

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ELANE SOUZA DE OLIVEIRA PEREIRA

PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE NO  
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA

Feira de Santana  
2023

ELANE SOUZA DE OLIVEIRA PEREIRA

PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE NO  
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA

Projeto de intervenção apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Políticas, planejamento, organização de sistemas, serviços e programa de saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Dayliz Quinto Pereira

Feira de Santana

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

P49p

Pereira, Elane Souza de Oliveira

Plano de ação para melhoria da atenção à saúde da gestante no pré-natal de alto risco no município de São Francisco do Conde - Ba / Elane Souza de Oliveira Pereira. – 2023.

49 f.: il.

Orientadora: Dayliz Quinto Pereira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2023.

1. Saúde pública . 2. Gestante. 3. Pré-natal. 4. Serviço Social I. Pereira, Dayliz Quinto, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614:618.2 (814.22)

Dedico ao meu filho, Miguel, esta importante conquista que eu seja sempre um símbolo de exemplo para ele por meio da educação. Te amo meu filho!

ELANE SOUZA DE OLIVEIRA PEREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE  
NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO  
CONDE – BA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Data de aprovação: 25 de maio de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dayliz Quinto Pereira

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Orientadora)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maricélia Maia de Lima

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/ Titular)



Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Adriana Freire Pereira Ferriz

Universidade Federal da Bahia (UFBA)



FEIRA DE SANTANA

2023

## **AGRADECIMENTOS**

Mais um ciclo que se completa na minha jornada que sozinha não teria alcançado. Agradeço às pessoas que me ajudaram a chegar até aqui. À minha família por todo o apoio, entusiasmo e motivação. Agradeço aos meus amigos de longa data e aos novos amigos que conquistei, com quem partilhei o broto daquilo que veio a ser este trabalho. Agradeço a cada gestante e acompanhante atendidas durante o pré-natal, as quais eu tive o privilégio de conhecer e escutar suas histórias de vida, medos e superações. Agradeço à minha orientadora Prof. Dra. Dayliz Quinto Pereira, pelo respeito, paciência e apoio durante estes longos semestres de orientação que possibilitaram a conclusão desse trabalho. A todas as professoras e professores do curso que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desse trabalho. A todas as pessoas que de alguma forma estiveram e estão próximas a mim, fazendo esta caminhada valer cada vez mais à pena. Obrigada por fazerem parte da minha história!

## RESUMO

A assistência ao pré-natal de alto risco tem papel determinante no resultado da gestação, pois garante os cuidados necessários, identifica as situações de risco, permite intervenções oportunas à saúde da gestante e do feto e tem potencial impacto sobre a redução das taxas de prematuridade e morbimortalidade neonatal e materna. Tal fomento revela como é necessário ampliar o cuidado às gestantes para além do aspecto biológico e fisiológico e aponta ações estratégicas para o trabalho do Serviço Social, no sentido de contribuir para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento durante o pré-natal, na assistência ao parto e ao puerpério. Logo, foram identificadas fragilidades no trabalho da equipe de pré-natal de alto risco como a centralização do cuidado e baixo reconhecimento do Serviço Social como profissão essencial na assistência ao cuidado do pré-natal de alto risco. Este trabalho objetiva elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar o atendimento ao pré-natal de alto risco na Atenção Especializada em Saúde no município de São Francisco do Conde-BA, discutir as atribuições e fragilidades com a equipe, planejar e implementar ações de melhoria da prática da assistência e avaliar o processo de intervenção na assistência ao pré-natal de alto risco. É esperado que esse projeto de intervenção seja um potente instrumento de impacto e transformação da realidade institucional e social, que contribua para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde com vistas à melhoria do indicador materno-infantil para a garantia dos direitos das gestantes e a reafirmação do projeto ético-político do Serviço Social. Com isso, almeja-se que a equipe de saúde reavalie as suas práticas nas respostas aos problemas e situações de saúde das gestantes de alto risco e promova atendimento adequado, acolhedor, com escuta qualificada e tratamento respeitoso.

**Palavras-chave:** gestantes; pré-natal de alto risco; serviço social; atenção especializada; impactos sociais.

## ABSTRACT

High-risk prenatal care plays a decisive role in the outcome of pregnancy, as it ensures the necessary care, identifies risk situations, allows timely interventions for the health of the pregnant woman and the fetus, and has a potential impact on reducing prematurity rates and neonatal and maternal morbidity and mortality. Such promotion reveals how it is necessary to expand care for pregnant women beyond the biological and physiological aspects and points to strategic actions for the work of the Social Service, in order to contribute to ensuring the improvement of access, coverage and quality of follow-up during the prenatal period. -natal care, delivery and postpartum care. Therefore, weaknesses were identified in the work of the high-risk prenatal team, such as the centralization of care and low recognition of Social Work as an essential profession in high-risk prenatal care. This work aims to elaborate an intervention project with the purpose of organizing high-risk prenatal care in Specialized Health Care in the city of São Francisco do Conde-BA, discussing the attributions and weaknesses with the team, planning and implementing actions to improve care practice and evaluate the intervention process in high-risk prenatal care. It is expected that this intervention project will be a powerful instrument of impact and transformation of the institutional and social reality, that it will contribute to the strengthening of the Unified Health System with a view to improving the maternal-infant indicator for the guarantee of the rights of pregnant women and the reaffirmation of the ethical-political project of Social Work. With this, it is intended that the health team reassess their practices in responding to the problems and health situations of high-risk pregnant women and promote adequate, welcoming care, with qualified listening and respectful treatment.

**Keywords:** pregnant women; high-risk prenatal care; social service; specialized care; social impacts.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 - Indicadores de desigualdade no acesso à assistência pré-natal no SUS.....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 2 – Material Permanente. ....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 3 – Material de Consumo.....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 4 – Serviços.....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 5 – Transporte. ....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 6 – Orçamento Total. ....</b>	<b>41</b>
<b>Gráfico 1 Número de Óbitos Maternos, Bahia, 2013-2022*.....</b>	<b>33</b>
<b>Fluxograma 1 – Encaminhamento das gestantes para as Unidades de Saúde da Família. .....</b>	<b>35</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 - Dados sobre mortalidade infantil neonatal no estado da Bahia.....</b>	<b>32</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Atenção Especializada
AP	Atenção Primária
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
RAMI	Rede Materna e Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RUE	Rede de Atenção à Urgência e Emergência
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
3.1	SAÚDE DA MULHER: UMA QUESTÃO DE DIREITO .....	17
3.2	AVANÇOS HISTÓRICOS DO PRÉ-NATAL NO BRASIL.....	19
3.3	DESAFIOS DO PRÉ-NATAL NO BRASIL .....	23
3.4	SERVIÇO SOCIAL E PRÉ-NATAL: IMPORTANTE ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO CUIDADO ÀS GESTANTES .....	28
3.5	PRÉ-NATAL SOCIAL DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE-BA .....	30
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
4.1	LOCAL DA INTERVENÇÃO .....	35
4.2	ENVOLVIDOS NA PROPOSTA .....	37
<b>5</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>ORÇAMENTO</b> .....	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>43</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>48</b>
	<b>ANEXO A – PLANO DE AÇÃO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO</b> .....	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação pode causar na vida das mulheres alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais. Esse período é transicional, o que implica em mudanças significativas na rede social e na identidade da mulher. Ainda, esse período pode ser um evento gerador de sensações positivas e negativas, pois as alterações e os problemas sociais enfrentados pelas mulheres grávidas podem torná-las vulneráveis à diversas situações e acarretar riscos à sua saúde, visto que os problemas são potencialmente crônicos e podem gerar intercorrências durante o processo da gravidez, do parto e, inclusive, a partir do nascimento do bebê (MALDONATO, 1997).

Nesse viés, pesquisas observacionais descrevem a associação entre a inadequação do pré-natal a altas taxas de mortalidade fetal neonatal e infantil, maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna (CRUZ, 2014). Além disso, uma análise sobre o acesso a assistência pré-natal no Brasil a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 mostra que a cada minuto morre no mundo uma mulher vítima de complicações da gravidez e do parto e, para cada mulher que morre, outras trinta ficam com sequelas ou problemas crônicos de saúde (NUNES et al., 2017).

O Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna no Brasil (2021) indica que, desde 2014, os números não apresentam queda significativa. Dessa forma, em 2021, a média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos demonstra que o país está distante dos objetivos da Organização das Nações Unidas (ONU) pela redução da mortalidade materna, uma vez que grande parte das mortes maternas poderia ser evitada.

Com base no estudo que analisa o acesso à assistência pré-natal no Brasil a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2013 foi 14 vezes maior em regiões em desenvolvimento comparado às regiões desenvolvidas. Ainda, as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior proporção de partos vaginais. Contudo, houve um menor número de consultas pré-natal por gestante, indicando uma desigualdade territorial e inadequações no acesso ao serviço de assistência pré-natal no Brasil (NUNES, 2022).

Ademais, os resultados também demonstram que, em 2013, a maior parte das gestantes informou que todas as consultas foram feitas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e que houve elevada cobertura do acompanhamento pré-natal, entrega do cartão pré-natal e início de pré-natal com menos de 13 semanas de gestação, embora tenha existido baixa proporção de gestantes com exames para sífilis e com todos os aconselhamentos necessários (NUNES et al., 2017).

Nesse sentido, a assistência pré-natal tem um papel determinante no resultado da

gestação, pois garante os cuidados necessários, identifica as situações de risco e permite intervenções oportunas à saúde da gestante e do feto. Esse fomento revela a necessidade de ampliar o cuidado às gestantes em uma dimensão interprofissional e colaborativa para além do aspecto biológico e fisiológico.

