, alimenta através de consultas diariamente (Enfermeiro 3).

O SIS-pré-natal eu alimento diariamente. Após o atendimento do ginecologista eu já recolho as fichas de atendimento da gestante e alimento o sistema (Enfermeiro 4).

Eu só lanço quando eu tenho uma folga. Cadastros e consultas que têm no mês. Eu tento lançar tudo, olho pelas condutas médicas e vou anotando, porque os médicos anotam tudo, se pediu exame, se pediu ultrassom, se foi encaminhado (Enfermeiro 8).

A categoria *expectativas em relação ao PRMP* diz respeito aos “motivos para” e revela o que o enfermeiro espera para os serviços de saúde, os profissionais de saúde e para a população de mulheres gestantes, puérperas, recém-nascidos (RN) e crianças atendidas.

Em relação aos serviços de saúde, o enfermeiro espera.

Espero que o serviço de saúde esteja sempre disponível à gestante. Que o enfermeiro, o médico e a equipe estejam capacitados para receber as gestantes tanto nas intercorrências, quanto no estado de saúde habitual, sendo bem tratados, bem acolhidos, bem informados sobre todas as alterações durante a gestação, nascimento, os cuidados com o RN (Enfermeiro 2).

Que o serviço melhore cada vez mais e que reduza a mortalidade infantil e a mortalidade da mãezinha também (Enfermeiro 8).

As expectativas do enfermeiro em relação aos profissionais de saúde revelam que os conflitos em equipe podem interferir na atuação profissional.

Espero principalmente dos profissionais mais antigos que eles respeitem a autonomia de outros profissionais para trabalharem juntos no atendimento à gestante e à criança (Enfermeiro 1).

Que eles façam a adesão, que estudem, que fiquem aperfeiçoados cada dia mais para atender a gestante. Para saber informar a ela quando tem alguma alteração. Que tenham uma visão ampla do que é a saúde de uma gestante e de um recém-nascido (Enfermeiro 2).

Espero que eles tenham treinamento para que possam atuar melhor, de forma mais humanizada. Eu ainda acho que falta capacitação, treinamento. Tem gente que não tem nem contato com o Rede Mãe Paranaense, não sabem nem o que é. Que eles tenham mais comprometimento, que todos devem olhar do mesmo jeito, porque o programa veio para melhorar a qualidade da gestante e da criança, mas nem todos têm esse olhar (Enfermeiro 8).

Quando perguntado sobre o que espera dos SIS, o enfermeiro respondeu:

Que o sistema de informação relate o que a gente precisa de informação. Que os dados digitados sejam fidedignos (Enfermeiro 2).

Que seja mais fácil, mais rápido e mais acessível. Como funciona pela internet, às vezes o sistema trava e se perde mais tempo para abrir e digitar do que para conversar com o paciente (Enfermeiro 3).

Eu espero que melhore bastante. O SIS-Pré-natal, um programa que colocaram e estamos utilizando, é um programa demorado. Talvez seja devido à rede de internet. Eu gostaria que os médicos tivessem acesso a esse programa para eles estarem alimentando. Se tivesse tempo, pessoal e material para alimentar, é um bom sistema (Enfermeiro 7).

DISCUSSÃO

Os enfermeiros deste estudo conhecem sobre os compromissos, indicadores e objetivos do PRMP, demonstrando, assim, sua bagagem de conhecimento. Para eles, esse programa surgiu como estratégia de governo para proporcionar qualidade à saúde pública, com atendimento humanizado às gestantes e às crianças.⁷ A bagagem de conhecimento adquirida é oriunda da sua formação e atuação nos serviços de saúde. Ao longo da vida esse conhecimento é reestruturado a partir de experiências concretas e servem de base para ações subsequentes.¹⁰

