

# Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo

Building the women's health network towards constructing a care line for pregnant and puerperium women in the Regional Management Board of Alto Capivari – São Paulo

## **Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryschek**

Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 054030-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: gryschek@usp.br

## **Lucia Y. Izumi Nichiata**

Livre-Docente. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 054030-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: izumi@usp.br

## **Lislaine Aparecida Fracolli**

Livre-Docente. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 054030-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lislaine@usp.br

## **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**

Livre-Docente. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 054030-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marciaap@usp.br

## **Paula Hayasi Pinho**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 054030-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: paulapinho@usp.br

## **Resumo**

A regionalização, como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), é locus orientador da descentralização das ações e dos serviços de saúde, dos processos de negociação e pactuação entre os gestores. No Estado de São Paulo, está sendo implantada a modelagem das redes de atenção à saúde. O presente artigo apresenta a experiência no processo de construção da rede temática e estratégica de atenção à gestante e puérpera no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari, região do oeste paulista, composto por cinco municípios: Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, e Rancharia. Objetiva discutir o caminho percorrido nesse processo, refletindo sobre as lições aprendidas no percurso e apontando desafios futuros. Fez-se um diagnóstico de saúde dos municípios com dados disponíveis, visita aos municípios e discussão em oficinas com técnicos dos municípios e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo sobre a saúde da gestante e puérpera. Foi desenvolvido um processo de elaboração de protocolo clínico na atenção a esta população e a constituição de Comitê de Mortalidade Materna e Infantil nos municípios, ambos aprovados no Colegiado de Gestão Regional (CGR). O trabalho realizado no CGR do Alto Capivari significou melhoria de acesso aos serviços de saúde, bem como oportunidade de crescimento profissional e troca mútua com os técnicos e gestores municipais. **Palavras-chave:** Atenção à Saúde; Gestantes; Mortalidade Materna; Acesso aos Serviços de Saúde.

## Abstract

Regionalization, as a Brazilian Universal Health System (SUS) policy, is both the orientation locus of decentralization of health actions and health services, as well as of the negotiation and pact processes amongst managers. In the State of São Paulo, the modeling of the health service networks has been established for a few years. The following article presents the experience of building a specialized and strategic network for pregnant and puerperium women in the Regional Management Collegiate (CGR) Alto Capivari, in western São Paulo, including the following cities: Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá and Rancharia. Its scope is to discuss the path followed during this process, reflecting on the lessons learned and indicating challenges for the future. A health diagnosis was assessed in the above mentioned cities, and visits and discussions in workshops about health during pregnancy and puerperium took place with both municipal and São Paulo State Health Secretaries. A process of drawing up clinical protocols aimed at this population and aiming to constitute a Maternal and Infant Death Committee was developed in those cities, both being approved in the CGR. The labor performed in the CGR Alto Capivari meant an increase in access to health services, as well as the opportunity for professional qualification and exchange of information with technicians and municipal managers.

**Keywords:** Health Care; Pregnant Women; Maternal Mortality; Health Services Accessibility.

## Introdução

O Pacto pela Saúde de 2006 (Brasil, 2006a, 2006b) constituiu passo para mudanças importantes na execução do SUS, ressaltando a substituição do processo de habilitação dos municípios, pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão nas três esferas de governo, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos existentes.

A regionalização como uma diretriz do SUS é lócus orientador da descentralização das ações e dos serviços de saúde, dos processos de negociação e pactuação entre os gestores. De tal forma, vem exigindo a ampliação e consolidação de espaços de discussão e proposição de ações, pactuadas em instâncias colegiadas, reunindo gestores e técnicos de saúde nos CGRs, nas Câmaras Técnicas Regionais, Grupos Técnicos de Trabalho (vigilância à saúde, áreas de saúde da mulher, mental, regulação e outras), e população, nas suas diferentes formas de participação, como no conselho gestor e conselho municipal.

Na direção da regionalização, no Estado de São Paulo, os CGRs vêm se envolvendo com a implantação da modelagem das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRASs). Entendidas como arranjos organizativos de pontos da rede de serviços de saúde, são locais onde há procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir o cuidado integral em saúde num determinado território (São Paulo, 2012).

A regionalização, para além de uma exigência formal, deve expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, de modo que as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estejam refletidas no plano de saúde de cada município e do Estado (Brasil, 2009a; São Paulo, 2008, 2012).