Assim sendo, na atenção ao pré-natal de alto risco (PNAR), o Ministério da Saúde preconiza o atendimento da gestante por equipe multidisciplinar, que inclui o profissional de Serviço social. A partir disso, o contato precoce do Serviço Social com a gestante permite a identificação de indicadores de risco social e possibilita uma intervenção adequada.

Portanto, é pertinente a análise de Bravo e Matos (2009) que entende como responsabilidade do Serviço Social elaborar e propor uma ação articulada com outros segmentos que defendem a universalização e integralização do SUS, tendo em vista a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento.

Nesse viés, a proposta deste trabalho surgiu, inicialmente, da minha experiência como assistente social de 2018 a 2021 na atenção especializada à saúde da mulher e gestação de alto risco no município de São Francisco do Conde - BA. Durante a minha vivência profissional e a partir do desenvolvimento do Pré-natal Social no atendimento às mulheres grávidas de alto risco, de familiares, de acompanhantes, de profissionais da saúde, de educação e de assistência social, foram identificados marcadores de riscos gestacionais por grande parte das gestantes, que trazem associadas as suas demandas fisiológicas, vivências de vulnerabilidades sociais, necessidade de escuta qualificada e aconselhamento, capaz de reconhecer as situações de gravidade.

Em 2018, foi pactuado no município o Grupo de Trabalho (GT) da Rede Cegonha, diante dos estudos de casos sobre óbitos fetais e infantis ocorridos no município no ano de 2017, e investigados pelo Comitê Estadual para Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que alertaram para a interferência da sociovulnerabilidade de mulheres no período gestacional. Em razão disso, foram promovidos encontros e pactuações de fluxos e formulário de atendimento com as assistentes sociais e criado o Pré-natal Social, assim como reuniões quinzenais do grupo de trabalho com os profissionais que atuam na Atenção Primária e Especializada, Departamento de Planejamento em Saúde e a gestão do município.

Dessa forma, através de importantes discussões realizadas com as equipes de cuidado ao pré-natal, foram identificadas fragilidades no trabalho em equipe diante da centralização do cuidado no papel do médico e baixo reconhecimento por parte de alguns setores do Serviço Social como profissão essencial na assistência ao cuidado de pré-natal de alto risco.

Desse modo, o presente projeto de intervenção oferece um plano de ação que busca implementar boas práticas para o pré-natal de alto risco na Atenção Especializada em Saúde no município de São Francisco do Conde - BA, discutir as atribuições e fragilidades com a equipe, planejar e implementar ações de melhoria da prática da assistência e avaliar o processo de intervenção na assistência ao pré-natal de alto risco.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar o atendimento ao pré-natal de alto risco na Atenção Especializada em Saúde no município de São Francisco do Conde - BA.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Discutir as atribuições e as fragilidades profissionais com a equipe de pré-natal de alto risco;
- b) Planejar e implementar ações de melhoria da prática da assistência ao pré-natal de alto risco;
- c) Avaliar o processo de intervenção na assistência ao pré-natal de alto risco.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 SAÚDE DA MULHER: UMA QUESTÃO DE DIREITO

As desigualdades no acesso ao cuidado adequado à saúde das mulheres foram, durante muito tempo, limitadas às especificidades biológicas, à gestação, ao parto e aos cuidados materno-infantis. Essa preocupação restringia a mulher ao papel social de mãe, de doméstica e de cuidadora do lar. Portanto, caberia a ela manter a unidade do grupo, haja vista que “ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar. É a patroa, designação que revela o mesmo padrão de relações hierárquicas na família e no trabalho” (SARTI, 2005, p. 64).

Dessa forma, durante a segunda metade do século XIX, período permeado por mudanças sociais, a família passou por intensas transformações e iniciou o processo de modernização do seu papel social. Esse período foi marcado por questionamentos do movimento feminista em relação ao modelo patriarcal; discussão sobre a relação de gênero e os papéis desempenhados pelo homem e pela mulher na relação matrimonial; e o comportamento sexual definido pelo sexo e a identidade pessoal (GUEIROS, 2002).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, mas com implementações de programas voltados exclusivamente para a assistência aos problemas decorrentes da gestação e do parto, e com diversas iniciativas de entidades de caráter privado voltadas para o controle da natalidade, com interesse em reduzir o crescimento populacional no país (BRASIL, 2005).

A partir das lutas sociais pela garantia do direito à igualdade de gênero, foram implantadas diversas ações e programas para distintos grupos populacionais. Nesse viés, no que tange à saúde das mulheres, no ano de 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou o início de uma nova abordagem concernente às políticas públicas voltadas à saúde da mulher em um enfoque de gênero.

Diante disso, o PAISM contou com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades, no intuito de incorporar a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Além disso, foi realizada a distribuição de métodos anticoncepcionais doados, inicialmente, pelas Organização das Nações Unidas (ONU) e que passaram a serem adquiridos

pelo Ministério da Saúde a partir de 1990 (BRASIL, 2004).

Segundo Osis (1998), o PAISM teve um papel importante para o processo de rompimento com a visão tradicional e repressora sobre os corpos das mulheres que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas somente à reprodução. Com a vigência desse programa, passou-se a compreender que a elaboração de políticas de saúde da mulher deve englobar toda sua vida e não pode ser dividida em departamentos, considerando “a mulher como sujeito ativo de sua própria saúde e não como um mero objeto de reprodução” (MOURA, 2013, p. 10).

Outrossim, para Tavares (2011, p. 310), na visão mais ampla e contemporânea, “saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e de justiça social, e não apenas um estado biológico”. Dessa forma, os direitos sexuais e reprodutivos não devem se limitar à assistência à saúde sexual e reprodutiva, mas abranger um conjunto de direitos humanos, individuais e sociais em busca do pleno exercício da sexualidade e da reprodução.

Nesse viés, Rosas (2005) discute que a reprodução, a sexualidade e a saúde têm a mesma importância que os direitos sociais e econômicos, portanto, são interdependentes e indivisíveis, e esse reconhecimento é fundamental para a implementação das diretrizes governamentais da atenção à saúde.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, é um grande exemplo de reafirmação dos acordos estabelecidos no Cairo, ao definir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e integrantes das necessidades humanas básicas (BRASIL, 2005).

No entanto, a garantia por igualdade, liberdade e justiça social no âmbito da saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras tem sido um dos embates mais intensos contra as desigualdades de gênero, de classe, de raça, de etnia e de dogmas religiosos. Isso ocorre uma vez que circunda problemas estruturais e desigualdades sociais que atrapalham o acesso igualitário e integral à saúde das mulheres (VENTURA, 2011).

Um estudo realizado por Lemos (2014), com o objetivo de identificar a percepção de enfermeiras e assistentes sociais que realizaram a capacitação de ações educativas em contracepção, sobre direitos sexuais e reprodutivos e sua importância na promoção desses direitos, permitiu revelar restrito conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos por parte das participantes. Assim, pode-se perceber que a realização de treinamento não garante, necessariamente, a reflexão e a transformação das opiniões e práticas.

Em razão disso, um longo caminho insiste em separar a lei da realidade na sociedade

brasileira, que precisa cada vez mais efetivar os mecanismos legais, as políticas e os programas de saúde disponíveis (TAVARES, 2011). Isso é necessário visto que, no país no qual o número de mortalidade materna atinge índices assustadores, a vertente favorável a um atendimento no âmbito dos direitos reprodutivos e humanizado ainda não é predominante. Logo, se faz necessário repensar a análise e o fomento de novas estratégias de atendimento às mulheres grávidas (TERRES, 2005).

### 3.2 AVANÇOS HISTÓRICOS DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

A gestação, durante muito tempo, foi de domínio exclusivo das mulheres que eram auxiliadas somente por parteiras, por comadres, por mulheres religiosas ou por membros experientes da família. Segundo estudo sobre os aspectos históricos do pré-natal no Antigo Testamento, a noção sobre a gravidez foi descrita de forma errônea como um fenômeno normal, e isso fez com que não se prestasse atenção necessária à sua evolução. Como consequência, a assistência médica era solicitada somente para os casos de evolução anômala da gestação. Foi a partir do período de industrialização que a formação profissional em obstetrícia se firmou com a evolução das ciências biomédicas e da tecnologia que permitiu o surgimento de novos instrumentos (CRUZ et al., 2014).

No Brasil, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a institucionalização da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, são marcos históricos fundamentais da proteção à saúde da mulher de modo universal, como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2022).

Dessa maneira, a reorganização da atenção ao parto e nascimento no Brasil teve início pelo Ministério da Saúde a partir de 1992 por meio da elaboração de políticas públicas prioritárias e manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde e a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como base para a promoção do cuidado integral.

Em 2000, foi implantado o Programa de Humanização ao Parto e ao Nascimento (PHPN) para melhorias no acesso à assistência obstétrica e na relação da equipe de saúde com as usuárias.

Ademais, o programa orienta a assistência pré-natal efetiva e, para isso, torna imprescindível a realização do número de consultas recomendadas, a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade, o pronto início do acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre da gravidez, o cadastro da gestante no SIS-Pré-Natal, o fornecimento e preenchimento do cartão pré-natal, o esclarecimento sobre o calendário de vacinas e os exames preconizados, dentre outras ações de promoção da saúde que tem impactado nos indicadores de acesso à assistência pré-natal no país (BRASIL, 2000).

Em 2004, foi realizado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Com isso, nos anos seguintes, a política brasileira de assistência ao parto permitiu a criação de duas leis federais:

- I. a Lei do Acompanhante nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;
- II. a Lei da Vinculação nº 11.634, de 27 de dezembro 2007, que garante o direito da gestante ser vinculada e conhecer previamente à maternidade da rede SUS que lhe atenderá no momento do parto, evitando, dessa forma, a peregrinação da mulher em trabalho de parto. O ano de 2007 contou também com o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis.

Em 2008, foi criada a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Na sequência, em 2009, foi estabelecido o direito à assistência à saúde da gestante presidiária com o acréscimo introduzido pela Lei Federal nº 11.942, de 28/5/2009, à Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11/7/1984) (TAVARES, 2011).

