

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**DINORÁ HOEPER**

**UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA  
AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO  
NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE  
DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre, 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

**UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA  
AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO  
NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE  
DE PORTO ALEGRE**

**Dinorá Hoeper**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

**Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin**

Porto Alegre, maio, 2006

Para meus pais

Carlos Henrique (*in memoriam*) e Esther,  
pelo amor incondicional em todas as circunstâncias.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ronaldo Bordin, cuja orientação segura e competente permitiu que este trabalho chegasse a bom termo.

Ao Dr. Antônio Cláudio E. Moreira da Silva, pela confiança demonstrada e pelo auxílio na realização do grupo focal com os médicos obstetras.

À Dra. Lenara Keiko Amakawa, pelo auxílio na realização do minigrupo com os médicos de família e comunidade.

À Coordenação da Rede de Atenção Básica de Porto Alegre pela permissão para a realização deste estudo.

Aos colegas médicos que participaram dos dois encontros pela disponibilidade em compartilhar suas opiniões sobre o protocolo e a assistência pré-natal em Porto Alegre.

À Dra. Maria da Glória Sirena e ao Dr. Airton Stein, do GHC, pelo “pronto atendimento”, sempre que solicitados.

À equipe da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal – Lori M<sup>a</sup> Gregory, Rosana B. Maiato, Silvia B. Demartini, Daniele C. Stein, Luci T. Lilges, Letícia D. Rodrigues e Vinicius L. dos Reis – que participa bravamente da luta cotidiana pela busca de qualidade na área da saúde.

À Enfermeira Taís Soares Feldens, pela parceria nos embates diários na construção de um SUS mais humano.

E, *last, but not least*, para Dacanal, Clara e Pedro, pela paciência ao longo da duração deste curso.

*Falo assim sem saudade  
Falo assim por saber  
Se muito vale o já feito  
Mais vale o que será*

*E o que foi feito é preciso conhecer  
Para melhor prosseguir...*

*(Milton Nascimento e Fernando Brant)*

## RESUMO

Este trabalho de pesquisa, de enfoque qualitativo, consiste na verificação da utilização do Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica em saúde de Porto Alegre (UBS e PSF). Este é um protocolo baseado em evidências, contém e amplia as diretrizes do PHPN, foi elaborado por um grupo de profissionais da rede assistencial da SMS e implantado em final de 2002. Foram realizados dois grupos focais (*focus group research*), o primeiro com médicos de família e comunidade e o segundo com médicos obstetras utilizando um guia de temas que incluía legitimidade, conhecimento, acesso, flexibilidade e autonomia, mudanças no processo de trabalho, benefícios, limitações, danos e cerceamentos. Foi avaliada a aceitação, por parte dos médicos obstetras e médicos de família e comunidade, de protocolos em geral, e deste protocolo em particular, sendo que a maior parte destes profissionais considerou que trabalhar com protocolos pode organizar a assistência, otimizar recursos, proteger pacientes de práticas muito variadas, oferecer respaldo institucional e fornecer um padrão de assistência pré-natal qualificada, embora ainda persistam atitudes divergentes. Foi considerado, também, que todas as categorias profissionais que estejam envolvidas na atenção pré-natal deveriam ser convidadas a participar de sua elaboração e revisão. Constatou-se que algumas unidades não possuem o protocolo impresso, que o mesmo não é conhecido por todos os médicos obstetras, que a maior parte dos profissionais presentes aos encontros ainda utiliza métodos tradicionais de atualização do conhecimento e que poucos usam a Internet com esta finalidade. Foram reconhecidos como benefícios a regionalização da atenção secundária bem como o recebimento dos incentivos vinculados

ao cumprimento dos requisitos do SISPRENATAL, embora os relatórios gerados por este sistema de informações apontem para a existência de inúmeras falhas na rotina assistencial. Evidenciou-se que a integração entre os diversos programas de saúde pública existentes na Rede de Atenção Básica ainda é precária, que existem poucas atividades educativas e que a insuficiência de recursos humanos é vista como responsável pelo não cumprimento de algumas ações previstas no protocolo. Foram citados como cerceamentos a existência de recomendações muito prolixas, a assistência farmacêutica falha, problemas na manutenção de equipamentos, alguns valores e preferências das pacientes e a ausência de *feedback* sobre o que é produzido na rede. Como limitação importante foi citada a inexistência de fluxo para agravos de saúde mental e como grande mudança no processo de trabalho surgiu a questão dos registros da assistência prestada e a questão da fragmentação do trabalho. A partir destes resultados foram formuladas algumas sugestões para a otimização do uso do protocolo, entre as quais se incluem a instituição de coordenações de pré-natal na esfera das Gerências Distritais, a criação de espaços para educação permanente a partir das necessidades dos serviços, a inclusão de todos os servidores das UBS no Programa de Pré-natal, bem como a seleção de indicadores de processo e de resultados para futuras avaliações, além da publicização e disponibilização deste e de outros protocolos em formato eletrônico. Foi sugerida ainda a possibilidade de informação *on line* ao nível central quando da realização de exames, através da vinculação do número do SISPRENATAL da gestante à assistência farmacêutica, o que serviria também para detectar em que ponto seria necessário intervir para efetuar as correções necessárias.

UNITERMOS: Gestão em Saúde; Políticas de Saúde; Assistência pré-natal; protocolos clínicos.

## SUMÁRIO

Lista de siglas .....	9
Introdução .....	10
1. Definição do problema .....	12
2. Revisão teórica .....	15
2.1 A qualidade da assistência e o uso de protocolos clínicos .....	15
2.2 A atenção pré-natal.....	24
2.3 A situação de Porto Alegre .....	26
2.4 A atenção ao pré-natal de baixo risco em Porto Alegre .....	29
3. Objetivos.....	34
3.1 Objetivo geral.....	34
3.2 Objetivos específicos .....	34
4. Procedimentos metodológicos .....	35
5. Resultados.....	37
6. Discussão .....	47
Considerações finais .....	56
Referências .....	59
Anexo .....	62

## **LISTA DE SIGLAS**

AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CP – Exame citopatológico

EQU – Exame qualitativo de urina

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

Prá-Nenê – Programa de acompanhamento dos nascidos em Porto Alegre durante o primeiro ano de vida, com consultas mensais e vigilância nutricional

PSF – Programa de Saúde da Família

SINASC – Sistema de Informação de Nascimentos

SISPRENATAL – Sistema de Informação Pré-Natal

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SOGIRGS – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VDRL – Sigla para exame de detecção de sífilis (*Venereal Diseases Research Laboratory*)

## INTRODUÇÃO

A idéia deste estudo, que é parte integrante e obrigatória do curso de Gestão em Saúde da Escola de Administração da UFRGS, tomou forma quando fomos convidados a formular uma pergunta que representasse um problema de gestão para a disciplina de Pesquisa em Saúde, em meados de 2004. Mas potencialmente ela já existia há pelo menos um ano como indagação de todo o grupo que havia participado da elaboração do Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco e de sua introdução na rede assistencial básica de Porto Alegre.

Havíamos tentado realizar uma verificação de seu uso em meados de 2003 com o envio de um questionário a todas as unidades básicas e equipes de PSF municipais. Neste documento era perguntado se o protocolo estava sendo usado e em que circunstâncias, se a unidade realizava atividades educativas e visitas domiciliares relativas ao pré-natal e se havia sugestões de inclusão ou exclusão de recomendações para quando fosse realizada a revisão e atualização do protocolo, desde que fossem apresentadas as evidências em que as mesmas se fundamentavam.

No entanto, o retorno destes questionários foi muito irregular: menos da metade das unidades devolveu os mesmos respondidos (de uma das Gerências Distritais não retornou nenhum!) e raros foram os profissionais que fizeram alguma sugestão. Destas, as que apresentavam fundamentação citavam livros texto ou de rotinas em Obstetrícia.

Ao mesmo tempo, os relatórios gerados pelo SISPRENATAL apontavam a existência de inúmeras dificuldades em todas as Gerências Distritais.

Sabíamos que a implementação de protocolos não seria tarefa fácil pelos inúmeros aspectos envolvidos, especialmente pela reação dos médicos que poderiam considerar que esta nova ferramenta viesse a limitar sua autonomia profissional. E como o protocolo de pré-natal de baixo risco foi o primeiro a ser implantado na rede de atenção básica, sua acolhida serviria como parâmetro para a avaliação de novas estratégias de implementação dos demais protocolos que estavam sendo elaborados.

Surgiu, então, a idéia de, aproveitando a necessidade de cumprimento desta etapa do curso, realizar este estudo para verificar de que forma o protocolo estava sendo usado pelos médicos obstetras e de família e comunidade, se havia alguma diferença na maneira como estas duas especialidades médicas atuavam em relação a ele, bem como se havia algo que estivesse dificultando ou até mesmo impedindo sua utilização, além das modificações que haviam ocorrido na assistência após a introdução do protocolo na rede.

Optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa através de grupos focais com os profissionais médicos envolvidos na assistência pré-natal por considerar que as opiniões aí expressas poderiam traduzir melhor as crenças e valores dos participantes, bem como trazer à tona aspectos que poderiam passar despercebidos em outro tipo de abordagem.