Instituições de Ensino Superior do Estado de São Paulo, Unicamp, USP, Getúlio Vargas e UNESP,

de Unidades e Departamentos envolvidos com o ensino, pesquisa e extensão na área de saúde foram convidados, em 2007, a participar na construção da regionalização, pela discussão do Plano Estadual e Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo (São Paulo, 2008). Na proposta inicial, as universidades colaboraram na construção do desenho territorial dos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) e dos CGR, além de apoiar a construção do Plano Estadual de Saúde, a partir das demandas identificadas nestes DRSs. A partir de então, algumas delas permanecem desenvolvendo projetos de apoio institucional às regiões de saúde.

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, participando desde então, desenvolveu projeto de apoio institucional à conformação dos CGRs de Marília e Baixada Santista, até 2009. A partir de 2010, nos CGRs da Grande São Paulo (CGR Rota dos Bandeirantes e CGR Mananciais) e de Presidente Prudente vem apoiando o processo de construção das Redes Regionais de Saúde (São Paulo, 2012).

O presente artigo apresenta experiência no processo de construção da rede temática e estratégica de atenção à gestante e puérpera no CGR do Alto do Capivari, região do oeste paulista. Tem por objetivo discutir o caminho percorrido nesse processo, refletindo sobre as lições aprendidas no percurso, apontando desafios futuros.

## **Construção das redes regionais de atenção à saúde no Estado de São Paulo: em busca da ampliação do acesso**

Em 2007, quando da elaboração do Plano Estadual de Saúde (2008-2012) no contexto do Pacto pela Saúde, foram realizadas oficinas num processo amplo envolvendo o DRSs e os CGRs para o ajustamento das diretrizes, objetivos, estratégias, metas e indicadores de acompanhamento do Plano. Concomitantemente, foi feita a revisão do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) de 2002, que tinha como desenho 65 microrregiões de saúde no Estado.

Nesta revisão, tomou-se como região de saúde o conceito estabelecido no Pacto pela Saúde, entendi-

do como áreas de territórios inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades comuns e múltiplas, entre elas as culturais, econômicas e sociais. Compondo redes de comunicação, de transportes, de infraestrutura e de serviços (Brasil, 2006a, 2006b).

Tendo realizado várias oficinas regionais, os DRSs, municípios e instituições de ensino superior do Estado concluíram o processo na produção de um desenho das 64 regiões de Saúde com os respectivos CGRs, segundo os critérios de: contiguidade intermunicipal e identidade socioeconômica e cultural; infraestrutura de transportes e comunicação social; número de municípios e o tamanho da população; fluxos assistenciais atuais e/ou correções necessárias e possíveis em curto prazo; compatibilização de economia de escala e equidade no acesso. Considerou-se a resolubilidade da região em média complexidade; buscou-se reduzir o número de regiões, evitando a pulverização e seguindo os critérios anteriores, segundo especificidades regionais. Numa nova revisão, realizada em oficinas regionais, em 2011, foram definidas 63 Regiões de Saúde (São Paulo, 2008).

Com a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508/2011 (Brasil, 2011), inaugura-se nova fase de desafios à regionalização no Estado de São Paulo, no sentido de se organizar a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

No Estado, instituíram-se as RRASs, conforme quadro 1.

Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às necessidades das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da Atenção Básica e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns Estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo (Brasil, 2006a).

**Quadro 1 - Redes regionais de atenção à saúde, regiões de saúde, número de municípios, população e número de CGR, São Paulo-2010**

RRAS	Regiões de Saúde	População 2010	Nº de CGR	Nº de municípios
1	Grande ABC.	2.551.328	1	7
2	Guarulhos, Alto do Tietê.	2.663.739	2	11
3	Franco da Rocha.	517.675	1	5
4	Mananciais.	986.998	1	8
5	Rota dos Bandeirantes.	1.710.732	1	7
6	São Paulo.	11.253.503	1	1
7	Baixada Santista, Vale do Ribeira.	1.937.702	2	24
8	Itapeva, Itapetininga, Sorocaba.	2.243.016	3	48
9	Lins, Bauru, Jaú, Vale do Jurumirim, Polo Cuesta.	1.624.623	5	68
10	Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos	1.068.408	5	62
11	Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema.	722.192	5	45
12	Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, São José do Rio Preto, José Bonifácio, Catanduva, Lagos do DRS II, Central do DRS II, Consórcios do DRS II.	2.192.094	10	142
13	Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos.	3.307.320	12	90
14	Araras, Rio Claro, Limeira e Piracicaba.	1.412.584	4	26
15	Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VII, Campinas.	3.577.072	5	42
16	Bragança, Jundiá	1.128.619	2	20
17	Circuito da Fé, Região Serrana, Litoral Norte, Alto V. Paraíba	2.264.594	4	39

Fonte: IBGE (2011).