Diante disso, em junho de 2011, a Portaria nº 1.459 implantou a Rede Cegonha (RC), uma estratégia do Ministério da Saúde como movimento de reorganização, ampliação e qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério à criança até os dois anos de vida no âmbito do SUS. A RC existe para garantir às mulheres e às crianças assistência humanizada no processo de experiência singular para elas e para o/a parceiro/a envolvido/a, permitindo-lhes apreciar a fase da gravidez, do parto e do nascimento do bebê com segurança no acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011).

O Caderno 32 da Atenção Básica “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2012, considera a gravidez um fenômeno fisiológico e a sua evolução ocorre na maior parte das mulheres sem intercorrências, portanto orienta que o pré-natal no SUS deve ocorrer de modo prevalente na Atenção Primária a Saúde (APS) que deve garantir o acompanhamento de pré-natal de risco habitual.

Contudo, no curso da gestação, quando é identificada a suspeita/diagnóstico de gravidez de alto risco ou quando a gestante apresenta algum agravo que resulta no desenvolvimento de problemas, há a probabilidade de evolução desfavorável dessa gravidez, seja para o feto seja para a mãe. Nesse caso, a equipe de referência da APS deve referenciar a gestante para a Atenção Especializada Pré-natal de Alto Risco (BRASIL, 2012).

A gestação de Alto Risco, de acordo com Caldeyro-Barcia (1973, p.11), citado pelo Manual Técnico de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012), é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas do que as da média da população considerada.”

O manual apresenta alguns marcadores e fatores de riscos gestacionais, por exemplo, o marcador de características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: idade maior do que 35 anos; idade menor do que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; altura menor do que 1,45m; peso pré-gestacional menor do que 3,45kg e maior do que 75kg (IMC30); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida – fumo e álcool; e exposição a riscos ocupacionais (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse) (BRASIL, 2012).

Ademais, os indicadores são instrumentos que permitem identificar um gradiente de necessidade de forma discriminatória e individualizada, seja para cuidados básicos para as gestantes de risco habitual seja com poucos riscos, até cuidados especializados, gravidez com alta chance de sofrerem agravos à saúde.

Em 28 de setembro de 2017, houve a consolidação das normas sobre as redes do SUS, através da Portaria nº 3, buscando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e para assegurar ao usuário e à usuária o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Diante disso, a Rede Cegonha integrou as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, juntamente com a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPCD); Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS); e Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD) (BRASIL, 2017).

No entanto, em 2022, o Ministério da Saúde instituiu a nova Rede Materna e Infantil (RAMI), por meio da portaria nº 715/2022, de 04 de abril de 2020, que substituiu a Rede Cegonha. Essa nova rede foi instituída de maneira contraditória aos avanços conquistados no campo da saúde reprodutiva, das discussões realizadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio do pacto federativo, da diretriz de descentralização da gestão e sem o aval do controle social do SUS. Contudo, essa rede não contempla o atendimento de forma interdisciplinar e toda assistência que tem sido essencial no aprimoramento do cuidado à gravidez, ao parto, ao nascimento do bebê e ao pós-parto, e na redução da mortalidade materna e infantil.

Diante disso, entende-se que a mudança imposta sem nenhum diálogo com as entidades da saúde representa um risco à saúde pública e um desmonte da política de assistência integral e humanizada às mulheres e às crianças, principalmente na assistência ao pré-natal de alto risco. Portanto, será no decorrer das mudanças da atenção ao pré-natal e ao parto que os impactos serão apontados.

Nesse sentido, a partir da compreensão histórica sobre a assistência à gestação, parto e nascimento no Brasil, é reconhecível que os avanços ao longo dos anos permitiram mudanças significativas do modelo assistencial e das necessidades de saúde da mulher. Entretanto, apesar dos avanços, ainda há elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal, e a rede de atenção ainda se encontra fragmentada e pouco resolutiva (BRASIL, 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), todos os dias morrem aproximadamente 830 mulheres por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo, 99% das mortes ocorrem em países em desenvolvimento, sendo maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres, e as jovens adolescentes são as que enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez (OPAS/OMS, 2022).

Em vista disso, melhorar a saúde materna, reduzir a mortalidade materna em três quartos e alcançar acesso universal à saúde reprodutiva fazem parte dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) adotados pela Organização das Nações Unidas, a serem atingidas até 2015 no mundo, mas infelizmente esses resultados não foram alcançados. Por isso, a ONU indicou, até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes

por 100 mil nascidos vivos

Além disso, os estudos mostram que o SUS ainda apresenta falhas na continuidade e na qualidade da atenção ofertada e o acesso quase universal aos serviços de assistência obstétrica apresenta dificuldades na qualidade, principalmente para grupos socioeconômicos mais baixos, que são a maioria dos usuários do SUS (LEAL et al, 2020).

### 3.3 DESAFIOS DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Os estudos nacionais de abrangência local relatam obstáculos na assistência pré-natal, como dificuldade no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados. Além de afetar sua qualidade e efetividade, a falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto resulta na peregrinação e riscos adicionais à saúde da mulher em trabalho de parto e do bebê, na busca de uma vaga para internação (VIELLAS et al., 2014).

Ademais, Leal et al. (2020, p. 02) define a atenção pré-natal como “um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seu(s) filho(s)”. Nesse viés, o exercício do cuidado antes, durante e após o parto podem ser fundamentais para salvar a vida de mulheres e recém-nascidos.

Uma análise sobre a assistência pré-natal, perdas fetais precoces, parto e nascimento, revela que o parir e o nascer no Brasil melhoraram, mas ainda há muito por fazer. Uma pesquisa hospitalar de âmbito nacional, organizado pelo grupo Nascer no Brasil, sobre a assistência pré-natal na rede pública em 2011 e 2012, verificou as desigualdades regionais no acesso e na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto e a sua associação com a saúde perinatal, conforme demonstrado na tabela a seguir.

**Quadro 1 - Indicadores de desigualdade no acesso à assistência pré-natal no SUS.**

<p style="text-align: center;"><b>INDICADORES</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(Segundo risco materno e macrorregião no Brasil de mulheres atendidas no SUS).</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Período 2011–2012</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>RESULTADOS</b></p>
<p><b>Características sociodemográficas e intercorrências clínicas e gestacionais em mulheres.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No Norte e Nordeste, a frequência de partos entre adolescentes, mulheres de baixa escolaridade e de menor nível econômico foi maior que na região Sudeste;</li> <li>• Não morar com companheiro foi mais comum na região Sudeste;</li> <li>• O trabalho remunerado foi mais frequente no Sul;</li> <li>• A região Norte concentrou a maior proporção de mulheres com três ou mais partos anteriores;</li> <li>• As intercorrências clínicas e gestacionais foram mais frequentes no Sul e Sudeste, exceto hipertensão crônica, que foi mais prevalente no Nordeste, e as síndromes hipertensivas gestacionais, que foram mais frequentes no Centro-Oeste.</li> </ul>
<p><b>Assistência pré-natal de mulheres segundo o risco materno e macrorregiões do Brasil.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A proporção de mulheres sem nenhuma assistência pré-natal foi 60% maior no Norte que a média nacional;</li> <li>• As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram maior prevalência de mulheres com início precoce do pré-natal, e a Sudeste, a maior cobertura de mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal;</li> <li>• O recebimento de cartão da gestante cobriu quase a totalidade das mulheres. Entretanto, nem todas apresentaram o cartão na admissão para o parto;</li> <li>• A cobertura no país de pelo menos um exame VDRL e um HIV na gestação foi de 88% e 79%, respectivamente, tendo as regiões Norte e Nordeste as menores prevalências;</li> <li>• A cobertura dos exames de glicemia e EAS foi próxima a 85%, tendo a região Sul a maior prevalência;</li> <li>• Com relação à ultrassonografia, a região Norte apresentou o maior déficit, com cobertura inferior a 70%;</li> <li>• As mulheres com intercorrências tiveram melhores indicadores de pré-natal que as mulheres sem intercorrências. A cobertura de exames VDRL e HIV também foi superior;</li> <li>• As regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores prevalências com relação à adequação do pré-natal (início precoce e número de consultas).</li> </ul>

**Fonte: Adaptado de Leal et al., 2020.**

Diante disso, os resultados do estudo identificaram que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os piores resultados neonatais, maiores desigualdades regionais e



piores desfechos entre as mulheres com intercorrências.

Desde 1990, a cobertura da assistência pré-natal cresceu 90% em todas as regiões. Porém, no Norte (42,2%) e Nordeste (34,3%) as gestantes encontraram mais dificuldade para realizar o mínimo de consultas recomendadas; 46% das mulheres iniciaram o pré-natal tardiamente ; menos de 60% das mulheres disseram que foram orientadas sobre a maternidade de referência, a menor proporção nesse quesito se encontra no Norte e no Nordeste, causando o descumprimento da Lei da vinculação n. 11.634/; e a região Nordeste apresenta maior risco de peregrinação para admissão durante o trabalho de parto, o que aumenta os riscos de complicação para a mulher e ao bebê (NASCER NO BRASIL, 2022).

Além disso, o indicador de raça/cor é um marcador importante para analisar as experiências discriminatórias e iniquidades em saúde e evidencia relação com baixa renda, ocupações menos remuneradas e pouca escolaridade no contexto do acesso e da qualidade da assistência à saúde (LESSA et al., 2022). O cenário é de desigualdade de acesso à saúde em todo o Brasil de mulheres brasileiras autodeclaradas negras que tiveram menor chance de receber um cuidado adequado no pré-natal.