Assim, o objeto deste estudo são as opiniões expressas pelos participantes dos dois encontros realizados e compreende a aceitação e o uso, por parte dos médicos obstetras e de família e comunidade, do Protocolo de Assistência ao pré-natal de baixo risco, a maneira como estas duas especialidades atuam em relação a ele, os fatores que podem facilitar, dificultar ou até impedir seu uso, bem como as modificações ocorridas na assistência pré-natal após a introdução do protocolo na rede.

## 1 **DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

No primeiro semestre de 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, proporcionou um curso sobre medicina baseada em evidências e elaboração de protocolos clínicos para profissionais da rede municipal. Esta capacitação fazia parte do projeto de redesenho da SMS vinculando-se, por um lado, às exigências de modernização administrativa de parte do BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) como contrapartida para a liberação de recursos e, por outro, à necessidade de qualificação da rede assistencial (SIRENA, 2005).

A partir deste grande grupo formaram-se vários subgrupos, sendo um deles o de atenção à saúde da mulher, integrado por médicos e enfermeiras que, sob a supervisão de profissionais da GEP/GHC, se tornou responsável pela elaboração, dentre outros, do Protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco, que foi implantado na rede em nov/2002.

O fato de o primeiro protocolo a ser elaborado e implantado ter sido o de assistência ao pré-natal vinculou-se às exigências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; OMS, 2002) em relação à atenção pré-natal, mas refletiu também a preocupação do gestor municipal e do próprio grupo com a morte materna, uma tragédia silenciosa e freqüentemente negligenciada, especialmente nos países periféricos, embora haja, mesmo nos países centrais, diferenças significativas entre as taxas de mortalidade de acordo com diferentes estratos populacionais (BEATO, 2003).

Por outro lado, o assustador e inaceitável número de crianças que morrem no período neonatal (65% dos óbitos em menores de um ano, em 2001, segundo o MS)

também foi um fator preponderante nesta escolha uma vez que é sabido que uma boa qualidade da assistência pré-natal é um indicador de prognóstico ao nascer.

A mortalidade materna e a neonatal são consideradas como indicadores dos mais sensíveis para avaliar não só a qualidade da assistência à saúde de uma população como também a sua qualidade de vida como um todo, e há uma tendência mundial a considerar que a existência de altas taxas de morte materna e neonatal configura grave violação aos direitos humanos.

Em toda a América Latina morrem a cada ano cerca de 28 mil mulheres devido a complicações na gestação, parto e puerpério, e o mais grave é que cerca de 98% de todas estas mortes são classificadas como sendo evitáveis se houvesse condições adequadas de assistência à saúde reprodutiva. Estas condições não são necessariamente produto apenas de situações econômicas favoráveis, mas refletem principalmente a capacidade de uma nação de promover políticas públicas eficazes (vejam-se os casos do Uruguai, Chile, Cuba e Costa Rica, países periféricos mas com Razão de Morte Materna inferior a 40 por 100 mil nascidos vivos, enquanto outros países da América Latina atingem cifras catastróficas como o Haiti com 523 por 100 mil nascidos vivos) (BRASIL, 2002).

Como resultado de diversas conferências internacionais (Nairobi, 1987; Cairo, 1994; Beijing, 1995) passaram a existir pressões sobre os governos nacionais para que fossem instituídas políticas que assegurassem acesso e promovessem a atenção integral à saúde das mulheres em idade reprodutiva. No Brasil, a própria Constituição Federal de 1988 promoveu a proteção à maternidade e à infância, bem como reconheceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido têm sido formuladas políticas e diretrizes de qualificação e humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal, esforço esse que se traduziu, no ano de 2000, na introdução do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, em 2004, no

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, compromisso este assumido pelas três esferas de gestão do SUS e que tem por meta reduzir a morte materna e neonatal em 15% até 2007 (FRANCO, 2004).

Em uma análise sobre as mortes maternas ocorridas em Porto Alegre entre 1999 e 2003, verificou-se que a morte materna direta ainda é a mais freqüente em nosso meio, e dentre essas, a doença hipertensiva específica da gestação é a principal causa, o que demonstra que ainda precisamos aprimorar nossa assistência pré-natal, pois estas mortes são em geral evitáveis com um cuidado adequado (FRANCO, 2004; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2003).

A magnitude das mortes maternas é de difícil mensuração, especialmente pela questão da subnotificação, mas sua transcendência é incontestável pelo alto custo (afetivo, social, econômico) resultante das mesmas. Neste sentido, as mulheres devem representar uma prioridade para as políticas públicas de saúde pela possibilidade de efetiva redução dos índices de morbimortalidade e a introdução do uso de protocolos clínicos na assistência à saúde da mulher visa, exatamente, organizar e qualificar a assistência prestada, especialmente no sentido de detectar precocemente (e encaminhar ao nível apropriado de acompanhamento) os casos de gestações de alto risco sendo este o ponto de inflexão onde podemos atuar para reduzir os índices de morte materna e neonatal.

Justifica-se, portanto, a relevância do presente estudo na obtenção de dados que informem ao gestor e às equipes envolvidas no planejamento das ações do Programa de Pré-natal sobre como tem se dado a utilização do Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco nas unidades da rede de atenção básica de Porto Alegre com a finalidade avaliar a pertinência de sua continuidade e/ou o planejamento de novas estratégias de implementação.

## 2 REVISÃO TEÓRICA

### 2.1 A qualidade da assistência e o uso de protocolos clínicos

As múltiplas e profundas mudanças históricas que vêm ocorrendo nas últimas décadas, especialmente de ordem econômica e tecnológica, tornaram mais complexa e desafiadora a questão da gestão em saúde, principalmente no que diz respeito à qualidade da assistência que se deseja/ necessita prestar e ao modelo que seria o mais adequado para atingi-la (SILVA Jr, 1998). Utilizaremos aqui o conceito de qualidade como o grau em que serviços de saúde para indivíduos e populações melhoram a probabilidade de ocorrências de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente (IOM, 1990).

O controle da qualidade e o modo pelo qual o mesmo deveria ser exercido têm sido objeto de estudos cuja evolução tornou-se mais sistemática a partir do início do século XX com o advento da produção automatizada e em larga escala.

Inscreve-se neste movimento pela qualidade não só Henry Ford, com sua teoria da divisão do trabalho em tempos e movimentos, e Taylor, com o início da administração científica, como também outros autores reconhecidamente comprometidos com a reflexão sobre práticas gerenciais referidas à qualidade tais como E. Deming (PDCA), J. M. Juran (A quantificação dos custos da qualidade) e A. Fingenbaum (Controle total da qualidade).

Com o passar do tempo foram sendo incorporados novos conceitos tais como a satisfação do cliente e a responsabilidade social das empresas, além da preocupação com os custos da produção.

As certificações de qualidade, entre elas a ISO (International Organization for Standardization), surgiram a partir da utilização de programas de qualidade por atividades industriais cujos produtos exigiam a garantia de elevados níveis de qualidade (indústria bélica e nuclear, por exemplo), estendendo-se posteriormente para outras áreas tais como a prestação de serviços e a proteção ao ambiente natural, e alcançando nos dias atuais alguns serviços de saúde através da acreditação (ICHINOSE, 2004).

Com os custos crescentes em virtude da incorporação de novas, caras e complexas inovações tecnológicas, do aumento da expectativa de vida e dos direitos do consumidor, além da inserção de contingentes populacionais anteriormente sem acesso à assistência, inúmeros governos e organismos financiadores do setor saúde tentaram implantar também programas de qualidade, mais especificamente na assistência hospitalar. Sem, no entanto, atender para as especificidades da área, muitas destas tentativas fracassaram, uma vez que o conceito de qualidade em saúde é mais amplo e mais complexo e os pressupostos dos programas de qualidade dirigidos à indústria não são automaticamente transferíveis à saúde.

Segundo Donabedian (1988), que produziu uma série de reflexões sobre o assunto, a qualidade em saúde pode ser considerada a partir de três variáveis básicas, que são:

- A estrutura: área física, instalações, equipamentos, recursos humanos;
- O processo: procedimentos, documentação e responsabilidades;
- Os resultados: produto, indicadores.

Neste caso, ao contrário do que acontece no modelo industrial, o produto são a saúde e a vida humanas, e sua concretização requer cada vez mais a existência de equipes

com abordagem multidisciplinar e que constituem o que Minzberg (1995) chamou de burocracias profissionais, cujo treinamento e controle são externos à organização em que ocorre o processo. A competência destes profissionais é uma característica estrutural importante, e a variação de suas condutas e de seu desempenho pode tornar-se um sério problema para a organização. Neste tipo de configuração burocrática o administrador não pode exercer um papel passivo, mas deve oferecer suporte à organização e proteger a autonomia profissional (VIVIAN, 2004), preferencialmente envolvendo o nível operacional na formulação de estratégias e de idéias gerenciais (MISOCZKY, 2002).

Diversos modelos, estratégias e ferramentas foram propostos para atingir objetivos e metas de maneira a produzir impacto sobre os índices de morbimortalidade da população usuária dos serviços, bem como de promover a saúde, entendida como algo além do cuidado em si, como algo que diga respeito a todas as circunstâncias nas quais a vida possa se desenvolver com autonomia e dignidade (CAMPOS, 1991; CECILIO, 1997; MERHY, 1997).