O PRMP descreve como objetivo e compromisso a captação precoce da gestante e da criança menor de um ano, a busca ativa, a referência e contrarreferência nos casos de risco intermediário e alto risco e a vinculação da gestante ao ambulatório ou ao hospital de referência.⁷ Ademais, preconiza um pré-natal de qualidade e o acompanhamento do desenvolvimento da criança e está focado na redução da morbimortalidade materna e infantil, seguindo o marco conceitual das RAS.¹ Ressalta-se que grande parte dos indicadores de mortalidade materna e infantil está intimamente relacionada à qualidade do pré-natal, principalmente no que diz respeito à quantidade de consultas, exames clíni-

cos e laboratoriais.¹³ De maneira geral, os enfermeiros souberam descrever os principais indicadores, conforme preconiza o PRMP.

O PRMP também mostra que a gestante deverá realizar minimamente sete consultas e em cada uma delas deverá ser estratificado o risco - habitual, intermediário e alto. Ao ser identificado algum risco na gestação, esta deverá ser encaminhada ao serviço especializado conforme o risco apresentado⁷. Após a implantação do PRMP, o enfermeiro referiu ter mais autonomia no atendimento à mulher em todo o ciclo gravídico puerperal e no cuidado ao recém-nascido e à criança. A autonomia referida pelos enfermeiros envolve as ações de prevenção, cuidado e promoção à saúde. Conforme descreve a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro tem independência para exercer todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, a assistência à gestante, parturiente e puérpera.¹⁴ A autonomia pressupõe atenção orientada, com ações de cuidado que contemplam a integralidade, a qualidade e a organização da assistência.¹⁵

Para que o cuidado proposto pelo PRMP ocorra de forma eficaz, faz-se necessário que os profissionais recebam capacitações.⁷ Neste estudo, o enfermeiro refere que houve capacitação presencial promovido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e a 10ª RS. Alguns afirmaram que para compreender melhor o funcionamento do programa, buscaram informações diretamente na linha-guia do PRMP. Estudo apresentou características semelhantes na fala dos enfermeiros, o qual ressaltou que para superar dificuldades diante do novo é preciso iniciativa do próprio profissional para requerer ajuda de outros profissionais, ter curiosidade, dedicação e buscar capacitação para o enfrentamento do novo.¹⁶

A busca por conhecimento/aperfeiçoamento dos profissionais de saúde deve ser pautada pela singularidade e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos e à medida que se transformam no cotidiano dos serviços, consentindo que os métodos pedagógicos se façam presentes nos saberes e fazeres.¹⁷

Quando questionados sobre a captação da gestante, o enfermeiro revelou que a captação precoce ocorre com o auxílio dos ACS, nas suas visitas domiciliares rotineiras, comumente chamadas de busca ativa. Também foi proferido que a própria mulher vem até a unidade e solicita a realização do exame de gravidez. O PRMP traz como ideal a captação da gestante antes da 12ª semana de gestação, podendo ser realizada por qualquer profissional da atenção primária, sendo que os ACS são de extrema importância nessa tarefa, visto que possuem mais contato com os usuários do serviço de saúde.⁷

A captação precoce das gestantes é identificada como fator relevante na morbidade materna, pois auxilia na identificação precoce dos riscos gestacionais, bem como possibilita as intervenções necessárias. Sua prática até o final do terceiro trimestre tem como intenção reduzir os riscos para mãe e filho.¹⁸ Em análise realizada na base de dados Nascer Brasil, na qual se avalia a assistência do pré-natal nas cinco regiões do país,

identificou-se que 76% de gestantes cadastradas durante 2012 e 2013 iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional. Contudo, apenas 60% dessas gestantes se enquadram na recomendação atual da Rede Cegonha, de que a captação da gestante aconteça até a 12ª semana gestacional.¹⁹

Neste estudo foi possível perceber a preocupação constante do enfermeiro com a qualidade da atenção à saúde da gestante, com o intuito de que a gestação, o parto, o nascimento, o puerpério e o cuidado com o recém-nascido ocorra da melhor forma possível por parte dos profissionais e com envolvimento da família, não diferente de outros estudos.^{8,9} Assim, o cuidado, em qualquer momento da vida, em particular o cuidado à gestante, antecede qualquer ação social ou profissional de cuidar se se perceber esse cuidado como algo herdado naturalmente, ou seja, uma atitude natural, como o caso da gestação. Essa atitude natural é algo cultural e intersubjetivo.¹⁰ O que se percebe, muitas vezes, é que esse processo natural é tomado por alguns profissionais como um evento biomédico, tecnológico e farmacêutico.