Nesse sentido, ocorre a associação negativa entre a cor da pele e importantes atividades que devem ocorrer para um pré-natal seguro, como o início do pré-natal com 12 semanas ou menos, o número de consultas igual ou superior a seis, realização de testes de HIV e VDRL, exame das mamas em todas as consultas, orientações referentes ao trabalho de parto, sinais de risco indicativos de emergência obstétrica e aleitamento materno e orientações relacionadas à maternidade de referência (LESSA et al., 2022).

Uma pesquisa sobre tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna mostra que as causas das mortes foram majoritariamente evitáveis (KALE et al., 2021). desde o ano 2000, os óbitos infantis concentram-se próximo ao nascimento e as principais causas estão relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Outro dado importante mostra que foi observada tendência favorável de aumento da mortalidade para filhos de mães com baixa escolaridade, demonstrando desigualdades.

Dessa forma, de acordo com o estudo que analisa o acesso à assistência pré-natal, o Brasil apresentou declínio anual da taxa de mortalidade materna nas últimas duas décadas, alcançando redução de 43% entre 1990 e 2013, além do aumento importante da cobertura da atenção pré-natal nos últimos dez anos. No entanto, o país mantém elevado o nível de inadequação e disparidades regionais e sociais na cobertura e na qualidade dos serviços

ofertados (NUNES et al., 2017), e os números de mortalidade materna não apresentam queda significativa no Brasil desde 2014. Isso acontece, em geral, devido às situações que poderiam ter sido identificadas durante o pré-natal e, especialmente, nos momentos próximos ao nascimento (AGÊNCIA BRASIL, 2022).

De acordo com o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), a Covid-19 e a mortalidade materna alcançaram níveis elevados. O Brasil é o país com o maior número de óbitos maternos e uma taxa de letalidade de 7,2%, maior do que o dobro atual de 2,8%. Ainda, os óbitos maternos do primeiro semestre de 2021 (911 óbitos) superaram os de 2020 (544 óbitos) (CASTRO, 2021).

Diante disso, a redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal permanece distante do esperado para o nível de desenvolvimento social e econômico do Brasil. Conforme Pacagnella (2022), em entrevista à Agência Brasil, a redução da mortalidade materna só é possível mediante o entendimento social sobre a importância da mulher como figura central na formação social do país e de políticas públicas que assegurem acesso e assistência com qualidade nos serviços de saúde materno-infantil da atenção primária até os serviços de emergência.

Nesse sentido, a assistência pré-natal no país alcançou cobertura praticamente universal. No entanto, ainda persistem desigualdades no acesso ao cuidado adequado que poderia reverter os indicadores de morte materna, neonatal e perinatal. Os estudos apontam como estratégias essenciais para facilitar a garantia e a realização de cuidados efetivos em saúde a ampliação do acesso à Atenção Primária ao ingresso precoce no pré-natal e o contato com os serviços de saúde tanto em atendimentos individuais quanto coletivos para às populações socialmente menos favorecidas (NUNES et al., 2017).

Ademais, Kale et al. (2021, p. 03) aponta que as Políticas Sociais intersetoriais contribuem para a queda da mortalidade infantil e para a redução de desigualdades, e cita como exemplos a distribuição de riquezas e o Programa Bolsa Família; as políticas de saúde materno-infantil, como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e o Método Canguru; o aumento da escolaridade materna; a redução da fecundidade; e a universalização da assistência por meio do SUS.

(...) o Brasil difere em numerosos aspectos, que vão do acesso ao número de consultas, passando por seus conteúdos, periodicidade e profissionais de saúde envolvidos em sua realização. Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de

atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família (CRUZ et al., 2014, p. 6).

O Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), avaliou a institucionalização da Rede Cegonha (RC), que possibilitou mudanças importantes nas atitudes dos profissionais e melhorias na estrutura física das maternidades do SUS, por exemplo. Além disso, esse grupo aponta diversos desafios, como a garantia da ambiência adequada para o processo fisiológico do parto, sobretudo para as gestantes com deficiência motora, visual e auditiva; o estímulo à qualificação da assistência ao parto e ao nascimento, assim como à manutenção de investimentos na qualificação dos processos, no financiamento e na inserção de novos profissionais.

Dessa forma, as ações da RC devem ser monitoradas e avaliadas regularmente, pois o exercício da avaliação aproxima o planejamento em saúde da prática do cuidado para manter a qualidade dos serviços. Assim sendo, é essencial criar espaços que estimulem o exercício do controle social e do cuidado compartilhado a partir da participação das usuárias. É nesse sentido que os avanços alcançados da RC precisam ser ampliados (NASCER NO BRASIL, 2022).

Por outro lado, para as gestantes de alto risco, é fundamental ofertar um acompanhamento diferenciado do pré-natal de baixo risco, pois demanda técnicas mais especializadas. Dessa maneira, elas necessitam do nível secundário e terciário de assistência em saúde; maior número de consultas com especialistas; realização de testes e exames; uso de medicações específicas; cuidados mais intensivos com a saúde da mulher e do bebê; e sistemas estaduais de referência para gestantes de alto risco (BRASIL, 2020).

De acordo com as portarias (nº 3.016 de 19/6/98; nº 3.477 de 20/8/1998 e nº 3.482 de 20/8/1998), os sistemas devem atender a critérios mínimos fixados, como a manutenção de um comitê de estudo de mortalidade materna; de estudo de mortalidade neonatal; de comissão de infecção hospitalar; do serviço de assistência pré-natal; e de planejamento familiar à gestante de alto risco e de equipe interdisciplinar, incluindo acompanhamento social e psicológico (TAVARES, 2011).

Diante disso, é imprescindível que a assistência pré-natal ocorra por meio da integração de condutas acolhedoras, a partir do desenvolvimento de ações educativas e preventivas sem

intervenções desnecessárias, da detecção precoce de patologias e de risco gestacional, do vínculo entre o pré-natal e o local do parto, além do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (VIELLAS et al., 2014).

### 3.4 SERVIÇO SOCIAL E PRÉ-NATAL: IMPORTANTE ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO CUIDADO ÀS GESTANTES

Ao discutir sobre o trabalho do serviço social na saúde, Costa (2000) reflete que as atuais contradições presentes no processo de racionalização e reorganização do SUS agem como principais vetores das demandas para o Serviço Social, na medida em que, ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população na saúde, as(os) assistentes sociais interferem e criam um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde público no Brasil.

Dessa forma, essa profissão apresenta uma renovação na sua feição acadêmica e profissional, guiada pelo Código de Ética e pela Lei Federal n. 8662/93, por uma direção social em prol da afirmação dos direitos de cidadania, pelo reconhecimento das efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais e pelo processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos e todas (IAMAMOTO, 2022).

Nesse viés, Silva (2021) realizou uma análise das produções do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) com o objetivo de compreender as tendências da ação profissional do Serviço Social inserido na área da saúde, e concluiu que os desafios da profissão exigem a consideração do contexto de disputas no SUS, em que os acenos progressistas foram tímidos. Em razão disso, a profissão é chamada para atuar através dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e com os procedimentos técnico-operativos nas diversas manifestações da “Questão Social” que se expressam de forma transversal, tencionada pelas necessidades sociais e possibilidades concretas de atendimento.

Ressalta-se que o processo técnico da ação profissional e da formação não pode desconhecer a relação dessa qualificação com os fundamentos do SUS, a conjuntura de contrarreformas regressivas e do projeto ético-político do Serviço Social, e nem se submeter à flexibilização dos seus referenciais teórico-metodológicos com questionamentos difusos. A hegemonia das forças neoliberais trouxe para o país um conjunto de contrarreformas que vêm impondo sucateamento, descontinuidades, focalização, desfinanciamento, privatização dos serviços do SUS em detrimento da integralidade e universalidade, e como consequência o aumento do trabalho precarizado dos profissionais, inúmeras restrições ao acesso dos usuários, a

desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil (SILVA, 2021, p. 112).

Dessa forma, o contexto de disputas da saúde ao longo dos anos, a conjuntura de pessoas mais doentes, com serviços públicos desestruturados, restritivos e desfinanciados, somados com o empobrecimento da população, a precarização e o enxugamento das políticas públicas, especialmente de assistência social, tornam ainda mais difícil a prestação do atendimento social, diante da ineficiência de um sistema de referência e contrarreferência, acesso à consultas, exames e encaminhamentos de pessoas para outro município, no momento mais frágil que exige ainda mais direito social (SILVA, 2021).

No atendimento às mulheres grávidas - embora não tenha sido encontrada referências bibliográficas sobre a problematização do acolhimento em Serviço Social junto ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - o projeto ético político da profissão, a condução técnica-operativa e os instrumentos técnico-operativos utilizados dão base para que a/o profissional operacionalize o acolhimento de acordo com os princípios e diretrizes do programa. Nessa razão, o acolhimento realizado por assistentes sociais deve estar em sintonia com o PHPN, por meio das práticas humanizadoras da assistência ao parto e do acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BARBOSA 2016).

Nesse sentido, é importante também pensar que uma política que vise a humanização na assistência em saúde tenha como um dos seus objetivos um sistema que garanta a mulher uma assistência ao parto com atendimento humanizado, acolhimento e cuidados adequados, que além do monitoramento na área da saúde para garantia dos direitos, se pense também em meios para que o conhecimento sobre assistência ao parto chegue a mais mulheres para que elas possam usar a sua autonomia. Portanto, deve-se pensar, através de gestores e trabalhadores, em um atendimento acolhedor, com escuta qualificada e o tratamento respeitoso, como parte de solução para melhorar as expectativas das mulheres que chegam ao serviço de saúde, para que dessa forma elas possam perceber que um atendimento adequado faz parte da rotina de serviço e é um direito que pode ser exigido (BARBOSA, 2016, p. 74).