Nesse sentido, como apoio ao processo decisório, tem adquirido relevância a assim chamada *medicina baseada em evidências* (MBE) que procura conciliar as melhores evidências científicas, organizadas em uma rígida hierarquia (níveis de evidência) cujo padrão ouro são os estudos randomizados controlados, e a habilidade clínica dos profissionais às preferências dos pacientes. Novas pesquisas, bem delineadas, podem determinar novos testes diagnósticos e novos tratamentos, tornando ultrapassados padrões até então aceitos, cabendo ao clínico, a partir de suas próprias experiências e conhecimentos, conciliar estas novas evidências aos valores, expectativas e preferências dos pacientes. Existe hoje um consenso de que a implementação de diretrizes baseadas nas melhores evidências disponíveis acerca da eficácia e da efetividade das intervenções produz melhores resultados na assistência (SACKETT, 2003).

Para os fins deste trabalho, os termos protocolos clínicos e diretrizes clínicas serão utilizados como possuindo o mesmo significado, embora possam ser definidos de maneira diversa segundo seu enfoque, sua forma de elaboração e seu nível (local/nacional), dentre outras variáveis (POLANCZYK, 2005).

Protocolos ou diretrizes clínicas são recomendações desenvolvidas sistematicamente a respeito de uma circunstância clínica específica, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e devem servir como instrumento de auxílio no processo de tomada de decisão, no sentido de orientar o que deve ser feito para garantir uma boa qualidade de assistência e, ao mesmo tempo, para facilitar a vigilância das situações de risco. Sua elaboração e utilização tornaram-se mais sistemáticas e amplas por conta da necessidade de racionalizar custos crescentes em virtude de inovações tecnológicas na área da saúde, com as conseqüentes modificações no processo de trabalho (SILVA, 2003).

O desenvolvimento de diretrizes clínicas deve levar em consideração a frequência com que o evento ocorre (magnitude), sua importância epidemiológica (transcendência) e a possibilidade de modificar desfechos (vulnerabilidade), bem como considerações sobre acentuada e desnecessária variação de condutas. Além disso, diretrizes e protocolos clínicos podem orientar a alocação de recursos em saúde.

Estas idéias, embora não sejam absolutamente novas, foram sistematizadas mais recentemente. Para tanto, foram levadas em consideração as necessidades de informação e de atualização do conhecimento e a dificuldade em obtê-las, seja devido a fatores como falta de tempo ou à obsolescência das fontes tradicionais tais como livros didáticos, revistas científicas, etc. A MBE difundiu-se rapidamente, ensejando o aparecimento de diversos periódicos e a criação de grupos profissionais dedicados às revisões sistemáticas de trabalhos publicados, tais como a Colaboração Cochrane e Sackett e colegas.

Também no Brasil tem sido discutido o uso da MBE, com a introdução de protocolos e diretrizes em algumas instituições, especialmente em hospitais.

Protocolos clínicos já vêm sendo utilizados em Porto Alegre há alguns anos, sendo uma prática usual no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (MAHMUD, 2002; STEIN, 2003).

Por sua característica de tentar normatizar e modificar condutas de categorias profissionais em geral refratárias a intervenções sobre suas práticas (MINTZBERG, 1995; VIVIAN, 2004), existe também a necessidade de que estes protocolos sejam validados por entidades representativas destas categorias (ou até que sejam elaboradas por elas, como é o caso do Projeto Diretrizes, uma parceria da Associação Médica Brasileira com o Conselho Federal de Medicina). Mas, mesmo validados, sua aceitação e utilização permanecem controversas. Em uma série de artigos, Feder e col. (1999) discutiram o uso de protocolos clínicos baseados em evidências, enquanto Woolf e col. (1999) realizaram um levantamento de seus potenciais benefícios, limitações e danos para pacientes, profissionais e sistemas de saúde. Entre os principais benefícios podem ser citados a melhora da qualidade do cuidado recebido pelos pacientes, reduzindo morbidade e mortalidade através do abandono de intervenções ineficazes e de condutas desnecessariamente variadas. Também podem promover a distribuição mais equitativa dos recursos, quando estes são limitados, ou chamar a atenção para problemas não reconhecidos ou negligenciados e para populações de risco para determinadas patologias, além de poderem disponibilizar serviços que anteriormente não eram oferecidos. Para os profissionais de saúde, principalmente, podem oferecer proteção contra demandas judiciais e promover a atualização de práticas ultrapassadas, além de oferecer novas possibilidades de pesquisa em campos onde inexitem boas evidências. No entanto, este mesmo trabalho concluiu que protocolos clínicos baseados em evidências são apenas uma, dentre várias

opções, que podem ser usadas para melhorar a qualidade da assistência e apenas fazem sentido quando as melhores práticas não estão suficientemente claras para os profissionais e as evidências científicas podem, então, oferecer uma resposta.

Por outro lado, após a implantação de um protocolo, é necessário que seja avaliado se o mesmo está sendo realmente utilizado pelos profissionais e quais possíveis obstáculos podem limitar ou até impedir a adesão completa a seu uso, num processo contínuo e permanente de implementação. Isto pode incluir intervenções tais como auditoria e *feedback*, programas de educação continuada e lembretes manuais ou computadorizados, mas ainda é necessário que se explore melhor o tema para determinar quais estratégias de implementação sejam realmente efetivas (PORTELA, 2006).

Para Goldim (apud MAHMUD, 2002), o processo de tomada de decisão sofre a influência de alguns fatores cruciais, tais como a ética pessoal e profissional, a cultura organizacional, a necessidade de atendimento rápido e competitivo e o melhor emprego dos recursos existentes. Na atenção básica, o processo decisório costuma envolver, além do médico e do paciente, outros membros da equipe de saúde, e os protocolos clínicos podem ser, então, utilizados para diminuir a variabilidade de condutas e no sentido de facilitar este processo, não de conduzi-lo (MAHMUD, 2002).

Sackett e col. (2003) descreveram quatro fatores locais que, dependendo de como se harmonizam ou conflitam com as diretrizes propostas, vão determinar sua aplicabilidade. A estes fatores locais deram o nome de “Cs cessantes” com os seguintes significados:

1. CARGA da doença: qual a freqüência da doença ou da condição no local em que queremos desenvolver e implantar nosso protocolo? (só há sentido em fazê-lo se a freqüência for grande);

2. CRENÇAS de nossos pacientes ou da comunidade: são compatíveis com as recomendações do protocolo?
3. CUSTOS – o desenvolvimento e a implantação das diretrizes constituem bom uso das verbas da comunidade?
4. CERCEAMENTOS – as preferências dos pacientes ou da comunidade estão de acordo com as recomendações do protocolo? A intervenção recomendada está disponível no local? O tipo de organização é adequado para a utilização de protocolos? Há: interesse em modificar condutas (por tradição, por uso da autoridade, por medo de litígio)? O profissional ou o paciente seguirão as recomendações das diretrizes?

Em uma revisão sistemática de 76 artigos publicados sobre o assunto entre 1966 e 1998 (CABANA, 1999) concluiu-se que há essencialmente três aspectos que devem ser levados em consideração quando se pensa sobre a existência de barreiras ao uso de protocolos clínicos:

**Conhecimento** – protocolos podem não ser utilizados pelos profissionais a que se destinam em virtude da ausência de familiaridade ou de atualização (grande volume de informações e pouco tempo para acessá-las, ausência de conhecimento dos protocolos existentes).

**Atitude** – os profissionais podem rejeitar algum protocolo específico ou o conceito de protocolos em geral; podem considerar-se não preparados tecnicamente para seguir as recomendações do protocolo ou não acreditar que elas levem ao desfecho desejado; e podem, também, não se sentirem motivados para modificar hábitos e rotinas existentes.

**Comportamento** – conhecimento e atitude apropriados são necessários, mas não suficientes, para haver adesão a protocolos clínicos: barreiras externas relacionadas ao próprio protocolo (eliminação de práticas existentes parece ser um fator inibidor), às

preferências do paciente, ou ao ambiente (falta de acesso, de suporte a seu uso, custos crescentes, responsabilidades aumentadas) podem igualmente dificultar ou impedir seu uso.

Já a utilização de protocolos parece ser facilitada por dois aspectos essenciais. O primeiro diz respeito à identificação explícita das decisões maiores, e o segundo a apresentação da evidência em um formato acessível e conciso. Assim, um algoritmo claro e objetivo, que identifique decisões chave e resultados relevantes para os pacientes, surge como um instrumento facilitador de decisões (MAHMUD, 2002). Em um estudo observacional realizado nos Países Baixos por Grol e col. (1998) foram identificados atributos que podem influenciar o uso de protocolos clínicos. Entre estes foi considerado importante que as recomendações sejam baseadas em evidências, que sejam compatíveis com os valores vigentes, que não demandem mudanças expressivas nas rotinas pré-existentes e que sejam específicas e precisas. A adesão foi menor quando foram exigidos recursos extras, quando se tornaram necessárias a aquisição de novos conhecimentos e de novas habilidades, ou quando provocaram reações negativas nos pacientes.

Em um estudo realizado no nordeste da Inglaterra, relativo à informatização de protocolos para uso em atenção primária, não se conseguiu demonstrar melhora na aceitação e aplicabilidade dos mesmos, seja por ter sido o sistema utilizado considerado como de difícil emprego, seja por que os profissionais não perceberam tal uso como capaz de trazer benefícios para sua prática (ECCLES et al., 2003).