Tanto no Ministério da Saúde, quanto na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), estão indicando como redes prioritárias e estratégicas para implementação, a Rede de Urgências e Emergências, a Rede de Saúde Mental e a Rede de Atenção à Mulher e à Criança.

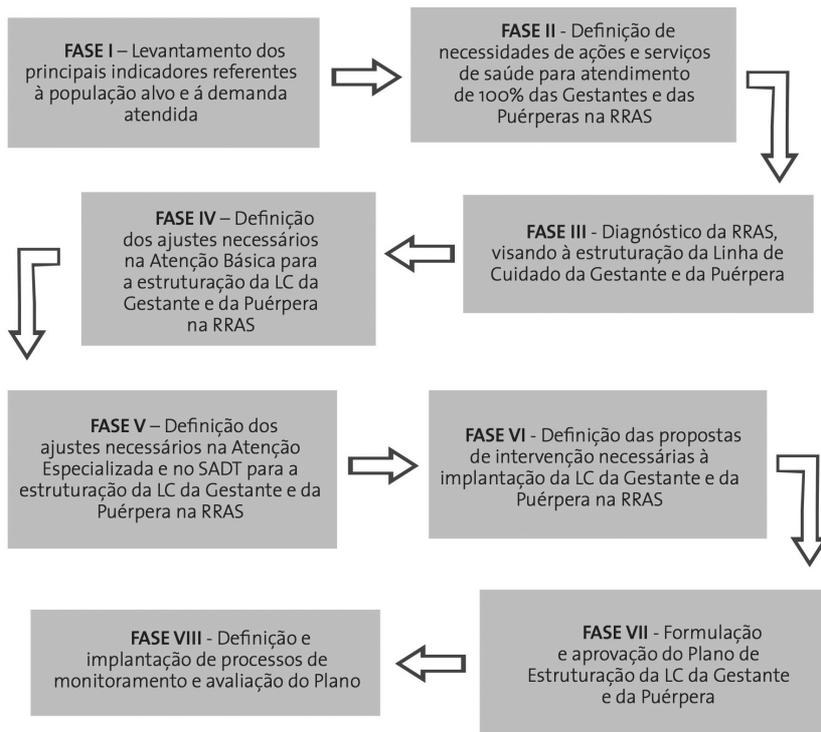
Em relação à rede de atenção à Mulher e à Criança, a SES-SP desenvolveu o Manual para a Implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera. Essa iniciativa buscou reunir esforços de todos os profissionais da saúde envolvidos nesse processo, particularmente dos gestores municipais e estaduais, visando a garantia do acesso, a qualificação da assistência prestada para essa população e a diminuição da mor-

bimortalidade materna e perinatal (São Paulo, 2010).

A reorganização assistencial necessária à qualificação da assistência conforma-se como possibilidade a ser obtida por meio da construção dessa Linha de Cuidado. Entende-se Linha de Cuidado como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas desse período, a serem ofertados de forma articulada pelo SUS, com base em protocolos clínicos (São Paulo, 2010).

A Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera pode ser estruturada por meio de um Plano Operativo composto por oito fases (São Paulo, 2010) conforme sistematizado na Figura 1.

**Figura 1 - Fases do plano de estruturação da linha de cuidado da gestante e da puérpera**



Fonte: São Paulo (2010).

## Alto Capivari: o ponto de encontro para a construção da linha de cuidado da gestante e da puérpera

O presente relato trata do processo de implantação da Rede Temática pré-natal, parto e puerpério no CGR Alto Capivari, pertencente à região de Presidente Prudente, RRAS 11, extremo oeste do Estado de São Paulo. O CGR Alto Capivari é composto por cinco municípios: Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, e Rancharia (Figura 2). São municípios com baixo número de habitantes (menos de 100 mil), população predominantemente urbana e a atenção básica à saúde é realizada, em toda sua totalidade, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As condições de vida da população residente nesses municípios, analisada a partir dos indica-

dores do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), sintetizam a situação de cada município no que se refere à riqueza, escolaridade e longevidade, com parâmetro de 1 a 5, representando de forma crescente os resultados dos indicadores. Segundo este índice, no CGR do Alto Capivari, os municípios de Iepê, João Ramalho, Quatá e Rancharia foram classificados, em 2008, com IPRS 4, e o município de Nantes, com índice 3. Isso mostra que a maioria dos municípios apresenta baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade. Já o município de Nantes, classificado no grupo 3, demonstra nível de riqueza baixo, mas bons indicadores nas demais dimensões (Seade, 2011).