Portanto, o Serviço Social está inserido na dinamicidade do processo interventivo, com o objetivo de garantir o acesso das mulheres grávidas aos diversos direitos sociais, construir uma relação de confiança para criação de vínculo e captação de informações para que sejam feitas as intervenções adequadas. Dessa maneira, na atenção ao pré-natal de alto risco (PNAR), o Ministério da Saúde preconiza o atendimento da gestante por equipe multidisciplinar, que inclui a/o profissional de Serviço Social. Isso permite, por meio do contato precoce da profissão com a gestante e a acompanhante, a identificação de indicadores de risco social, o que viabiliza

uma intervenção adequada.

A profissão tem o compromisso de contribuir na identificação das demandas, pensar propostas de intervenção e construir estratégias de enfrentamento frente às vulnerabilidades sociais, visto que o trabalho não se realiza independente do contexto histórico, político e social que o determinam e o definem (MOURÃO; SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Com base no Código de Ética do Serviço Social (1993), os profissionais são desafiados a desenvolver competências e habilidades para atuar diante das refrações da Questão Social, fazendo com que se potencialize o projeto ético-político, que tem em vista a liberdade, a defesa dos direitos humanos e a emancipação democrática dos sujeitos com justiça e equidade. Assim, a atenção ao pré-natal de qualidade é fundamental para o cuidado da mãe e do recém-nascido diante das desigualdades regionais, das barreiras no acesso, do número de óbitos maternos, fetais e neonatais que afligem o Brasil.

Para Costa (2000), diferentemente do processo de trabalho industrial, o processo de trabalho dos serviços se une em uma inter-relação pessoal intensa, constituindo-se em um processo de “interseção partilhada”. Portanto, “os(as) assistentes sociais embasados em seus conhecimentos ético-políticos e teórico-metodológicos, preparam-se para o enfrentamento e para responder as demandas trazidas por estas usuárias” (TERRES, 2005, p. 69).

Assim, somente uma visão de atendimento integral com uma ação interventiva à saúde que leve em consideração todo o contexto de vida de cada pessoa pode abarcar as demandas advindas dessas situações (MOURA, 2013). Portanto, a atuação do Serviço Social como forte colaborador da rede de proteção, acolhimento, apoio e geração de auxílio às mulheres grávidas é fundamental e precisa ser avaliada com especial atenção.

### 3.5 PRÉ-NATAL SOCIAL DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE-BA

Em 2018, foi discutido em reunião ampliada no Grupo Condutor da Rede Cegonha no município de São Francisco do Conde-BA, 03 óbitos fetais e infantis ocorridos em 2017 e investigados pelo Comitê Estadual para Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Foi observada a interferência de aspectos sociais no desfecho de alguns casos, sendo pontuada a relevância de ampliar o cuidado à gestante numa perspectiva multidisciplinar para além do aspecto biológico.

Como o município possui assistentes sociais em todas as Unidades de Saúde da Família (desde 2009) e nos serviços de média e alta complexidade, foi possível a inserção do Serviço

Social no atendimento de pré-natal no sentido de acolher, de intervir, de acompanhar e de identificar o perfil dessas mulheres e suas fragilidades, sendo fatores determinantes para a garantia do pré-natal seguro e atenta às demandas existentes, bem como traçar estratégias de ação e realizar os encaminhamentos necessários.

Logo, foi organizada uma rotina de atendimento do Serviço Social às gestantes na Atenção Primária (pré-natal de risco habitual) e Atenção Especializada (pré-natal de alto risco) por meio da pactuação do fluxo de atendimento social coordenado pelo Grupo de Trabalho da Rede Cegonha. Todo esse movimento foi intitulado de Pré-natal Social.

Sendo assim, durante os atendimentos realizados, são identificados alguns marcadores de riscos gestacionais por grande parte das gestantes de alto risco acompanhadas na rede especializada, que trazem associadas às suas demandas fisiológicas, vivências de vulnerabilidades sociais, como desemprego, insegurança alimentar, violência doméstica e familiar, racismo, conflitos familiares, falta de moradia, abandono do parceiro ou parceira, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, medo devido a aborto já sofrido; medo do diagnóstico de alguma patologia que a coloca em situação de alto risco podendo causar implicações psicológicas, no trabalho e na dinâmica familiar; diagnóstico de IST/Aids; uso abusivo de álcool e outras drogas; entre outras vivências de vulnerabilidades sociais que requisitam acompanhamento humanizado e especializado.

Além disso, conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), o significado de vulnerabilidade social está ligado diretamente à privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, entre outros) e/ou à fragilização dos vínculos afetivos (de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

Um estudo acadêmico realizado em São Francisco do Conde - Bahia para identificar o perfil socioeconômico das adolescentes grávidas são franciscanas atendidas pelo Centro de Referência à Saúde da Mulher no período de 2010 a 2013 demonstra que as adolescentes grávidas na sua maioria são solteiras, apresentam baixa formação educacional e recursos financeiros limitados para prover sua sobrevivência (68% são provenientes, principalmente, de programas sociais do governo municipal). Dessa forma, esse estudo conclui que os profissionais de saúde e/ou de áreas afins, com o apoio da secretaria da saúde e de desenvolvimento e ação social do município, precisam desenvolver ações que orientem sobre o planejamento familiar, a importância do acompanhamento pré-natal e sobre o tema de gravidez na adolescência (ALVES et al., 2015).

Os dados sobre a mortalidade infantil neonatal no estado da Bahia revelam que 67% das macrorregiões apresentaram redução. No entanto, a macrorregião Leste, que engloba o município estudado de São Francisco do Conde - BA, permanece em alta (12, 43 em cada mil NV). No período de 2013 a 2022, essa macrorregião apresentou uma média equivalente a 5,5 óbitos, com destaque para os anos de 2013, 2016 e 2018 que atingiram a maior taxa.

**Tabela 1 - Dados sobre mortalidade infantil neonatal no estado da Bahia.**

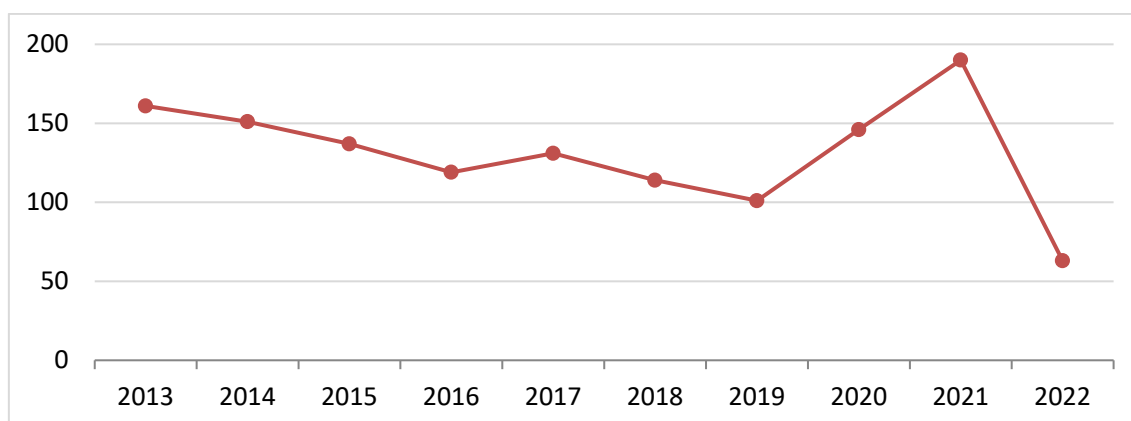
Metropolitana de Salvador	Candeias	13	16	11	20	12	14	16	18	17	8
Metropolitana de Salvador	Itaparica	1	8	5	2	6	1	2	4	3	1
Metropolitana de Salvador	Lauro de Freitas	40	37	29	21	32	27	28	27	27	18
Metropolitana de Salvador	Madre de Deus	3	4	2	6	6	5	2	3	5	1
Metropolitana de Salvador	Salvador	478	424	401	435	384	396	383	342	325	198
Recôncavo	Santo Amaro	4	7	10	5	10	5	2	4	10	5
Recôncavo	São Francisco do Conde	9	2	3	8	6	8	6	5	4	4
Recôncavo	São Sebastião do Passé	7	5	7	4	5	7	6	5	3	4
Recôncavo	Saubara	2	1	1	0	1	2	1	3	1	2
Metropolitana de Salvador	Vera Cruz	16	9	5	6	3	5	9	5	6	3
		63	57	55	67	61	74	77	71	67	37

**Fonte: SESAB et al., 2022.**

Diante disso, no período de 2013-2020, as maiores reduções nas taxas de mortalidade infantil neonatal foram apresentadas pelas macrorregiões Oeste (22,84%), Sudoeste (22,36%) e Centro Leste (16%) (CAMAB, 2022).

Em relação aos óbitos maternos, o estado apresenta uma oscilação nos resultados do indicador, com comportamento de crescimento em 2020 e 2021, conforme o gráfico 1.



**Gráfico 1 - Número de Óbitos Maternos, Bahia, 2013-2022\*.**

Fonte: SESAB et al., 2022.

\*Última atualização realizada em 11/08/2022.

Dessa forma, os números de óbitos maternos no estado da Bahia por macrorregiões indicam crescimento principalmente na macrorregião Leste que concentra a maior quantidade dos óbitos maternos. Além disso, o município de São Francisco registrou três (03) casos de mortalidade materna nos anos de 2019 e 2020 segundo a Secretaria de Saúde do Estado.

Os diálogos sobre a temática enfatizam que os objetivos de mudanças para melhoria da assistência pré-natal poderão ser alcançados por meio da constituição de um sistema de atendimento com garantia de serviços integrados, contínuos e de qualidade para as mulheres durante e após a gestação por meio de uma rede de saúde estruturada e organizada, com profissionais treinados e qualificados (AGÊNCIA BRASIL, 2022).