Por sua vez, um interessante estudo etnográfico sobre a aquisição de conhecimento em atenção primária (GABBAY, 2004), realizado também na Inglaterra, constatou que os médicos acompanhados não costumavam trabalhar com conhecimentos explicitamente codificados (tais como protocolos clínicos), mas que seu saber era produto de sua própria experiência e da de seus colegas, e da interação entre eles mesmos e com formadores de

opinião, com pacientes, com representantes farmacêuticos e com outras fontes de conhecimento amplamente aceitas. Este saber era assim repetidamente negociado com uma gama de atores chave resultando em uma prática que se assentava em conhecimento socialmente constituído e coletivamente reforçado e internalizado.

De maneira geral, os médicos parecem relacionar-se de maneira um tanto ambígua com protocolos: reconhecem sua capacidade de melhorar a assistência e de prover educação médica continuada. No entanto, muitas vezes também os consideram pouco práticos e inflexíveis, um “livro de receitas” a ser seguido com redução da autonomia profissional e vulgarização da medicina, além do receio de sofrerem processos judiciais ao aderirem aos mesmos (PORTELA, 2006).

Embora haja uma vasta produção na literatura mundial sobre conceitos, elaboração, implementação e questões controversas sobre protocolos clínicos (se protocolos reduzem ou aumentam custos, por exemplo, é uma questão ainda não respondida de forma categórica) (STEIN, 2003), há pouca coisa publicada sobre o uso de protocolos clínicos em atenção básica no âmbito do SUS.

Nesse sentido, cabe ressaltar o trabalho de Capra (2004) que versa sobre a implementação e as contribuições de um protocolo assistencial (Protocolo das Ações Básicas de Saúde) na gestão do SUS em Caxias do Sul/RS. A autora demonstra o impacto do uso dessa ferramenta gerencial nos campos político, operacional e técnico, analisando aspectos que facilitam e outros que dificultam seu uso, além de avaliar a complexidade das modificações e transformações organizacionais como um processo em curso, após a implantação do novo modelo tecnoassistencial em saúde denominado *Em defesa da vida*, cuja fundamentação teórica encontra-se na produção intelectual de um grupo de profissionais de saúde vinculados a UNICAMP/SP.

## 2.2 A atenção pré-natal

Instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) tem por objetivo a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal através da ampliação da cobertura pré-natal com o estabelecimento de critérios para a qualificação da assistência e com a integração entre atenção ambulatorial e hospitalar. Para tanto, foram elencadas algumas condições básicas para a organização efetiva da assistência pré-natal, que incluem:

- a discussão permanente com a população adscrita aos serviços sobre a importância do pré-natal;
- a identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal;
- o acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas;
- um sistema de referência e contra-referência para a garantia da assistência em todos os níveis de complexidade que se fizerem necessários.

O PHPN prevê, também, as necessidades de recursos humanos, de área física, de equipamento e instrumental mínimos, de apoio laboratorial, de instrumentos de registro e dos medicamentos essenciais. Por último, prevê a avaliação permanente da assistência pré-natal fornecendo os indicadores mínimos que devem ser utilizados.

Para o acompanhamento da execução do PHPN foi criado um sistema de informações chamado SISPRENATAL que fornece um conjunto de relatórios e indicadores de resultados e de processos, possibilitando a vigilância das situações de risco e a realização de intervenções mais eficazes onde estas se mostrarem necessárias.

Para estimular a adesão dos municípios ao PHPN são oferecidos alguns estímulos financeiros vinculados aos indicadores do SISPRENATAL, o que também representa uma

forma de ressarcimento pelos gastos efetuados, especialmente com a assistência laboratorial.

O primeiro incentivo – no valor de R\$ 10,00 – corresponde ao acesso precoce ao pré-natal. Ou seja: para cada gestante que recebe o nº do SISPRENATAL na unidade de saúde, inscrita no 1º trimestre da gestação, este valor é depositado no Fundo Municipal de Saúde.

O segundo incentivo – no valor de R\$ 40,00 – é recebido quando o pré-natal é concluído. Para que isto ocorra é necessário que a gestante tenha comparecido a, no mínimo, seis consultas no transcorrer da gestação e à consulta de puerpério (até 42 dias após o parto). Além disso, é necessário que a gestante receba aplicação de vacina antitetano até a dose imunizante (2ª dose) do esquema recomendado, ou dose de reforço naquelas já imunizadas, e que realize os seguintes exames complementares:

ABO –Rh – 1ª consulta

Hematócrito/hemoglobina – 1ª consulta

VDRL – 1ª consulta

VDRL – 30 semanas

Glicemia jejum – 1ª consulta

Glicemia jejum – 30 semanas

EQU – 1ª consulta

EQU – 30 semanas

Anti-HIV – 1ª consulta.

O terceiro incentivo – no valor de R\$ 40,00 – é concedido à instituição hospitalar que realizou o parto.

Temos então que a idéia central de humanização e de qualificação no PHPN é a transferência de foco para a individualização do cuidado e do cumprimento dos critérios

estabelecidos ao invés de estas serem representadas apenas pela soma de todas as intervenções realizadas. Esta mudança é essencial para que, além do enfoque quantitativo, também seja possível a avaliação qualitativa do conjunto de ações, de maneira a garantir a integralidade (SERRUYA, 2004).

Quando da elaboração do Protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco, em 2002, houve o cuidado, por parte do grupo de elaboração, de que todas estas exigências fossem parte integrante do mesmo, embora o elenco de exames sugeridos pela SMS/POA fosse mais amplo do que aquele preconizado pelo Ministério da Saúde, cujas exigências, na verdade, representam apenas o mínimo do que deve ser feito para que a assistência não seja considerada insuficiente.

### **2.3 A situação de Porto Alegre**

Porto Alegre possuía, no ano 2000, uma população estimada pelo IBGE em 1.360.590 habitantes. Este contingente populacional distribuiu-se desigualmente em um território de 496 km<sup>2</sup>. Embora apresente o melhor IDH entre as cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes e seja a 11<sup>a</sup> no ranking geral, Porto Alegre, a exemplo de outras metrópoles, apresenta microrregiões onde os indicadores sócio-econômicos e sanitários apontam para situações de grande vulnerabilidade e de dependência quase que exclusiva dos serviços públicos para o acesso à saúde e à educação, por exemplo. Nestas áreas de extrema carência, no entanto, costuma existir uma relação inversa entre as necessidades da população e a oferta de assistência qualificada, contrariando assim os preceitos constitucionais de equidade e integralidade.

Se atentarmos para algumas características sócio-demográficas indicativas de situações de risco veremos que:

- No ano de 2004 nasceram em Porto Alegre 19.529 crianças das quais 34,9% de mães com escolaridade entre 0 e 7 anos;
- Embora venha ocorrendo uma discreta mas constante diminuição no nº de adolescentes grávidas, 8,3% das mães de nascidos vivos em Porto Alegre, no ano de 2004, situava-se na faixa entre os 10 e os 17 anos de idade (e 15,7% entre 35 e 53 anos de idade);
- 10,7% destas crianças nasceram antes da 36ª semana de gestação;
- 2,3% dos nascidos vivos tiveram APGAR de 0 a 3 no primeiro minuto, 10,3% tiveram peso ao nascer menor do que 2500g e 3,7% apresentaram desnutrição intra-uterina.

O coeficiente de mortalidade neonatal precoce no ano de 2004 foi de 4,56/1000 nascidos vivos e a morte neonatal foi responsável por 61,1% dos óbitos, enquanto o percentual de gestantes com pré-natal com mais de 6 consultas foi de apenas 65,7%.

Em relação às mortes maternas, um levantamento do perfil epidemiológico das mesmas entre os anos de 1999 e 2003 (FRANCO, 2004) constatou que:

- as mortes maternas diretas representaram 57% dos óbitos, sendo sua principal causa a doença hipertensiva da gestação, seguida das hemorragias, enquanto entre as causas indiretas predominaram as doenças cardiovasculares e a SIDA. Já das mortes maternas tardias, a SIDA é a principal responsável pelo número de óbitos e, entre as causas externas, os óbitos ocorridos por agressão de arma de fogo ocupam o primeiro lugar;
- entre as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos foi encontrada a maior Razão de Morte Materna, enquanto nos óbitos de causa externa e tardia esta

ocorreu em maior quantidade na faixa etária entre 20 e 34 anos; quanto às características sociodemográficas estas mortes ocorreram mais em mulheres solteiras, com escolaridade entre 4 e 7 anos de estudo, de cor de pele preta, de profissão do lar ou doméstica e residentes em locais com menor nível socioeconômico.

Das duas primeiras causas de morte materna direta em Porto Alegre, as hemorragias geralmente são resultantes da má-assistência no momento do parto ou no pós-parto imediato, sendo decorrência de uma assistência hospitalar deficiente. Já a principal causa, que é a doença hipertensiva da gestação, tem relação direta com a qualidade da assistência ambulatorial no sentido de que este agravo (como também os fatores de risco para outras patologias que cursam com a gestação) deve ser precoce e prontamente reconhecido e referido ao nível adequado de assistência antes de sua evolução para formas mais graves da doença.