Em relação às taxas de mortalidade infantil (Quadro 2), nos municípios de João Ramalho e Quatá encontram-se altas, com mais de 20 mortes por

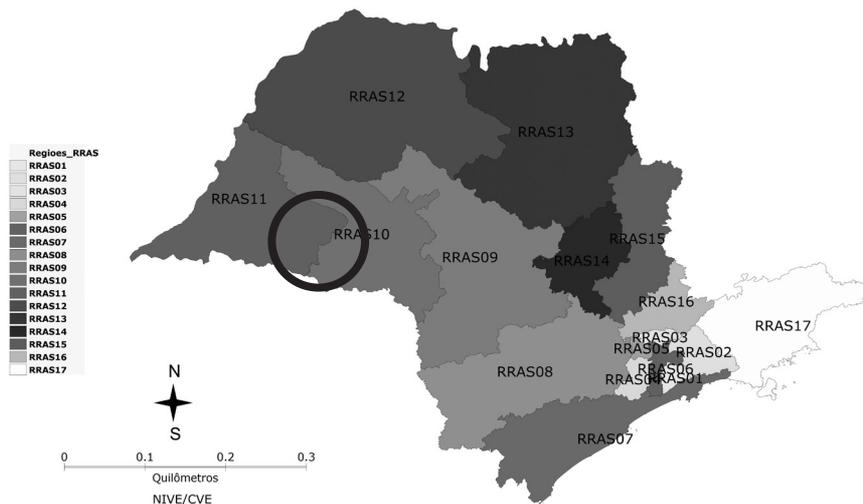
mil nascidos vivos, consideradas inaceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (Silva e Panhoca, 2007). Acrescenta-se a estes municípios Rancharia, com taxas acima de 30 óbitos por mil nascidos vivos.

Um dado importante que chama a atenção na região diz respeito à gravidez na adolescência, bem como a alta taxa de partos cesáreos, ambos fatores que podem corroborar para o incremento da mortalidade neonatal precoce. Observa-se que o CGR Alto Capivari apresenta altos percentuais de mães adolescentes, quando comparado ao percentual encontrado no Estado de São Paulo (Quadro 2). Quanto aos partos realizados por cesáreas, é alto o percentual na região, chegando a cerca de 80% em

Iepê (Quadro 2), muito acima dos 20% que a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia recomenda e dos 15% indicados pela Organização Mundial da Saúde (Soares e Menezes, 2010).

Com relação às mulheres que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, os dados revelam índices superiores aos encontrados no Estado de São Paulo (Quadro 2). Sabe-se que um número maior de consultas no pré-natal é fator protetor para o óbito neonatal, indicando a importância dos cuidados durante a gestação (Soares e Menezes, 2010). Entretanto, apesar do aumento dos níveis de cobertura, a qualidade da atenção materna e infantil ainda não é consistente em algumas regiões do Brasil (Victora e col., 2011b).

**Figura 2 - Mapa do Estado de São Paulo, em destaque o CGR do Alto Capivari**



Fonte: São Paulo (2011).

**Quadro 2 - Síntese de indicadores municipais do CGR Alto Capivari (2010/2011)**

Municípios	Iepê	João Ramalho	Nantes	Quatá	Rancharia	Estado de São Paulo
População (2011)	7.663	4.180	2.750	12.909	28.809	41.692.668
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) (2010)	9,62	35,09	-	20,20	13,81	11,86
Taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos vivos + nascidos mortos)	9,5	35,1	-	30,0	30,0	13,2
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos, em %, 2010)	17,31	8,77	13,04	12,12	7,73	6,96
Mães que tiveram sete e mais consultas de pré-natal (em %, 2010)	90,29	87,72	87,72	88,83	82,87	78,11
Partos cesáreos (em %, 2010)	80,77	61,40	73,91	64,14	59,39	58,70

Fonte: SEADE (2011).

## Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher: em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera no CGR Alto Capivari

No ano de 2011, dando continuidade ao projeto iniciado em 2007, a DRS 11 de Presidente Prudente requisitou ao Apoio Institucional da EEUSP auxílio para a implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera.