Portanto, é urgente a implementação de mudanças no ponto de vista da integralidade do cuidado e do aprimoramento das políticas de saúde da mulher, de modo a incluir a proteção de todas as gestantes e crianças e garantir qualidade e acesso aos serviços de saúde, com ênfase nas mulheres mais sujeitas à discriminação.

## 4 METODOLOGIA

Este trabalho é um Projeto de Intervenção baseado na minha experiência profissional como assistente social na Atenção Especializada às gestantes com classificação de alto risco.

Durante a minha vivência profissional, percebo que persistem entraves no processo de trabalho no pré-natal de alto risco, que comprometem a qualidade do cuidado às gestantes e o reconhecimento delas como figuras centrais do cuidado. O trabalho em equipe acontece de forma fragmentada de modo que ocorre uma centralização na tomada de decisões, a valorização de determinada categoria profissional em relação às outras categorias, descontinuidade no planejamento das ações e serviços e falta de monitoramento e avaliação das ações.

Dessa maneira, percebe-se que ocorrem deficiências nos encaminhamentos, além do não reconhecimento por parte de alguns profissionais sobre o papel do(a) assistente social como agente integrante da equipe de pré-natal, descumprimento do fluxo de pré-natal social que funcione em todas as Unidades de Saúde da Família e Atenção Especializada, o não cumprimento de questões mais específicas do pré-natal como o direito à vinculação e pactuação de protocolo de atendimento interdisciplinar, mas acima de tudo, falta de espaço para discussões, a exemplo de reuniões permanentes e educação em saúde.

Dessa forma, o Projeto de Intervenção foi escolhido diante da sua aplicabilidade e potencial de resolução de problemas práticos enfrentados por usuários e profissionais do SUS. Isso envolve técnica, mas é atravessado, sobretudo, pelo conjunto das relações sociais e políticas de um dado contexto (XAVIER et al., 2018) e pelo comprometimento com as causas populares, propondo a busca por soluções ou, ao menos, por esclarecimento de problemas identificados. Assim, isso deve ser compartilhado coletivamente na mesma organização ou profissão e disseminado para outras instituições.

A intervenção se dá por meio de um Plano de Ação construído com base nas fases da metodologia da intervenção-ação: (a) diagnóstico, (b) planejamento/ação e (c) avaliação.

A primeira fase é de diagnóstico da situação para compreender as reais necessidades do serviço e obter as informações necessárias para intervenção. É importante deixar claro o objetivo e a metodologia do trabalho. A segunda fase é de planejamento da ação, que será proposta como novos modelos para resolver o problema, aprofundar as críticas ouvidas pela equipe e contribuir com o serviço. A ação da proposta de mudança precisa ser aprovada pela gerência. A terceira fase é de avaliação para verificar os resultados e analisar os ensinamentos do processo realizado (THIOLLENT, 2011).

#### 4.1 LOCAL DA INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção será desenvolvido no município de São Francisco do Conde, no estado da Bahia, localizada na Região Metropolitana de Salvador (RMS) e região do Recôncavo Baiano.

Essa intervenção será implementada no Núcleo de Cuidados à Saúde da Mulher, localizado no Complexo de Saúde onde funciona também uma Unidade de Saúde da Família e um Centro de fisioterapia.

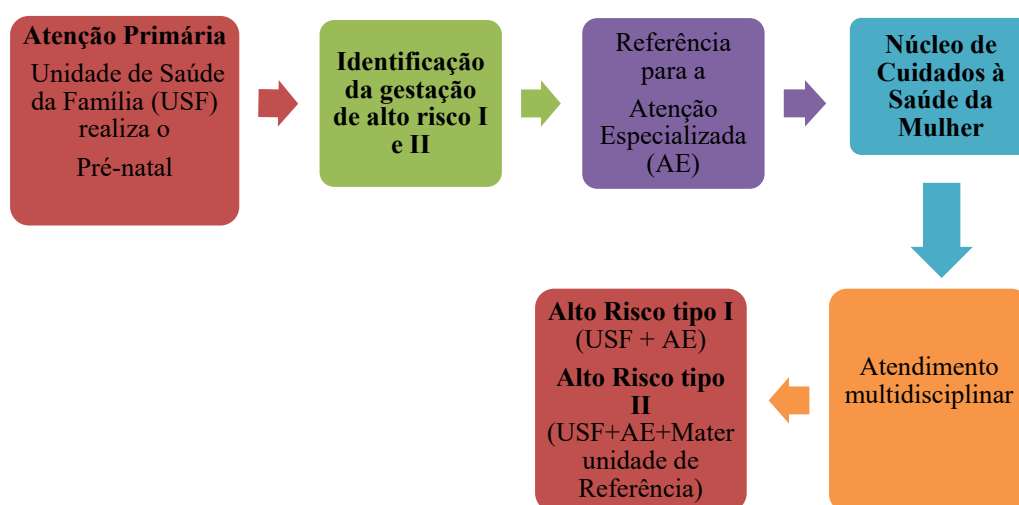
O endereço fica no distrito de Mataripe, conhecido como Caípe de Baixo, próximo à Refinaria de Mataripe e empresas de gás, situado entre os municípios de Madre de Deus e Candeias. São regiões consideradas mais distantes do centro do município, e uma parcela da população é composta por pescadores e marisqueiras/os.

O Núcleo faz parte da Atenção Especializada em Saúde e oferece atendimento de ginecologia (com inserção de DIU), obstetrícia/ pré-natal de alto risco, mastologia, fisioterapia, cardiologia, nutrição, ortopedia, psicologia e ultrassonografia.

A população é encaminhada por meio do sistema de marcação das Unidades de Saúde da Família, dos oito (8) bairros distritais, sendo eles: Caípe de Baixo, Caípe de Cima, Colmonte, Santo Estevão, Muribeca, Socorro e Jabequara; e duas ilhas: Ilha das Fontes e Ilha do Paty.

O encaminhamento das gestantes para esse sistema está representado no seguinte fluxograma:

**Fluxograma 1 – Encaminhamento das gestantes para as Unidades de Saúde da Família.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o município de São Francisco do Conde dispõe de uma área territorial correspondente a 269,715 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 126,24 hab/km<sup>2</sup> e comporta uma população estimada em 40.664 habitantes (IBGE, 2021). Porém, a Secretaria de Planejamento (SEPLAN) elaborou o diagnóstico socioeconômico do município estimando o quantitativo da população em 2019 equivalente a 69.950 habitantes, e o montante de 19.594 domicílios, o que diverge consideravelmente da estimativa levantada pelo Censo de 2010 elaborado pelo IBGE.

Dessa forma, mais de 90% da população é franciscana é negra e apresenta fortes heranças das culturas africanas expressos na prática da religião de matriz africana como o Candomblé e a Umbanda. A cidade é conhecida como uma das retaguardas da cultura afro-brasileira (BEDAM, 2017).

Em 2014, foi instalada a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) que incentiva a educação superior no município e região. Com isso, a chegada de estudantes africanos que passaram a residir no município estimulou o fortalecimento do comércio e o aluguel de casas.

Ademais, esse município é considerado um dos mais ricos do Brasil e o terceiro mais rico da região Nordeste. A grande parte da riqueza vem das contribuições de impostos das produções e refino de petróleo pela refinaria. De 1550 até final de 1800, a principal economia do Recôncavo estava nas usinas e engenho de açúcar. A partir de 1950, a exploração do petróleo passou a ser contínua, liderando a economia da região e do município até os nossos dias (BEDAM, 2017).

A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 23,1%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 42,5% da população estavam nessas condições. Ainda, a cidade possui um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 210.629,40 e 84% das receitas são oriundas de fontes externas. Além disso, apresenta 67,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 50,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 66% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2019).

A Rede de Saúde do município é composta pelos serviços de Atenção Primária (AP), com dezesseis Unidades de Saúde da Família (USF) e uma Farmácia Básica; Atenção Especializada (AE) com serviços de Média e Alta Complexidade com dois centros de cuidados

à saúde da mulher, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo Integrado de Cuidados a Criança e a Pessoa com Doença Falciforme, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospital de Emergência e Tratamento Ambulatorial; e Vigilância em Saúde com um departamento de Vigilância Sanitária e Ambiental (VISA), Vigilância Epidemiológica (VIEP) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).

#### 4.2 ENVOLVIDOS NA PROPOSTA

Os atores envolvidos nessa intervenção são profissionais que atuam direta e indiretamente no pré-natal de alto risco; gerência administrativa (1); auxiliar administrativo (1); assistente social (1); enfermeira (1); técnica de enfermagem (1); nutricionista (1); psicóloga (1); e médico obstetra.

Por se tratar de um projeto de intervenção, o interventor deve estar inserido por completo em torno de um interesse comum para observar, pensar, agir e contribuir na solução do problema coletivamente.

## 5 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), para garantir uma atuação competente e crítica da profissão na saúde é preciso estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS, conhecer as condições de vida e trabalho dos sujeitos, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, facilitando o acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a interdisciplinaridade e superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CFESS, 2010).

Desse modo, como ressalta Rojas (2009), o projeto de trabalho não é um mero instrumento e um manual a ser seguido. Este deve condensar as possibilidades e os limites que existem para que o profissional possa executar suas tarefas e iluminar o processo constante de avaliação da eficácia de seus instrumentos, técnicas e conhecimentos para alcançar as metas propostas. Não menos importante, o projeto de trabalho deve estar articulado aos elementos presentes no espaço sócio-ocupacional, assim como referenciados pelos compromissos profissionais.

Dessa maneira, apontam-se ações estratégicas para o trabalho do Serviço Social, no sentido de contribuir para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento durante o pré-natal, na assistência ao parto e ao puerpério. Pois a qualificação da atenção ao pré-natal e a coordenação e integralidade do cuidado no nascimento têm potencial impacto sobre as taxas de prematuridade e na redução da taxa de morbimortalidade infantil.