Entre as causas indiretas, em especial as doenças cardiovasculares e SIDA, que são mais freqüentes a partir dos 35 anos, também podemos considerar que as mesmas estejam relacionadas a falhas na assistência ambulatorial, especialmente em relação a diagnósticos tardios que aumentam a probabilidade de complicações, não só para a gestante como também para o feto. Segundo o SISPRENATAL, em Porto Alegre cerca de 80% das gestantes tem registro de solicitação do anti-HIV e da primeira coleta de VDRL, mas apenas 30% tem registro da segunda coleta.

Já as causas externas de morte materna (para o mesmo período), representadas especialmente por nove óbitos (de um total de quatorze) por agressão com arma de fogo ou branca, sinalizam para um outro grave problema de saúde pública que é a violência contra mulheres, cujas estatísticas oficiais permanecem muito aquém da realidade e cuja constatação, muitas vezes, apenas se dá na declaração de óbito.

Em relação ao local de moradia, e computando as mortes maternas diretas, indiretas e tardias, os locais com maior número de óbitos foram Restinga (sete casos), Vila Bom Jesus (seis casos) e Bairro Rubem Berta (cinco casos), todos locais com populações com reconhecidas dificuldades socioeconômicas e, especialmente no caso da Restinga, com uma rede assistencial insuficiente para as demandas da região, além da distância geográfica que a separa das principais maternidades. Estes dois fatores em conjunto – insuficiência de rede local e distância – tendem a agravar a situação uma vez que se torna necessário, antes de tudo, ter acesso a transporte para a realização de acompanhamento obstétrico, quer ambulatorial, quer hospitalar.

Por outro lado, mas também estreitamente vinculado à qualidade do pré-natal, encontra-se o coeficiente de mortalidade neonatal que tem se tornado o componente mais significativo da mortalidade infantil, não só em Porto Alegre, mas em todo o país, e cuja redução necessita que se ofereçam melhores condições de assistência à saúde reprodutiva. Isto abarca programas de planejamento familiar, redução de gestações na adolescência, organização dos níveis de assistência e educação permanente para os profissionais envolvidos mas inclui muito particular e especificamente cuidados pré, peri e pós natais efetivos para a mãe e o concepto.

#### **2.4 A atenção ao pré-natal de baixo risco em Porto Alegre**

Porto Alegre encontra-se na modalidade de gestão plena da assistência desde 1996, quando ampliou sua rede de unidades de saúde de 11 para mais de 100. Destas unidades da rede de atenção básica, apenas as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) possuem idêntico número de profissionais, sendo que nas demais unidades este número é

muito variável, assim como a capacidade instalada em termos de área física, de equipamentos, de recursos humanos (com a existência de diferentes vínculos administrativos) e de culturas organizacionais. Foram municipalizadas desde as antigas unidades de saúde (US) pertencentes ao estado do RS e seus Centros de Saúde, onde se organizavam os programas de saúde pública (Tisiologia, Imunizações, etc.), até os grandes e sucateados postos de atendimento médico (PAM) remanescentes do antigo INAMPS com seu enfoque hospitalocêntrico e desvinculado, quando não conflitante, com os novos preceitos do SUS.

Esta atenção heterogênea, desarticulada e sem hierarquia, pressionada pelo aumento da demanda (crescimento populacional expressivo nas décadas anteriores, aumento da expectativa de vida, migração da classe média para o SUS) e pela incapacidade operacional de responder às novas necessidades levou a SMS de Porto Alegre a formular seu projeto de redesenho do processo (2002). Neste projeto, além da informatização da rede, da padronização do registro clínico e do cadastramento dos pacientes, foi incluída a elaboração e a implantação de protocolos clínicos, dentre os quais o protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco (SIRENA, 2005), implantado na rede em novembro de 2002.

O protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco da SMS de Porto Alegre é um protocolo baseado em evidências. Foi elaborado por um grupo de médicos ginecologistas/obstetras e de enfermeiros atuantes na ASSEPLA e na Rede de Atenção Básica municipal. Nele estão descritos os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, são apresentados os objetivos e as metas que se pretende alcançar e a fórmula para que cada serviço possa calcular as suas a partir de sua população adscrita estimada. Foi elaborado também um algoritmo e elencadas suas anotações com os respectivos graus de recomendação e níveis de evidência, com as referências associadas.

Em suas diversas etapas, a elaboração do protocolo de pré-natal passou pela supervisão e posterior validação por profissionais da GEP/GHC, sendo então aprovado pela SMS para utilização na rede de atenção básica.

Quando da implantação do mesmo foram convidados todos os profissionais que realizavam a assistência pré-natal na rede básica, não só para a apresentação do protocolo, mas também da situação da mortalidade materna em Porto Alegre, além da demonstração da nova sistemática de cadastro e seguimento das gestantes segundo o PHPN.

Neste período foi proposta também a regionalização da assistência hospitalar através do Programa Porto Alegre cuidando da mãe e do bebê, com a vinculação direta entre as unidades da rede básica e as instituições hospitalares, inclusive com visitas agendadas de grupos de gestantes para conhecer o local onde iriam ter o parto e com atividades educativas sobre o nascimento e o aleitamento materno.

Quando uma nova gestante é cadastrada no programa de pré-natal, ela recebe um número de inscrição no SISPRENATAL que servirá para controlar se esta gestante está recebendo a integralidade das intervenções preconizadas. Ao mesmo tempo, deverão ser preenchidas nesta primeira consulta uma ficha padronizada pela SMS com diversos itens relativos à identificação do serviço, da gestante, do profissional responsável pela primeira consulta, bem como do escore de risco, dos exames realizados e dos respectivos resultados. Além disso, é fornecida uma carteira de gestante e cada unidade possui um registro próprio para seu seguimento uma vez que o formulário padronizado da primeira consulta será enviado ao nível central (atualmente, para a CGVS) para a digitação dos dados. A partir desta digitação são gerados relatórios que retornam mensalmente às unidades para que estas completem os dados que estão faltando e os remetam novamente ao nível central. Também foi providenciada a confecção de uma requisição de exames específica para o

pré-natal, com todos os exames necessários listados bastando assinalar com um x aqueles relativos a cada trimestre.

Ainda no momento da apresentação do protocolo aos profissionais da rede de atenção básica, houve inúmeros protestos sobre a quantidade de documentos e de itens que precisariam ser preenchidos na primeira consulta de pré-natal, uma vez que grande parte das unidades de saúde não conta com recursos humanos em número suficiente e habilitado para a execução de tais tarefas, cabendo, então, em geral, ao médico fazê-lo.

Em um levantamento posterior, realizado após seis meses da introdução do protocolo na rede, foi enviado um questionário a todas as unidades de saúde a respeito da utilização do protocolo, da busca ativa de gestantes e puérperas faltosas, da realização de atividades educativas e de sugestões para inclusão ou exclusão de itens quando da revisão do protocolo, desde que estas fossem baseadas em evidências. Menos da metade das unidades devolveu este questionário respondido. Mas as respostas evidenciaram que muitos médicos referiram utilizá-lo, especialmente quando em dúvida sobre se a gestante apresentava algum risco. Também foi constatado que grande parte das unidades não realizava visitas domiciliares para busca de faltosas por falta de pessoal, sendo apenas realizada busca por telefone, quando fosse possível. Algumas unidades referiram a realização de atividades educativas tais como grupos de sala de espera, grupos de gestantes ou de adolescentes, mas a maioria não realizava este tipo de atividade. Dentre as sugestões apresentadas pelos médicos que responderam ao questionário, constava a inclusão e a exclusão de alguns exames, a introdução de alguns fármacos e do manejo de alguns agravos, além do acréscimo de uma tabela com medicamentos utilizáveis na gestação e na lactação. Todas estas sugestões baseavam-se, segundo seus autores, em livros textos de Obstetrícia ou em livros de rotinas em Obstetrícia. Alguns profissionais utilizaram este mesmo questionário para apontar dificuldades que vinham enfrentando para a realização da

assistência pré-natal, em que surgiam como pontos cruciais a insuficiência da cota de exames necessários, a assistência farmacêutica falha e reduzida e a grande quantidade de papéis que necessitava ser preenchida.

Sempre que diretrizes e protocolos clínicos forem elaborados e implementados é aconselhável que se realize posteriormente um seguimento para avaliar sua efetividade sob pena de desacreditar todo o sistema (STEIN, 2005).