O PRMP também preconiza que o acompanhamento da criança seja iniciado na gravidez. No dia da alta, o hospital/maternidade onde foi realizado o parto entrega a caderneta de saúde da criança com os dados registrados para mãe e deverá comunicar à UBS de referência sobre as condições de saúde da díade mãe-recém-nascido.⁷ A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UBS deve programar a visita domiciliar até o quinto dia após o parto, para avaliação da díade mãe-recém-nascido. Até essa data a UBS já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a Estratificação de Risco da Criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade na assistência à saúde da população. Para tanto, é preciso garantir que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável, em termos físicos, emocionais e sociais. Dessa forma, a puericultura deve ser compreendida como uma ferramenta de vigilância à saúde, em que o enfermeiro, juntamente com a equipe interdisciplinar, deverá se atentar aos sinais e sintomas biopsicossociais, avaliando a criança de forma consciente e responsável, para, assim, garantir o seu direito à saúde, que engloba o acesso, a qualidade e a resolutividade das ações e serviços.^{9,20,21} Essa ação conjunta do cuidar vai além do atendimento durante uma consulta, sendo que é necessário que o profissional conheça a sua situação biográfica, a qual lhe permite refletir e compreender suas ações e sua relação com o mundo, para que, posteriormente, em uma relação face a face, o profissional e o sujeito do cuidado estejam conscientes um do outro e voltados mutuamente, no mesmo tempo e espaço.^{10,11}

Quando questionados sobre a estratificação de risco, alguns enfermeiros disseram que realizam, mas por meio das falas é notório que alguns profissionais usam a estratificação preconizada pelo MS, onde é tipificado como alto e baixo risco

apenas.⁶ Outros profissionais utilizam a classificação preconizada pelo PRMP, ou seja, risco habitual, intermediário e alto risco. O risco intermediário foi instituído considerando-se um grupo de mulheres que apresentam complicações à sua saúde e de seu filho decorrente de características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior.⁷ Além disso, as mulheres nos extremos de idade (menos de 20 e mais de 40 anos) apresentam risco de mortalidade 1,97 maior que nas demais faixas etárias. Um dado similar é verificado entre indígenas e negras, as quais exibem taxa de mortalidade duas vezes maior que mulheres brancas. Os valores de risco são semelhantes em mães com pelo menos três filhos vivos em gestação anterior (2,3 vezes maior) e mães que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior (2,2 vezes maior).⁷

No tocante à vinculação, conforme o risco apresentado como forma de tipificar os grupos representados por gestantes e crianças, a tipificação dos sujeitos acontece de acordo com cada necessidade. Esse fato se constitui por meio da vivência do cuidado e das experiências entre os usuários e os profissionais de saúde¹⁰ - neste caso, enfermeiros, gestantes e crianças. A tipificação é caracterizada pela compreensão do indivíduo como um todo, suas interações sociais, a interferência da sociedade envolvendo a compreensão das experiências e conhecimentos culturais e psicossociais dos usuários.²²

O PRMP define a vinculação da gestante com a criança nos três pontos de atenção, quando necessário, sendo que a Atenção Básica é responsável por captar a gestante, estratificar o risco e vincular aos demais níveis de atenção (especializado e hospitalar), tanto nos casos de risco gestacional (intermediário e alto risco) como para o momento do parto.²³ Por sua vez, a atenção especializada tem caráter ambulatorial, na qual busca-se atender condições de saúde específicas, articulando com a Atenção Básica, tanto para a criança quanto para a gestante. Consiste em uma ação integral e multiprofissional. O nível terciário visa garantir atendimento à gestante de alto risco e corresponde aos hospitais das macrorregiões, contendo Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e adulto.²³ Assim, será possível garantir às gestantes e crianças o cuidado de forma integral e o acesso aos serviços nos três níveis de atenção à saúde.