Após a sistematização do problema identificado no serviço de pré-natal de alto risco, foi elaborado um Plano de Ação que pode contribuir para a melhoria dos bons resultados, desempenho, processo de trabalho, atendimento em saúde e, sobretudo, na garantia dos direitos reservados à mulher grávida.

Assim, para cada objetivo específico, foi desenvolvido um conjunto de atividades, de modo a reorganizar a micropolítica do cuidado, a partir da clínica ampliada e das contribuições do profissional assistente social e, por fim, construir uma proposta de trabalho que sirva de modelo para outros serviços de atendimento à saúde da gestante no pré-natal de alto risco.

Desse modo, o presente projeto propõe intervenções no campo da gestão, assistência e educação permanente no serviço de pré-natal de alto risco em vista da melhoria e qualidade do cuidado às gestantes do município de São Francisco do Conde - BA, a partir de espaços para

discutir as atribuições e fragilidades com a equipe, planejar e implementar ações de melhoria da prática e avaliar o processo da intervenção.

Assim, toda a equipe estará envolvida no processo de intervenção, pois é necessária a sincronicidade dos profissionais para que as atividades fluam de forma integrada e compartilhada.

## 6 CRONOGRAMA

<b>Fases/Atividades</b>	<b>Semestre I</b>	<b>Semestre II</b>	<b>Semestre III</b>	<b>Semestre IV</b>
<b>Fase I</b>				
<b>Seleção de materiais bibliográficos;</b>				
<b>Construção do Referencial Teórico;</b>				
<b>Discussão com o orientador.</b>				
<b>Fase II</b>				
<b>Definição do tema, levantamento e elaboração do projeto</b>				
<b>Qualificação, relatórios e elaboração do plano de ação</b>				
<b>Submissão do trabalho, apresentação e correção</b>				
<b>Encaminhamento do exemplar do projeto de intervenção ao mestrado.</b>				

## 7 ORÇAMENTO

Quadro 2 – Material Permanente.

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
<b>Notebook <i>Samsung</i> Essentials E21</b>	<b>01</b>	<b>1890,00</b>	<b>1890,00</b>
<b>Impressora <i>Samsung</i> SL-M2020 Monocromática Laser Xpress</b>	<b>01</b>	<b>1.200,00</b>	<b>1200,00</b>
<b>Total</b>			<b>3090,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 – Material de Consumo.

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
<b>Caneta</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>12,00</b>
<b>Lápis</b>	<b>06</b>	<b>0,50</b>	<b>3,00</b>
<b>Apontador</b>	<b>03</b>	<b>1,00</b>	<b>3,00</b>
<b>Borracha</b>	<b>03</b>	<b>1,00</b>	<b>3,00</b>
<b>Papel A4</b>	<b>02 pacotes (500 un)</b>	<b>18,00</b>	<b>36,00</b>
<b>Total</b>			<b>57,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Serviços.

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
<b>Cópias</b>	<b>1000</b>	<b>0,25</b>	<b>250,00</b>
<b>Encadernação</b>	<b>07</b>	<b>3,00</b>	<b>21,00</b>
<b>Revisão linguística</b>	<b>01</b>	<b>250,00</b>	<b>250,00</b>
<b>Total</b>			<b>521,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora.



Quadro 5 – Transporte.

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
<b>Vale – transporte</b>	<b>150</b>	<b>4,36</b>	<b>654,00</b>
<b>Total</b>			<b>654,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Orçamento Total.

<b>Descrição</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
<b>Material Permanente</b>	<b>3090,00</b>
<b>Material de Consumo</b>	<b>57,00</b>
<b>Serviços</b>	<b>521,00</b>
<b>Transporte</b>	<b>654,00</b>
<b>Total</b>	<b>4322,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## 8 RESULTADOS ESPERADOS

A partir da construção deste projeto, espera-se que o Núcleo de Cuidados à Saúde da Mulher aprove e aplique o Plano de Ação para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, com vistas à melhoria do indicador materno-infantil, para a garantia dos direitos das gestantes e reafirmação do projeto ético-político do Serviço Social, inserido na dinamicidade do processo interventivo, com o objetivo de garantir o acesso das mulheres grávidas aos diversos direitos sociais, construir uma relação de confiança para criação de vínculo e captação de informações para que sejam feitas as intervenções adequadas.

Espera-se, também, que a equipe de saúde reavalie as suas práticas nas respostas aos problemas e situações de saúde das gestantes de alto risco, incorporando, como característica da equipe, o acolhimento, a integralidade, a humanização, a partir de um espaço de socialização e troca de saberes, tornando-se experiência exitosa de qualidade do pré-natal de alto risco.

Desse modo, almeja-se que o produto técnico (Plano de Ação), assim como o uso adequado de tecnologias sociais e sua aplicabilidade no setor de trabalho seja um potente instrumento de impacto e transformação da realidade institucional e, principalmente, para a população usuária, sobretudo para as gestantes. Além disso, espera-se que os profissionais, as gestantes e os acompanhantes possam perceber que o atendimento adequado, acolhedor, com escuta qualificada e o tratamento respeitoso é um dever e fazem parte da rotina do serviço.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Leila Gadea et al. **Perfil socioeconômico de adolescentes grávidas atendidas no centro de referência da saúde da mulher na cidade de São Francisco do Conde–BA.** 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Proposta básica para o projeto de formação profissional:** novos subsídios para o debate. Recife, 1996.

BAHIA. **Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB).** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. Acesso em: 07 de nov. 2022.

BARBOSA, Yara Taise Andrade. **Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Acolhimento e Serviço Social:** Reflexões em Torno dos Saberes Produzidos. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: 70 Ed. 2010.

BEDAM, Amadú Victor. **A imagem da África no Recôncavo baiano:** conceitos sobre africanos em São Francisco do Conde-Bahia. 2017.

BAHIA. GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **A Rede Cegonha.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/redecegonha/>. Acesso em: 30 out. 2020.

BRASIL. IBGE. **Cidades, 2019.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso: em: 30 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de set de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 1 nov. 2020.

BRASIL. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011: Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha.** Disponível em: [encurtador.com.br/gjwzD](http://encurtador.com.br/gjwzD). Acesso em: 1 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília. 2004.

BRASIL. **Portaria de Consolidação das normas sobre as Redes do SUS, nº 3 de 28 de setembro de 2017**. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**. Norma Operacional Básica NOB/SUA. Disponível em:

[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 03 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. M. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF. 2009. p. 197-217.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 18, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

CASTRO, Regina. Observatório Covid-19 destaca alta mortalidade materna. FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna>. Acesso: 18 de out. 2022.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 61-177, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CÓDIGO de Ética do/a Assistente Social. 10. ed. rev. atual. Brasília (DF): CFESS, 2012.

COSTA, C. **Serviço Social no contexto da maternidade perante grávidas de risco social**. Disponível em: <https://servicosociaisauade.wordpress.com/saudematerna/>. Acesso em: 29 out. 2020.

CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; MALAQUIAS, Batista Filho. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 18, n. 1, p. 87-94 2014. ISSN 1415-2177.

DA COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GANDRA, Alana. Brasil teve, em 2021, 107 mortes de mães a cada 100 mil nascimentos. **Agência Brasil**. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasil-teve-em-2021-media-de-107-mortes-cada-100-mil-nascimentos>. Acesso em: 12 out. 2022.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, C. A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, C. A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. - São Paulo: Atlas. 2008. 220 p

GONÇALVES, D. A. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GUEIROS, D. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Serviço Social & Sociedade**, n. 71, ano 23, São Paulo set. 2002. p. 102-121.

KALE, Pauline Lorena. *et al.* Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. **Artigo Original Rev. bras. Epidemiol.** 24 (suppl 1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/CXjJGmhPxYgnRh65dtfxqvR/?lang=en>. Acesso em: 4 abr. 2022.

LEAL, Maria, et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Artigo Original Rev. Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/165868/158747>. Acesso em: 23 de nov. 2022.

LEAL et al. **Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da rede cegonha**. 2021. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha\\_Sumario.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf). Acesso em: 11 abr. 2023.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde debate**, v. 38, n. 101. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>. Acesso em: 11 de abr de 2023.

LESSA, M. S. DE A. et al. Prenatal care of Brazilian women: racial inequalities and their implications for care. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, 2022.

MALDONATO, M. T. **Psicologia da Gravidez, parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo. 1997.

MOURA, E. S. **O perfil das gestantes atendidas pelo HUB e as principais vulnerabilidades sociais que permeiam o seu cotidiano**. 2013.

MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Cortez Editora, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOURÃO, A. M. A.; SOUZA, A. I.; OLIVEIRA, M. L. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da UFJF. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo. Ed. Cortez. 2006.

NOVAES, Marcos Bidart Carneiro; Gil: Antonio Carlos. A pesquisa-ação participante como estratégia metodológica para o estudo do empreendedorismo social em administração de empresas. **Rev. Adm. Mackenzie**, v. 10, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ram/a/dwqhBYxbFvRww85Ypw5tkbr/?lang=pt>. Acesso em: 23 de jan. 2023.

NUNES, A. D. da S.; AMADOR, A. E.; DANTAS, A. P. de Q. M.; AZEVEDO, U. N. de; BARBOSA, I. R. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 3, 2017. Doi: 10.5020/18061230.2017.6158. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6158>. Acesso em: 4 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde materna**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 07 nov. 2022

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl.1, Rio de Janeiro. 1998.

PARÂMETROS para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, nº 2. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MwhZy3WfgBgxnr9g7rdSqdh/?lang=pt>. Acesso em:

ROJAS, Berenice. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: **CFESS/ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009

SANTANA, Jaciara de et al. **São Francisco do Conde e o enigma da riqueza e pobreza no Recôncavo Baiano**. 2011.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, Débora Cristina da et al. **Tendências da ação profissional do serviço social em relação à saúde**: uma análise a partir das produções do CBAS. 2021.

da Silva, Débora Cristina. **Tendências da ação profissional do serviço social em relação à saúde**: uma análise a partir das produções do CBAS, 2021. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social 144 p., Florianópolis, 2021.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no Profae/RS. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 318-24, 2007.