Os municípios da região já haviam avançado no levantamento dos principais indicadores referentes à saúde materno-infantil e à demanda atendida, Fase I do Plano de Estruturação da Linha de Cuidado, contando com o auxílio da articuladora da Atenção Básica, técnica da SES-SP do próprio DRS 11, que tem entre suas atribuições apoiar os municípios com menos de cem mil habitantes, em processos de qualificação da Atenção Básica.

Foi pactuado em reunião desse CGR, em abril de 2011, com a presença dos secretários municipais dos municípios e de técnicos da atenção básica e de hospitais, a necessidade de esforços conjuntos para a implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera. Nesse sentido, a equipe do Apoio Institucional da EEUSP agendou, junto aos municípios do Alto Capivari, visitas técnicas a serem realizadas no mês de maio daquele ano, com o objetivo de conhecer as condições de vida e saúde de seus habitantes e a organização dos serviços locais. Foram coletados e analisados dados demográficos, epidemiológicos, indicadores de saúde em geral e específicos sobre a saúde da mulher, que foram discutidos posteriormente com as equipes de saúde, respeitando-se as especificidades regionais. Procurou-se conhecer a estrutura dos serviços de saúde e suas rotinas, desde aqueles da Atenção Básica, responsáveis pela captação da gestante, serviços de média complexidade, até os serviços de referência para os partos, com a finalidade de subsidiar o entendimento sobre a rede de assistência ofertada a essa população. Com este diagnóstico, buscou-se definir as necessidades de ações e serviços de saúde para atendimento de 100% das gestantes e das puérperas do CGR, - Fase II da Linha de Cuidado.

Após as visitas realizadas aos municípios foi acordado em CGR a realização de reuniões mensais, com a presença de técnicos da gestão municipal e estadual para pactuação da implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera.

Nas reuniões iniciais, tendo-se realizado os diagnósticos locais, com a ajuda dos secretários de saúde e dos trabalhadores do SUS, foram evidenciadas algumas potencialidades e vários problemas. Entre as potencialidades, verificou-se que em todos os municípios havia Unidades Básicas de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família implementada e um número adequado de consultas de Pré-Natal. Alguns dos problemas identificados foram: serviços de saúde que não realizavam a captação precoce da gestante para o pré-natal; indisponibilidade de alguns exames laboratoriais preconizados no pré-natal (por exemplo, o exame para identificar o *Streptococcus agalactiae*); dificuldade com relação à cota de exames, muitas vezes insuficiente para alguns municípios; morosidade para a entrega de resultados de sorologias para HIV e Hepatite B; dificuldades no acompanhamento de todas as gestantes, visto que uma parcela da população tem convênios médicos; ocorrências de morte materna e neonatal no parto; condutas clínicas não padronizadas; diagnósticos inadequados e não realizados em tempo oportuno visando a identificação de infecções durante o parto e a idade gestacional; dificuldade e/ou não preenchimento do Sistema de Informação do Pré-Natal; falta de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência, sobretudo para as gestantes de alto risco; não aceitação da população em realizar as consultas de pré-natal com o profissional enfermeiro; inexistência da consulta odontológica durante o pré-natal; distância para realização do parto que ocorre nos Hospitais de Rancharia, Iepê e Regional de Presidente Prudente; preferência das gestantes pela realização do parto cesariano em detrimento do parto normal; realização majoritária de cesarianas; dificuldades na fixação do profissional médico e dificuldades para a investigação dos óbitos maternos e infantis.

Em todos os municípios, foram detectados problemas pelas equipes técnicas que participavam das reuniões entre Apoio Institucional da EEUSP e Secretários Municipais de Saúde. Nessas reuniões esti-

veram presentes médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, em alguns municípios profissionais da área administrativa, e observou-se que para além das dificuldades, existia uma vontade muito grande de realizar uma assistência de qualidade. Muitas pactuações, que não foram de fácil resolução, demandando empenho, diálogo, envolvimento dos profissionais e vontade política, foram concretizadas no sentido de dirimir os problemas levantados. Entre elas pode-se citar: a possibilidade da realização do exame para identificar o *Streptococcus agalactiae*, através de pagamento com verba do município, proveniente do SUS; estabelecimento de contrarreferência e transporte oportuno e adequado para as emergências obstétricas, construção conjunta de um protocolo para assistência às gestantes e puérperas, que viesse a unificar condutas assistenciais, além de possibilitar e fortalecer a consulta de enfermagem no pré-natal e a consulta odontológica. Outra questão que foi pactuada entre os profissionais da atenção básica foi o preenchimento oportuno e correto do Sistema de Informação em Saúde (SIS) Pré-Natal, para tanto convidou-se um técnico da DRS 11, especialista nesta área, que realizou a sensibilização dos profissionais sobre a importância dessa ferramenta para o planejamento da assistência à gestante e puérpera.