Como Porto Alegre encontra-se na modalidade de gestão plena da assistência básica é responsabilidade do gestor municipal a atenção pré-natal em todas as unidades básicas de saúde e equipes de PSF. Assim sendo, é necessário que ele obtenha conhecimento sobre a aceitação e utilização do Protocolo de pré-natal por parte dos médicos obstetras e de família e comunidade aos quais o mesmo se destina, dos fatores que podem facilitar ou dificultar seu uso, bem como das mudanças no processo de trabalho ocorridas após sua introdução na rede e sobre a necessidade de diferentes estratégias de implementação para os serviços, conforme sua organização (UBS ou PSF).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Verificar a adesão ao Protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco por parte dos médicos obstetras e médicos de família e comunidade atuantes na assistência pré-natal da rede básica de saúde de Porto Alegre.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1 – avaliar a aceitação de protocolos clínicos, em geral, e do protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco, em particular, por parte de médicos de família e comunidade e de médicos obstetras na rede de atenção básica de Porto Alegre;

2 – identificar fatores que podem facilitar e fatores que podem dificultar a utilização do Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica de Porto Alegre;

3 – identificar mudanças no processo de trabalho ocorridas após a implantação do Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco nas UBS e PSF de Porto Alegre;

4 – verificar a existência de comportamentos divergentes entre os profissionais de saúde – médicos obstetras e médicos de família e comunidade – que preferencialmente fazem uso do protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica de Porto Alegre.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a execução deste projeto de pesquisa foram realizados dois encontros com profissionais médicos que realizam a assistência pré-natal na Rede de Atenção Básica de Porto Alegre utilizando-se a técnica de grupo focal (*focus group research*) de estilo semi-estruturado, que constitui um método de pesquisa qualitativa especialmente útil quando se deseja conhecer hábitos, crenças ou valores vigentes no grupo em questão. Utilizou-se, durante os encontros, um guia de temas abordando os seguintes aspectos:

1. Legitimidade (dos protocolos, do grupo de elaboração);
2. Conhecimento e acesso;
3. Flexibilidade e autonomia (dos profissionais, dos pacientes);
4. Mudanças no processo de trabalho;
5. Benefícios, limitações e danos;
6. Cerceamentos.

Os dois encontros foram realizados no mês de dezembro de 2005, sendo o primeiro com os médicos de família e comunidade e o segundo com médicos obstetras. O primeiro grupo contou com a presença de cinco profissionais (além da mediadora), constituindo, na verdade, um minigrupo (DALL'AGNOL, 1999) pela dificuldade em retirar da assistência o único profissional médico do serviço, como ocorre nas equipes de saúde da família. Já o segundo encontro foi realizado com a presença de 12 médicos obstetras (além da mediadora e de um observador), com diferentes vínculos administrativos (municipal, estadual e federal), de diferentes serviços. Os participantes dos dois grupos focais assinaram um documento de consentimento livre e informado, que foi assinado também

pela mediadora, em duas vias, ficando uma em poder dos participantes convidados. Optou-se por realizar a separação entre as duas categorias de profissionais para que as diferentes especializações e experiências não afetassem significativamente as respostas de uma e de outra. Os dois encontros foram gravados para posterior análise dos dados.

Foi solicitada a autorização da Coordenação da Rede de Atenção Básica de Porto Alegre para que os participantes pudessem sair de seus locais de trabalho no horário previsto para as reuniões e, em alguns casos, foi solicitada também a autorização da chefia imediata do servidor. Os convites foram feitos pessoalmente ou por telefone.

O projeto de pesquisa foi submetido inicialmente ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, havendo sido considerado como estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS

As idéias manifestadas pelos participantes dos grupos focais a respeito da utilização de protocolos serão apresentadas a seguir, conforme os aspectos abordados nos dois encontros realizados.

### LEGITIMIDADE

Quanto à legitimidade da utilização de protocolos foi considerado que:

Protocolos podem organizar e tornar mais uniforme a assistência:

*“– Eu concordo. Eu sou geral-comunitário, então tem este protocolo que serve de parâmetro para a gente seguir uma linha. O que pode mudar é o referente a cada caso... Se tiver muitas intercorrências.”*

Protocolos podem otimizar os recursos existentes:

*“– Eu acho válido no sentido de padronizar o serviço e também no de conter gastos. Se um profissional pede n exames desnecessários...”*

Protocolos podem oferecer um padrão de assistência pré-natal qualificada aos médicos de família e comunidade (do ponto de vista dos próprios profissionais):

*“– Eu acho válido também pelo perfil dos profissionais que vêm fazendo o pré-natal no PSF, que muitas vezes não são profissionais com formação pra isto, nem um perfil muito adequado a isto. Então eu acho que o protocolo ajuda as pessoas que não têm formação muito adequada a fazer as coisas dentro de um padrão.”*

Protocolos podem proteger as pacientes de práticas muito variadas:

*“– ... porque quando as pacientes mudam de uma região da cidade para outra, o atendimento permanece o mesmo.”*

Protocolos podem oferecer respaldo institucional:

*“– ...neste caso me senti mais respaldada em pedir somente aquilo porque tu tens um instrumento que te proteja, é um instrumento oficial da Secretaria,então...”*

Quanto à legitimidade do grupo de elaboração:

Em relação ao modo de elaboração do protocolo, por profissionais (médicos obstetras) vinculados ao pré-natal na rede de atenção básica, as considerações foram de que, embora seja desejável que estes profissionais conheçam as dificuldades do cotidiano nas unidades da rede, e sejam eles especialistas em ginecologia/obstetrícia, todas as categorias que realizam este tipo de assistência deveriam ser ouvidas:

*“– Não vejo nada contra, até porque o pré-natal é especialidade da gineco/obstetrícia. Acho, sim, que o protocolo não deve ser aplicado sem a discussão com todos os profissionais...porque mesmo não sendo obstetra... a gente tem uma visão diferente.”*

*“– Acho que é importante que ele tenha sido feito por ginecologistas, que eu acho que quem deve falar a respeito das coisas são as pessoas que tiveram formação pra isto. Mas também acho importante que tenha sido feito por ginecologistas da rede porque eles sabem as dificuldades que a gente encontra; então eu acho que se fosse feito a nível universitário, lá onde tem acesso a tudo que é coisa, talvez fugisse da nossa realidade.”*

*“– Acho que é importante ouvir quem trabalha na ponta quando se faz ou se atualiza protocolo.Ouvir quem realmente faz o pré-natal...”*

## **CONHECIMENTO**

Em relação ao conhecimento da existência do Protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco, apenas um dos participantes não o conhecia (está trabalhando há pouco tempo na rede de atenção básica e tem seguido o que já era rotina da unidade de saúde).

Quanto à aquisição e atualização de conhecimentos, dois médicos obstetras declararam utilizar a Internet para tanto; todos os demais buscam atualizar-se em congressos e cursos de entidades médicas (AMRIGS, SOGIRGS), bancados por eles

mesmos, ou com livros-texto. Todos os profissionais concordam em que a SMS oferece poucas oportunidades de educação médica continuada.

### **ACESSO**

Em relação ao acesso ao protocolo, dois profissionais (um de UBS, um de PSF) relataram que suas unidades não possuíam nenhum exemplar do mesmo. Mas houve concordância de quase todos os profissionais dos dois grupos (com a única exceção anteriormente descrita) de que o protocolo não precisa mais ser consultado, pois se encontra internalizado:

*“– O meu está na gaveta, mas no início, às vezes, eu até tentava me socorrer dele...”*

*“– Depois as coisas ficam meio automáticas...”*

### **ATITUDE**

Um dos participantes, médico obstetra, declarou que considera um absurdo o número de exames que atualmente consta da rotina pré-natal, mas os demais participantes do mesmo grupo argumentaram que todos os exames possuem embasamento científico para sua solicitação.

*“– Eu acho um absurdo o número de exames que são pedidos hoje em dia. Quando eu me formei, gravidez não era doença e hoje em dia parece que é...”*

### **FLEXIBILIDADE E AUTONOMIA**

Todos os participantes dos dois grupos consideraram que:

– A existência do protocolo não engessa a assistência:

*“– Eu não me sinto presa de forma alguma porque a gente sabe que tem autonomia como profissional, então a gente faz o que se julgar necessário.”*

– Não há entraves à solicitação de exames não previstos no protocolo. A ultrasonografia obstétrica, que é considerada um exame em que não existem evidências que suportem sua recomendação rotineira na assistência pré-natal de baixo risco, é solicitada por todos os participantes pelo menos uma vez durante a gestação, ou mais vezes em caso de alguma intercorrência. Se não houver indicação para mais de um exame, e as gestantes quiserem realizá-lo (especialmente para a verificação do sexo do bebê), são orientadas a fazê-lo na rede particular.

*“– Pra mim era importante uma ecografia, uma ecografia por gestação, principalmente nesta cidade onde nós vivemos em que tu não oferecer uma ecografia pra uma mãe é um absurdo, quer dizer que tu estás dando um pré-natal de quinta pra ela... Elas querem uma imagem e uma tranqüilidade neste sentido.”*

– As gestantes são acolhidas e orientadas a realizar o pré-natal na rede básica. Se insistirem em não querer fazê-lo, são referidas, a pedido, para a atenção secundária, ou para a rede assistencial onde haja obstetras, se forem vinculadas a algum PSF. Algumas unidades trabalham apenas com pacientes da área de atuação da unidade, outras de maneira mista, poucas são totalmente abertas. Em todos os PSF representados as consultas de pré-natal são intercaladas entre médico e enfermeira; nas demais unidades, apenas os obstetras realizam a assistência pré-natal. Eventualmente, algumas gestantes recusam o atendimento por profissional não médico.