TERRES, B. M. **A gravidez de alto risco e a contribuição do serviço social na perspectiva dos direitos reprodutivos e da consolidação da cidadania**. Tese de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/118484>. Acesso em: 4 abr. 2023.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

VENTURA, Miriam. **Progresso das Mulheres no Brasil 2003**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1 p. S85-S100. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?lang=pt>. Acesso em: 9 agosto de 2021.

**ANEXOS**



## ANEXO A – PLANO DE AÇÃO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

UNIDADE: Núcleo de Cuidados à Saúde da Mulher/ Secretaria Municipal da Saúde/ Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde-BA.						
O quê? (What?)	Porque? (Why?)	Quem? (Who?)	Quando (When?)	Onde (Where?)	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)
Necessidade de atuação (Ação)	Justificativa / benefícios	Responsável	Prioridade	Qual área	Atividades necessárias para implementar	Recursos financeiros necessários
Descrever as fragilidades que interferem no atendimento de pré-natal.	<p>Verificar o conhecimento dos profissionais participantes sobre a assistência ao pré-natal de alto risco;</p> <p>Por meio do trabalho em equipe, é essencial estabelecer as competências e atribuições dos profissionais. Para isso, é necessário aprofundar os documentos oficiais (manuais técnicos, código de ética profissional, lei de regulamentação da profissão e referencial teórico);</p> <p>Ter clareza sobre os papéis profissionais e evidenciar a importância de cada profissional no espaço de cuidado às gestantes;</p> <p>Problematizar a realidade do trabalho em equipe e quais os motivos para a centralização da razão em determinada categoria profissional.</p>	<p>Gerência administrativa;</p> <p>Recepcionista; Auxiliar administrativo;</p> <p>Assistente social;</p> <p>Enfermeira; Técnica de enfermagem;</p> <p>Nutricionista;</p> <p>Psicóloga;</p> <p>Fisioterapeutas;</p> <p>Médicos obstetra.</p>	2º semestre de 2023	Sala de reunião	<p>Realizar um seminário de apresentação com o tema: "As atribuições de cada profissional no pré-natal de alto risco no Núcleo de Cuidados à Saúde da Mulher";</p> <p>Apresentar a proposta de trabalho à coordenação previamente para autorização e apoio durante a abertura do seminário;</p> <p>Iniciar com Dinâmica quebra-gelo "Quem sou eu?". (Fazer com que cada profissional fale um pouco de si e da sua trajetória profissional);</p> <p>Em seguida cada profissional deverá abordar os seguintes pontos:</p> <p>a) Quais as competências e atribuições profissionais? (definição e objeto de trabalho).</p> <p>b) Tem acesso e utiliza os protocolos de atendimento ao pré-natal de alto risco?</p> <p>b) Qual a responsabilidade no pré-natal de alto risco?</p> <p>c) Quais as dificuldades que existem?</p> <p>d) O que pode ser feito para enfrentar os problemas mencionados?</p> <p>Encerrar com a Dinâmica "Trabalho em Rede" (Fortalecer o trabalho em equipe e valorização de cada profissional);</p> <p>Utilizar técnica de <i>Observação Participante</i> por meio do roteiro de observação e Diário de campo para possibilitar a sistematização das informações;</p> <p>Pactuar a data do próximo encontro de equipe.</p>	<p>Datashow;</p> <p>notebook;</p> <p>Documentos oficiais como material bibliográfico;</p> <p>Cordão e pacote de bola;</p> <p>Ata da reunião;</p> <p>Câmera fotográfica.</p>
Planejar ações de melhoria da prática da assistência ao pré-natal de alto risco na Atenção Especializada.	<p>Provocar a reflexão e a transformação das opiniões e das práticas;</p> <p>Propor mudanças a partir dos dados da primeira fase;</p> <p>Promover encontros (reuniões) mensais com todos os profissionais envolvidos de modo a desenvolver uma nova proposta de trabalho em equipe.</p>	<p>Gerência administrativa;</p> <p>Assistente social;</p> <p>Enfermeira;</p> <p>Técnica de enfermagem;</p> <p>Nutricionista;</p> <p>Psicóloga;</p> <p>Fisioterapeutas;</p> <p>Médico obstetra.</p>	2º semestre de 2023	Sala de reunião	<p>Escolher adequadamente um dia da semana de cada mês para reunião mensal e garantir turno na agenda dos profissionais;</p> <p>Criar um roteiro norteador para reuniões validado junto à equipe;</p> <p>Iniciar um programa de Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005);</p> <p>Construir uma agenda de Educação Permanente em Saúde com temas relacionados ao SUS, saúde da mulher grávida, direitos e deveres;</p> <p>Incentivar a participação em capacitações, cursos, Telessaúde, grupo de trabalho, congressos e eventos do SUS;</p> <p>Utilizar instrumentos como estudos de casos, elaboração de painéis, dinâmicas, rodas de conversas e Plano Terapêutico Singular;</p> <p>Registrar em livro ata.</p>	<p>Ata da reunião;</p> <p>Câmera fotográfica;</p> <p>Recurso Audiovisual (datashow).</p>

Implementar atendimento interdisciplinar na assistência ao pré-natal de alto risco na Atenção Especializada.	<p>É necessário elaborar e pactuar fluxos e protocolos de trabalho com a equipe de pré-natal de alto risco;</p> <p>Construir agendas típicas e trabalho intersetorial;</p> <p>Adotar políticas de integração entre os profissionais na perspectiva da clínica ampliada.</p>	<p>Assistente social;</p> <p>Enfermeira; Técnica de enfermagem;</p> <p>Nutricionista;</p> <p>Psicóloga;</p> <p>Fisioterapeutas;</p> <p>Médico obstetra.</p>	2º semestre de 2023	Sala de reunião	<p>Instituir encontros (reuniões) quinzenais para Discussão de Caso, Apoio Matricial e Planejamento Terapêutico Singular (PTS);</p> <p>Construir o Fluxo de Atendimento de pré-natal que inclua atendimento de enfermagem, de serviço social, de medicina, de nutrição e de psicologia;</p> <p>Garantir o uso da Referência e Contrarreferência nos três níveis de atenção;</p> <p>Garantir o registro no Caderno da Gestante em todas as consultas de pré-natal;</p> <p>Garantir o Pré-natal Social, atendimento do Serviço Social em todas as consultas de pré-natal;</p> <p>Garantir o agendamento de retorno das consultas e exame de ultrassonografia e morfológica;</p> <p>Pactuar com a Atenção Primária e a maternidade municipal a garantia da Vinculação na maternidade;</p> <p>Realizar Ciclos de Salas de Espera (semanal) para as gestantes e acompanhantes (montar uma programação com temas e profissional responsável);</p> <p>Criar o Grupo de Gestantes com a equipe (mensal);</p> <p>Construir uma agenda de temas sugeridos pela equipe e pelas gestantes para serem trabalhados a cada mês.</p>	<p>Ata da reunião;</p> <p>Câmera fotográfica;</p> <p>Recurso Audiovisual (datashow).</p>
Pré-natal Social	No que se refere ao trabalho do Serviço Social na assistência especializada ao pré-natal de alto risco no Núcleo de Cuidados à Saúde da Mulher, é importante destacar algumas contribuições essenciais para o processo de ordenamento do cuidado materno no serviço.	Assistente Social e estagiárias de Serviço Social	2º semestre de 2023	Sala de reunião	<p>(a) Acolhimento social e escuta qualificada às gestantes;</p> <p>(b) Atendimento de pré-natal social em todas as consultas de pré-natal com enfermeira e médico obstetra;</p> <p>(c) Orientação aos familiares/rede de apoio social no processo de saúde e doença;</p> <p>(d) Referência e articulação com a rede intersetorial e intrassetorial;</p> <p>(e) Orientação sobre Planejamento Familiar e violência doméstica;</p> <p>(f) Encaminhamento para a inserção do DIU e outras contracepções por meio do fluxo pactuado com as assistentes sociais das Unidades de Saúde da Família;</p> <p>(g) Referência para maternidade de alto risco;</p> <p>(h) Mediação para garantia do transporte para consultas nas maternidades de alto risco;</p> <p>(i) Mediação para garantia de exames básicos e de complexidade no período gestacional;</p> <p>(j) Sala de espera e rodas de conversas com temas voltados à saúde, direitos e deveres na fase da gravidez e puerpério;</p> <p>(k) Vinculação para maternidade de referência;</p> <p>(l) Discussão de caso com profissionais da rede de saúde e assistência social;</p> <p>(m) Coordenador do grupo de gestantes.</p>	
Avaliar o processo de intervenção na assistência ao pré-natal de alto risco na Atenção Especializada.	Analisar os resultados e os ensinamentos úteis do processo realizado.	<p>Gerência administrativa;</p> <p>Recepcionista;</p> <p>Auxiliar administrativo;</p> <p>Assistente social;</p> <p>Enfermeira;</p> <p>Técnica de enfermagem;</p> <p>Nutricionista;</p> <p>Psicóloga;</p> <p>Fisioterapeutas;</p> <p>Médicos obstetra.</p>	Anual	Sala de reunião	<p>Aplicar o instrumento de avaliação de resultados dos seguintes critérios:</p> <p>a) Identificação e resolução do problema;</p> <p>b) Engajamento dos envolvidos;</p> <p>c) Continuidade da Ação;</p> <p>d) Qualidade do trabalho em equipe.</p> <p>Elaborar relatório de avaliação para registro, apresentações e divulgação do trabalho para o município, em eventos e congressos.</p>	<p>Ata da reunião;</p> <p>Câmera fotográfica.</p>