Muitos dos problemas identificados nesse CGR são identificados em outros estudos, que demonstram problemas semelhantes na assistência ao pré-natal, parto e puerpério. A questão da alta taxa de partos por cesariana é observada em todo o país, em 2007 ocorreram cerca de três milhões de nascimentos no Brasil, sendo que 47% destes partos foram por cesarianas; também entre as primíparas constatou-se que 48% delas davam à luz por meio de uma cesariana (Brasil, 2009b). Fato preocupante é o que diz respeito à preferência das mulheres por cesarianas; alguns estudos questionam se essa preferência ocorre de fato, ou se é fruto de orientação médica (Dias e col., 2008).

Com relação às sorologias para detecção do HIV, dados de um inquérito nacional revelaram que apenas 62% das mulheres que deram à luz em equipamentos do setor público tinham os resultados de um teste de rotina para HIV registrados em seus prontuários, corroborando os dados encontrados no CGR do Alto Capivari (Szwarcwald e col., 2008).

No que se refere aos recursos humanos, é inegável a dificuldade na retenção de profissionais da área da saúde em regiões distantes de grandes centros urbanos, essa dificuldade é ainda maior com relação ao profissional médico, o que acarreta um desfalque nas equipes de saúde (Victora e col., 2011a).

Quanto à mortalidade materna, a Organização das Nações Unidas estimou a razão de mortalidade materna em 58 por 100.000 nascidos vivos para o ano de 2008 (WHO, 2010). Entretanto é fato que as estimativas das razões de mortalidade materna no Brasil são afetadas pelo sub-registro de óbitos, principalmente nas áreas rurais e pequenas cidades, como os municípios de Alto Capivari, locais onde a mortalidade tende a ser maior; outra dificuldade é a subnotificação de causas maternas nas mortes registradas (Barros e col., 2010).

Várias iniciativas têm sido envidadas no sentido de promover melhorias no sistema de registro de mortes maternas, entre elas a investigação compulsória de mortes de mulheres em idade fértil. Na atualidade, há Comitês de Mortalidade Materna em todos os 27 Estados brasileiros e em 748 municípios, o que tem melhorado a detecção e notificação das mortes maternas (Brasil, 2009c). Identificou-se que não havia Comitê de Mortalidade Materna e Infantil nos municípios de Alto Capivari.

Entende-se que o enfrentamento dos problemas identificados depende do modelo de atenção, de gestão do sistema e de determinantes amplos, como os econômicos, financeiros e sociais. Ao mesmo tempo, acredita-se que a organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde são condições que podem auxiliar no enfrentamento desses problemas.

Nesse sentido, a elaboração de protocolos clínicos pode ser uma ferramenta na Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera, apoiando a qualificação da assistência e auxiliando na organização dos serviços. Isso tendo em vista que os protocolos são padronizações utilizadas na oferta do cuidado a portadores de riscos e/ou agravos, que levam em consideração a atualidade do conhecimento científico e tecnológico e incluem informações sobre frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico e profilaxia a serem respeitados no processo assistencial. Além disso, quando se pensa numa Linha de Cuidado, esta deve se expressar por meio de padronizações

técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde em um dado sistema (São Paulo, 2010).

O apoio institucional da EEUSP, conjuntamente com os profissionais da saúde deste CGR e com a compreensão por parte deles, de que este instrumento seria importante para organizar a assistência e alavancar a sua qualidade, promoveu a construção solidária do protocolo de assistência às gestantes e às puérperas nos municípios do Alto Capivari. Respeitando as especificidades municipais, foi elaborado por meio de processos de discussão, articulação e negociação, amplamente participativos, envolvendo profissionais de todos os municípios, com diferentes *expertises*, representantes da vigilância epidemiológica, professores da EEUSP, secretários municipais de saúde, promovendo um pacto de gestão interna, sobretudo no âmbito da micropolítica do processo de trabalho desses trabalhadores, procurando sua ressignificação. Foram realizadas seis oficinas, ao longo de seis meses, sendo que em cada uma delas foi construída uma etapa desse protocolo.