*“– ... e tem paciente que chega e acha um absurdo fazer pré-natal com um geral-comunitário. Maior absurdo, ainda, eles acham quando sabem que a segunda consulta vai ser com a enfermeira e que não vão passar todos os meses com o médico... inclusive já tive uma situação em que tive que encaminhar para fazer a nível hospitalar. Porque a gente não tem base, o paciente tem direito, então a gente tenta criar o vínculo; mas eu já encaminhei.”*

## MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO

Quanto a mudanças no processo de trabalho foi possível verificar que, para a maior parte dos profissionais dos dois grupos, a existência do protocolo organizou melhor e tornou mais clara a rotina da assistência:

*“-Neste sentido, eu me esquematizei melhor, de forma mais ordenada. Me organizei melhor, criei também pra mim uma rotina um pouquinho mais rígida.”*

*“– É, eu acho que também eu diminuí um pouco os exames que eu pedia; no segundo trimestre, eu solicitava mais exames.”*

Também a regionalização da assistência secundária foi percebida por todos os participantes dos dois grupos como uma mudança para melhor, pois facilitou o acesso ao pré-natal de alto risco pela interlocução direta entre os dois níveis de complexidade e favoreceu a contra-referência das puérperas com o agendamento de suas consultas de revisão na unidade no momento da alta hospitalar.

*“– Uma coisa boa também é isto: você saber para onde vai a paciente, cria uma certa confiança na gestante. Antes não era assim.”*

Nenhuma das unidades participantes dos dois encontros costumava calcular o número esperado de gestantes para a área de atuação do serviço e não modificaram a conduta com a implantação do protocolo. Nos PSF, pela existência dos agentes comunitários de saúde e pela menor quantidade de população vinculada, este controle é mais fácil de ser realizado. Os demais serviços continuam trabalhando apenas com demanda espontânea.

Algumas unidades, principalmente os PSF, introduziram atividades educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal:

*“– Na minha, ali, a gente fez um grupo de gestantes que eu fiquei de responsável e eu vejo, eu vi no primeiro encontro quatro gestantes. No segundo já teve mais. Elas vêm, elas se interessam, é uma forma de*

*motivar. Tu explica, tu mostra, começa a conversar com elas, até porque tem muitas adolescentes. Conversando, elas ficam mais soltas.”*

Mas a grande mudança referida por todos os profissionais nos dois encontros disse respeito a questão dos registros que devem ser feitos, principalmente na primeira consulta, mas também nas subseqüentes, além do retorno dos relatórios para complementação de dados. Algumas das afirmações:

*“– A gente preenche papéis, e papéis, e papéis. Eles vão... acho que o retorno dessas coisas é muito inadequado, muito irregular, não condiz com a realidade. Os relatórios a gente tem vontade de rasgar, de dizer que não sabem do que estão falando porque no local em que a gente trabalha faz tudo direitinho. Parece que os exames não chegam lá.”*

*“– Estes documentos que a gente preenche, quando a gente não tem este retorno... e vem tudo desatualizado... Quando tu não faz, tudo bem, mas quando você preenche...”*

*“– É um trabalho em vão que a gente faz... É cansativo. Preenche um formulário, preenche outro papelzinho... E prá que, se os dados não voltam prá ponta?”*

As unidades lidam de maneiras diversas com a necessidade burocrática: em algumas, existe uma pré-consulta em que auxiliares de enfermagem fazem os registros administrativos. Em outra, foram reduzidas as consultas de um dos médicos para que ele realize os registros necessários (seus e do colega). Em quase todas, todos os registros são realizados apenas pelo médico, mesmo aqueles não diretamente vinculados à assistência pré-natal.

## **DANOS**

Em relação a possíveis danos que pudessem ser ocasionados pelo protocolo de pré-natal, todos os participantes dos dois grupos afirmaram que isto só poderia ocorrer se não houvesse a possibilidade de flexibilização, se o protocolo engessasse as condutas dos profissionais, o que não tem se verificado em suas práticas diárias.

*“– É um protocolo maleável... Cada profissional segue o protocolo, mas não é rígido.”*

## **CERCEAMENTOS**

Quando questionados a respeito de cerceamentos à utilização do protocolo, foram levantadas as seguintes questões:

- Quanto às recomendações: estão redigidas de forma não muito clara e o algoritmo deveria ser mais enxuto;
- Quanto à assistência farmacêutica: o abastecimento de sulfato ferroso é irregular; existe apenas um antibiótico para uso das gestantes; o ácido fólico, que é recomendado para prevenção de malformações do tubo neural, não existe na relação de medicamentos disponíveis.
- Quanto às pacientes: muitas não realizam os exames solicitados ou não trazem os resultados dos mesmos no momento da consulta; entre 10 e 25% das pacientes agendadas para consulta de puerpério no momento da alta hospitalar não comparecem à mesma; muitas gestantes oferecem resistência à coleta do exame citopatológico do colo uterino durante a gestação; muitas não fazem a vacina antitetano.

*“– Tem paciente que tem fantasias, que tem medo e eu acho que tem que escolher o momento adequado; tem paciente que não tem o cp tão atrasado, aí a gente pode deixar para o segundo trimestre. Porque se acontecer um abortamento que iria acontecer espontaneamente e a paciente associar, é um problema”*

- Quanto a equipamentos: a manutenção preventiva de equipamentos necessários não é realizada e o conserto é demorado (SONAR, esfigmomanômetro); não há grande disponibilidade de equipamentos na rede.

*“– Na minha unidade estou com um único aparelho, estou com outro no conserto; mas o aparelho já foi há muito tempo e até agora não voltou.”*

*“– Eu já andei levando meu aparelho e não faço mais; acho que a rede tem que disponibilizar bons aparelhos.”*

*“– No meu caso lá foi o SONAR, foi mandado para conserto e até agora nada. Aí, eu mando a paciente pra Emergência, se eu tenho alguma dúvida.”*

- Quanto às rotinas burocráticas e sistemas de informação: houve um consenso de que o trabalho burocrático é executado, mas que não existe supervisão e controle sobre a produção da rede e a utilização do protocolo:

*“– Acho, também, que a informação que o nível central tem da qualidade do nosso pré-natal é muito deficiente; quando vêm os relatórios, eles não vêm como espelho do que a gente faz. Porque se ele é tão ruim daquele jeito e não existe nenhuma punição, nenhum chamado...Por favor, se estão dizendo que o meu pré-natal é neste nível, que as minhas gestantes não têm os seus dois VDRL, então a gente tem que urgentemente ser chamado e questionado sobre a qualidade do pré-natal que está sendo feito...”*

*“Se todas as unidades a princípio seguem o protocolo, e se os dados que estão chegando no nível central não estão chegando corretos, por que não se faz um chamamento? É isto que eu acho, acho que fica muito solto.”*

*“Quem deveria estar selecionando e controlando estes dados parece que não faz nada...”*

*“Não existe uma fiscalização: olha, estão seguindo o protocolo? Alguma dificuldade? Eu não sinto isto. E acho que os protocolos, se foram implantados, têm que ser reavaliados. O protocolo está desde 2002, já deveria ter sido reavaliado.”*

## **BENEFÍCIOS**

Em relação a benefícios que o uso do protocolo pode trazer, foram feitas as seguintes afirmativas:

- A padronização da assistência protege as pacientes de práticas muito diversas e nem sempre adequadas;
- Os exames são solicitados de maneira mais correta;
- A utilização do protocolo oferece respaldo institucional ao médico.

Em equipes de saúde, onde médicos e enfermeiros realizam a assistência pré-natal, o protocolo fornece um padrão comum aos dois profissionais:

*“– É um respaldo maior para o enfermeiro da unidade do que prá nós... você vê que o enfermeiro fica bem mais centrado ali, porque mesmo tu estando junto, ele não vai te chamar por qualquer coisa, então ele recorre ao protocolo.”*

*“– Porque diminui a margem de erro e fica mais próximo do que a gente faz...”*

Outro benefício apontado foi o recebimento dos incentivos quando do cumprimento dos requisitos do SISPRENATAL, embora não esteja muito claro de que maneira isto ocorra:

*“– A gente tem toda esta noção. Captar a gestante o mais rápido possível. A gente sabe que cada passo gera um x de benefício. Não me recordo quanto é, isto já foi uma vez falado. Então a gente tem toda esta corrida. A mesma coisa com o puerpério...”*

Por último, a possibilidade de um melhor planejamento local foi mencionada:

*“– No planejamento local é que isto entraria: avaliação do pré-natal, abrangência, e como é que estamos lidando com isto. Na revisão do protocolo estas coisas deveriam ser incentivadas.”*

## **LIMITAÇÕES**

Quanto às limitações do protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco percebidas pelos profissionais, foi considerado que:

- O fato de ter sido elaborado para a rede de atenção básica por profissionais desta mesma rede poderia ocasionar algum viés na seleção de intervenções recomendadas;
- A recomendação do protocolo para agravos à saúde mental é de encaminhar para atendimento de alto risco, mas inexistente fluxo de referência e contra-referência:

*“– Eu tive uma gestante depressiva e pelo protocolo está indicado encaminhar para alto risco, só que não existe alto risco. Então tu cai aqui no Postão (Emergência de Saúde Mental) na vala comum. Acho que é uma coisa que se deveria repensar porque é importante.”*

Embora não seja indicada como exame essencial na gestação de baixo risco, a ultrasonografia obstétrica é solicitada pelo menos uma vez em cada gestação por todos os profissionais presentes aos dois encontros. Algumas das unidades de saúde têm dificuldade com a cota disponibilizada e este fato foi considerado como sendo uma limitação da qualidade da assistência prestada.