Os SIS também foram abordados pelo enfermeiro deste estudo como imprescindíveis para o planejamento em saúde. Também se verificou a necessidade de formação e capacitação para atuarem com o SIS. Os SIS possibilitam o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do monitoramento do atendimento à mulher e da criança, o qual permitirá a orientação para o processo de decisão e implementação de novas medidas de atenção à saúde.⁷ Após a implantação do SUS, os SIS tornaram-se ferramentas necessárias para que a equipe de saúde possa acompanhar toda a produção de dados, proporcionar avaliações periódicas e monitorar as condições de saúde dos usuários.²⁴

Referente às expectativas dos enfermeiros, com a implantação do PRMP eles esperam o melhor atendimento à criança e à gestante, por meio do reconhecimento de seu trabalho de forma eficiente e humanizada. Estudo mostrou resultados semelhantes, em que os enfermeiros manifestaram expectativas sobre a definição de papéis específicos, aumentando a esperança em relação à definição de sua função profissional, pois desejava autonomia, identidade profissional e tomada de decisão sobre questões específicas de sua área de competência. Esses aspectos constituem a tipificação desse grupo em relação a seus projetos de cuidado materno-infantil.²⁵

Sobre o que esperam dos profissionais de saúde após a implantação do programa, o enfermeiro espera que os profissionais busquem novos conhecimentos, novas capacitações para que possam seguir corretamente as diretrizes do PRMP. O cuidado dispensado pela equipe interdisciplinar necessita contemplar a comunicação e o relacionamento interpessoal, atendendo assim às necessidades dos envolvidos nesse cenário, gestantes e crianças, por meio do diálogo, pela relação face a face e pela troca de informações entre profissional e usuário.^{10,11}

Sobre os SIS, os participantes deste estudo destacaram ter conhecimento de alguns programas, porém necessitam de mais aprofundamento, somado a um sistema efetivo que não apresente falhas no acesso. Para isso, é preciso suporte técnico e estrutural, capacitação dos profissionais para utilizarem essa ferramenta e a própria divulgação do mesmo. Na opinião dos enfermeiros, o sistema de informação pode contribuir para a assistência, mas para isso necessita de mudanças. Fica clara neste estudo a importância e necessidade de um programa de educação continuada e permanente com os profissionais envolvidos na assistência direta, bem como na alimentação dos SIS – indispensáveis para construir e estruturar políticas públicas de saúde.²⁴

As ações de cuidado do enfermeiro à população materna e infantil usuária do PRMP evidenciaram-se neste estudo, identificando avanços no fazer do enfermeiro. Principalmente, revelaram expectativas, desafios e possibilidades de melhorias no que diz respeito à redução da morbimortalidade materna e infantil preconizadas por todos os programas de saúde materno e infantil no âmbito mundial, nacional, em especial no PRMP no estado do Paraná.

CONCLUSÃO

O conjunto das categorias concretas do vivido que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros permitiu evidenciar aspectos comuns em suas ações no tocante ao conhecimento desse grupo social. Estas descreveram conhecer os objetivos, indicadores e compromissos do PRMP, ajudaram a implantar o referido programa e participaram das capacitações para atuar no mesmo, compreendem e realizam a estratificação de risco habitual, intermediário e alto risco da gestante e da criança. Referem-se a um grupo social/profissional que reconhece a importância da capta-

ção precoce da gestante e da criança, para principalmente melhorar as taxas de morbimortalidade materna e infantil. Esperam que gestantes e crianças atendidas pelo PRMP recebam atenção à saúde de qualidade, assim como esperam que os profissionais tenham mais comprometimento e que possam dialogar entre si. Ressaltam a importância do SIS para subsidiar o planejamento do cuidado, mas indicam a necessidade de investimentos na capacitação profissional para fortalecer sua atuação nos mesmos.