Feitas essas considerações, e respeitando-se as orientações constantes no Pacto pela Vida e as decisões emanadas do Plano Estadual de Saúde de São Paulo, observaram-se as seguintes diretrizes para nortear a atenção ao pré-natal e ao puerpério no CGR de Alto Capivari: respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação à sua saúde, sua sexualidade e reprodução; garantia de acesso da mulher a uma rede integrada de serviços de saúde, que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, visando a promoção da saúde, o início precoce do acompanhamento das gestantes, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período; oferta de cuidado sempre referendada por evidências científicas disponíveis; garantia de adequada infraestrutura física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera; aprimoramento permanente dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas e valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar; desenvolvimento contínuo de pro-

cessos de educação permanente dos profissionais de saúde; incentivo ao parto seguro e confortável e ao aleitamento materno (São Paulo, 2010).

Esse protocolo teve como objetivos: diminuir a taxa de mortalidade materna e infantil dos municípios que compõem o CGR do Alto Capivari, aumentar a proteção à saúde da gestante e do bebê, incrementar a humanização no atendimento à gestante e ao bebê, implantar um protocolo de pré-natal e puericultura até o 1º ano de vida, formular fluxos de referência e contrarreferência, diminuir o percentual de gravidez na adolescência.

Os tópicos trabalhados na primeira oficina referiam-se à captação precoce da gestante e orientações aplicadas às mulheres com resultado positivo para gravidez, na primeira consulta de enfermagem. Na segunda oficina foram trabalhados o esquema vacinal para a gestante, preconizado pelo Programa Nacional de Imunização, e o preenchimento adequado da Sistematização do Atendimento de Enfermagem (SAE). Na terceira oficina discutiu-se a solicitação padronizada dos primeiros exames e a frequência de consultas de enfermagem e médica, de acordo com o tempo gestacional da mulher. Na quarta oficina foram discutidas as orientações relacionadas aos fatores de risco e aos procedimentos para as gestantes com intercorrências na gestação, tais como: sífilis, toxoplasmose, fator RH negativo, diabetes e hipertensão arterial. Na quinta oficina foram elaborados os componentes relativos à prevenção e educação em saúde, tais como grupos de gestante e planejamento familiar. Na sexta e última oficina, discutiu-se as consultas do recém-nascido, as visitas domiciliares no puerpério, bem como o fluxograma de atendimento, referências e contrarreferências.

Apesar das dificuldades vivenciadas pelos municípios envolvidos, as ações e procedimentos previstos no Manual da Linha de Cuidado à Gestante e Puérpera da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foram respeitados, na medida em que foi pactuada, nas reuniões do CGR do Alto Capivari, ajuda mútua entre os municípios, para garantir um assistência adequada às gestantes e puérperas.

Na finalização da construção desse protocolo, refletiu-se sobre o fato de que cuidar no processo de gestação, parto e nascimento é interagir com todos os atores, é aprender a compartilhar saberes

e práticas e realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, respeitando as diferenças, as crenças, as condições socioculturais de cada mãe-mulher, recém-nascido e família (Silva, 2003). Este processo deu-se em seis meses, tendo sido aprovado no CGR em dezembro de 2011.

Outro nó crítico identificado foi a dificuldade de realização da investigação do óbito materno e infantil nos municípios do Alto Capivari, dado que havia apenas um Comitê Regional responsável pela cobertura dos 45 municípios da RRAS 11. O Comitê de Mortalidade Materna e Infantil é uma ferramenta importante para a qualificação da assistência e para uma melhor compreensão sobre os óbitos ocorridos. Nesse sentido o Apoio Institucional da EEUSP-SP, juntamente com os técnicos da região pautaram a necessidade da constituição de um Comitê de Mortalidade Materna e Infantil no CGR do Alto Capivari. Assim, por ocasião das Câmaras Técnicas do CGR, foi discutida a constituição desse comitê, com a elaboração do Regimento Interno. Essa iniciativa foi aprovada em CGR, sendo oficializada pela Portaria Nº 001/2012, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo de 27/01/2012.

Em 2012 segue a implantação do protocolo de atenção à gestante e puérpera no CGR do Alto Capivari, com previsão de desencadear processos de avaliação de sua implantação por parte das equipes dos cinco municípios.

## Lições aprendidas no percurso e desafios

Para a equipe do Apoio Institucional da EEUSP, o trabalho realizado no CGR do Alto Capivari representou oportunidade de crescimento profissional e troca mútua com os técnicos e gestores municipais. A possibilidade do conhecimento da realidade desses municípios levou os autores desta contribuição à constatação do quanto o SUS imprimiu melhora na qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, assim como a constatação inequívoca de que há ainda muito a ser feito.