Este estudo apresentou como limitação a implantação ainda recente do PRMP, com início no ano de 2012, o que possibilita apenas avaliação e análise do processo de seu desenvolvimento na Atenção Básica. Tem o olhar do enfermeiro que atua no PRMP em uma regional de saúde do Paraná, visto que outros olhares poderão ser investigados por parte do enfermeiro e equipe multiprofissional. Desse modo, o desenvolvimento deste estudo não limitou as possibilidades de reflexão sobre a temática, mas se posicionou com abertura a novos debates para compreender as ações de cuidado do enfermeiro quanto às estratégias e protocolos de atenção à saúde materna e infantil, como o PRMP.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa conforme o Processo 474768/2013-9, Chamada Universal 14/2013.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013[citado em 2016 fev. 22];66(2):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR). Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. 1983. [citado em 2015 mar. 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236.
- Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
- Ministério da Saúde (BR). Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
- Ministério da Saúde (BR). Programa Rede Cegonha. Brasília: MS; 2012. [citado em 2015 mar. 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia. SESA-PR: Curitiba: SES-PR; 2012.
- Assis LTM, Fernandes BM. Saúde da Mulher: a enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. *REME - Rev Min Enferm*. 2011[citado em 2017 fev. 24];15(3):356-64. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/45>
- Veiga N, Pina JC, Mello DF, Silva MAI. Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura. *REME - Rev Min Enferm*. 2009[citado em 2017 fev. 23];13(3):435-43. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n3a17.pdf>
- Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012. 357p.
- Bugs TV, Caldeira S, Machineski GC, Fiewski MFC, Bugs BM, Tacla MTGM, et al. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no programa Rede Mãe Paranaense. *Rev Saúde*. 2016[citado em 2017 fev. 23];42(2):185-94. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576>
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- Neto ETS, Oliveira AE, Zandonale E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9):1650-22. [citado em 2015 jul. 16]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a05.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR). Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [citado em 2015 ago. 20]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/login.htm>.
- Azeredo LG, Silva RM, Lima AAA. Nurses and implementation of the nursing care systematization: descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2010[citado em 2016 mar. 22];9(1):20-9. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2933>.
- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *REME - Rev Min Enferm*. 2015[citado em 2016 mar. 22];19:612-9. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v15n2a16.pdf>.
- Ceccim RB, Merly EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009[citado em 2016 mar. 24];13(1):531-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>
- Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2011[citado em 2015 jun. 13];45(6):1293-300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v45n6/v45n6a03.pdf>.
- Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014[citado em 2016 mar. 22];30(supl.):S85-S100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>.
- Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Silva MAI, Mello DF. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013[citado em 2016 mar. 22];12(4):719-27. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n4/14.pdf>.
- Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2015 jun. 19];65(3):508-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201200300017&lang=pt
- Chrizostimo MM, Rosas AMMTF, Alves L, Bartoly MG, Silva CMC, Alves EMC. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schütz. *Ciênc Enferm*. 2009[citado em 2016 mar. 25];5(3):21-8. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_04.pdf.
- Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. *Rev Espaço Saúde*. 2014[citado em 2016 mar. 25];15(1):77-86. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaudef/article/viewFile/18347/pdf_22.
- Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Publica*. 2011[citado em 2016 mar. 22];45(1):24-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1399.pdf>.
- Umpiérrez AHF, Merighi MAB, Muñoz LA. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. *Acta Paul Enferm*. 2013[citado em 2016 mar. 20];26(2):165-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a10.pdf>.