Elaborar o protocolo com a participação dos diversos atores, com opiniões por vezes divergentes, mostrou-se um trabalho árduo e ao mesmo tempo um processo rico de trocas. A participação da EEUSP

apoiou a qualificação e a reorganização da prática cotidiana dos trabalhadores envolvidos. No trabalho realizado, ficou evidente no desenvolvimento do protocolo clínico, ainda que uma ferramenta na Linha de Cuidado, a interface técnica, política, de gestão e ética na sua elaboração. São diversos desafios, visto que a realidade objetiva é palco de questões da política local, que muitas vezes pode até impedir o desenvolvimento das políticas públicas em saúde.

Outro desafio é a necessária revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI), delineada nos municípios do Estado de São Paulo em 2007, no sentido de possibilitar maior controle por parte dos municípios com relação aos serviços pactuados, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos, acessíveis e de melhor qualidade.

A assistência pública e privada coexiste no SUS, como um desafio permanente, e necessita do desenvolvimento de processos que fortaleçam a regulação, avaliações, monitoramento e auditorias para garantir padrão semelhante de atenção a todos os usuários, do SUS ou do setor privado, visando a inserção efetiva do setor privado, numa rede regionalizada e racionalizada de serviços de saúde (Victora e col., 2011a).

É importante lembrar que o protocolo assistencial na atenção à saúde da mulher foi implantado em todos os municípios do CGR do Alto Capivari, o que significa salto qualitativo quando se pensa em certa uniformidade da atenção, dos procedimentos e ações a serem desenvolvidas, visando a qualidade da assistência; ao mesmo tempo, indica-se avaliação tanto da ferramenta, quanto de sua adequação a cada um dos municípios envolvidos, sendo esse um desafio importante para técnicos e gestores locais.

A força de trabalho na área da saúde também representa um desafio, embora os trabalhadores dessa área sejam 10% de toda força de trabalho brasileira; muitos desafios persistem com relação à distribuição desigual de profissionais qualificados, à alta rotatividade, às imensas diferenças salariais entre os profissionais e à falta de carreiras estruturadas na área da saúde pública (Victora e col., 2011a).

Investir na qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério por meio da implantação da Linha

de Cuidado pode garantir o acesso das usuárias aos serviços de saúde e possibilitar uma abordagem integral do processo saúde-doença, através de ações de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado aos problemas dessa população.

Na assistência materno-infantil é preciso considerar que ações extrassetoriais, mais particularmente de educação e assistência social, devem ser efetivadas e que no setor saúde deve ser priorizado o investimento na reestruturação da atenção à gestante e ao recém-nascido, com articulação entre as ações do pré-natal na rede básica e assistência ao parto, no âmbito hospitalar.

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, na atenção à saúde da mulher e da criança, depende também da melhoria das condições de vida dos habitantes do CGR do Alto Capivari, ou seja, são necessárias políticas sociais amplas intersetoriais, não só da área da saúde, para que se possa de fato modificar o quadro de saúde das mulheres na região.

## Colaboradores

GRYSCHKEK, A. L. F. P.; NICHATA, L. Y. N.; PINHO, P. H. trabalharam na concepção, revisão da literatura e redação do artigo. FRACOLLI, L. A. e OLIVEIRA, M. A. F. na revisão final do artigo.

## Referências

BARROS, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward millennium development goals 4 and 5. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 100, n. 10, p. 1877-1889, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela saúde*. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, DF, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília, DF, 2009a. (Série B. Textos Básicos em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesário: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 1521-1534, 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2012.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. São Paulo, 2008.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. *Atenção à gestante e puérpera no SUS: manual técnico do pré-natal e puerpério*. São Paulo, 2010.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde (SES). *Oficina de atualização do processo de planejamento regional*, 2011. São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/apresentacoes-oficinas-regionais/apresentacao\\_decreto\\_oficinas.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/apresentacoes-oficinas-regionais/apresentacao_decreto_oficinas.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2014.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. São Paulo, 2012.

SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *Perfil municipal: anuário estatístico do Estado de São Paulo*. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SILVA, L. R. *Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social: história de vida de mães com sífilis*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, O. M. P.; PANHOCA, L. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1209-1219, 2007.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *The Journal of Infectious Diseases*, Chicago, v. 12, n. 3, p. 167-172, 2008.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, London, p. 90-102, May, 2011a. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet, London*, p. 32-46, May, 2011b. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, 2010.

Recebido em: 18/12/2012

Reapresentado em: 03/10/2013

Aprovado em: 07/10/2013