## 6 DISCUSSÃO

Protocolos e diretrizes clínicas são recursos de tecnologia em saúde classificados como lógicos ao lado dos recursos humanos, físicos e materiais (STEIN, 2003). Se aceitarmos que podem constituir-se em bons instrumentos para a produção de melhores desfechos e, em conseqüência, para causar impacto positivo em índices de morbimortalidade, devemos nos preocupar em que sejam corretamente elaborados, disseminados e implementados, procurando evitar fatores que possam influir negativamente em sua aceitação e uso. É necessário, também, que após sua introdução nos serviços tenham sua utilização avaliada.

Por tornarem explícito o manejo de problemas clínicos, protocolos e diretrizes vinculam-se fortemente ao processo, mais que ao resultado, e para que sejam avaliados é recomendável que sejam previstos indicadores que informem sobre a integralidade deste processo bem como apontem a existência de intervenções inefetivas, desnecessárias ou insuficientes.

Quando da elaboração do protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco estes indicadores não foram selecionados o que tem transferido a avaliação de seu uso para abordagens qualitativas (questionário, grupos focais), ou para os indicadores do PHPN.

Não se pretende aqui analisar exaustivamente os números do SISPRENATAL referentes a Porto Alegre, mas podemos eleger dois destes indicadores, utilizá-los como parâmetro e relacioná-los aos resultados obtidos nos dois encontros para uma abordagem em maior profundidade.

O primeiro destes indicadores diz respeito ao número de consultas realizadas no pré-natal. Embora ainda seja controverso seu número ideal, vários estudos apontam para a correlação existente entre a ausência ou a pouca frequência ao pré-natal e resultados perinatais adversos, inclusive o óbito fetal (DE LORENZI et al., 2001). Este número mínimo de consultas foi então estabelecido pelo PHPN como sendo de seis consultas durante a gestação. Apesar de, em Porto Alegre, o percentual de gestantes com mais de seis consultas vir crescendo (61,1% em 2002, 62,4% em 2003 e 65,7% em 2004), encontra-se ainda muito abaixo do que seria razoável esperar em vista da capacidade de atendimento da Rede de Atenção Básica e, principalmente, porque a meta declarada do protocolo era de atingir 100% das gestantes usuárias do SUS.

Estes dados, ao serem referidos às declarações dos médicos obstetras de que em seus serviços não são realizadas buscas de gestantes e puérperas faltosas, nem é calculado o número de gestantes esperado para a área de atuação da unidade, demonstra que a adesão ao protocolo é, na verdade, muito seletiva, não sendo seguidas aquelas recomendações para cuja concretização não foram criados recursos, seja em termos de planejamento central, seja local. Sob este aspecto, os PSF, por contarem com agentes comunitários de saúde que fazem a busca das gestantes faltosas e que conhecem a comunidade podendo indicar a existência de novas gestantes, apresentam melhores condições de acesso ao pré-natal.

O segundo parâmetro que podemos utilizar é a realização do VDRL para detecção de sífilis. É um teste simples, custo-efetivo, e que já faz parte da rotina assistencial há mais de duas décadas. Segundo dados do SISPRENATAL/Porto Alegre, em torno de 80% das gestantes inscritas têm registro da solicitação do primeiro teste, percentual que cai drasticamente para 30% das gestantes no terceiro trimestre. Isto sinaliza uma subutilização inaceitável e incompatível com uma assistência que se pretenda minimamente adequada,

especialmente se levarmos em consideração a importância deste agravo e de suas repercussões sobre mãe e feto, a eficácia e a facilidade de acesso ao tratamento.

Estes números, embora nos sinalizem a gravidade do problema, não nos permitem estabelecer suas causas, que devemos buscar para que possamos intervir e adotar medidas apropriadas no sentido de corrigir esta falha. Entre as possibilidades para este descumprimento sistemático da rotina assistencial, podemos citar:

A – os exames realmente não foram solicitados pelo profissional que realizou a consulta de pré-natal (médico ou enfermeiro);

B – a paciente não realizou os exames:

- por falhas na assistência laboratorial;
- por não considerá-los importantes.

C – os exames não foram registrados:

- porque o serviço não fez os registros necessários;
- porque a paciente não voltou à consulta ou não levou os exames.

D – os registros não chegaram ao nível central ou foram digitados de forma equivocada.

É provável que as falhas ocorram em cada uma destas etapas, mas não temos elementos que nos informem se acontecem mais especificamente em uma do que em outras.

Levadas em consideração as opiniões externadas pelos participantes dos dois encontros realizados, pode-se assumir que, embora ainda existam profissionais resistentes a mudanças de padrões, de maneira geral o protocolo de pré-natal é percebido pelos médicos como capaz de qualificar a assistência, sendo lógico supor que, em sua maior parte, os exames tenham sido realmente solicitados. No entanto, deve ser considerado o fato de que alguns trabalhos sobre utilização de protocolos clínicos evidenciaram um entusiasmo

verbal por parte daqueles profissionais que deveriam utilizá-los que não se traduziu em registros correspondentes nos prontuários (PORTELA, 2006).

Se pensarmos na segunda alternativa, da não realização dos exames, veremos que, na verdade, ela se desdobra em duas. No caso de falha na assistência laboratorial, houve realmente um período em que as cotas de exames disponibilizadas eram insuficientes, o que, aliás, aparece nas respostas do primeiro questionário enviado aos serviços. Houve, no entanto, uma adequação às necessidades do pré-natal, e atualmente não há queixas, fato ressaltado por todos os médicos presentes aos grupos (com exceção da ecografia obstétrica, item que será abordado mais adiante). Já a não valorização, por parte das gestantes, dos exames que devem ser realizados, vincula-se muito diretamente a uma das diretrizes do PHPN que aborda a necessidade de discussão permanente com a população usuária dos serviços sobre a importância do pré-natal. E de que maneira se concretiza esta discussão? Nas unidades em que existem os grupos de gestantes ou de salas de espera, espera-se que tal discussão aconteça. Mas, salvo algumas exceções, o que existe, em geral, é uma tentativa de transmissão linear do conhecimento científico, sem a compreensão da existência de outras lógicas, valores e expectativas; em suma, de outras visões de mundo. Não cause estranheza, portanto, que determinadas condutas, tão bem fundamentadas tecnicamente e que tanta importância têm para os profissionais e os serviços de saúde, não adquiram o mesmo significado para as gestantes.

Já no caso de os exames haverem sido realizados sem que fosse efetuado o registro correspondente, devem ser considerados alguns aspectos. O primeiro diz respeito ao acesso às consultas subsequentes de pré-natal que pode não estar ocorrendo como deveria e que pode contribuir para o baixo percentual de gestantes com mais de seis consultas pré-natais. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde tem sido um dos maiores problemas da assistência e tem produzido diversas estratégias para tentar superar seus entraves, entre as

quais se destacam o acolhimento do usuário e a escuta qualificada de suas queixas, priorizando as situações de maior risco, e o vínculo entre os serviços e a população da área de atuação dos mesmos. No entanto, nem todas as unidades de saúde conseguiram equacionar o problema de acesso ao pré-natal, o que pode explicar também os altos índices de gestantes sem nenhuma consulta de pré-natal realizada.

É possível apontar, ainda, alguns fatores que podem facilitar e outros que podem dificultar a utilização do protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco e, por conseqüência, a redução da morbimortalidade materno-infantil que é o objetivo principal que o protocolo se propõe atingir.

Dentre os aspectos facilitadores ao uso do protocolo sobressai a percepção dos profissionais de que o mesmo representa um elemento ordenador da prática, no sentido de organizá-la e de torná-la mais efetiva, além de oferecer um padrão mínimo necessário para uma assistência de boa qualidade aos profissionais que não possuem formação específica em obstetrícia (no caso, médicos de família e comunidade e enfermeiros).

Também a regionalização da atenção secundária, com a interlocução direta entre os dois níveis de complexidade para agendamento de consultas de alto risco e de puerpério foi aprovada pelos profissionais dos dois grupos. Ainda assim, segundo estimativas dos médicos obstetras, entre 10 e 25% das puérperas não comparecem às consultas previamente agendadas no momento da alta hospitalar.

Apesar de muitos serviços realizarem busca ativa dos recém-nascidos de sua área de atuação, especialmente dos de alto risco, a partir de relatórios emitidos pelo SINASC, com vistas à inscrição no Programa Pré-Nenê, estas ações não estão integradas com aquelas relativas ao puerpério, resultando em uma atenção ainda desarticulada e fragmentada, embora um dos objetivos explícitos do Protocolo de Pré-Natal seja o de integrá-lo aos demais programas. Esta integração parece acontecer de maneira mais efetiva

nos PSF, talvez devido às características inerentes ao seu funcionamento (apenas um médico e um enfermeiro por equipe e menor população adscrita ao serviço).

Um terceiro aspecto a ser ressaltado diz respeito à percepção dos profissionais de que o cumprimento dos itens exigidos pelo SISPRENATAL gera receita para o Fundo Municipal de Saúde, embora não seja claro para nenhum dos participantes dos dois grupos de que forma isto se concretize. Ao mesmo tempo, a autonomia de decidir a melhor intervenção para cada caso, associada à flexibilidade, que permite a ampliação do leque do que foi preconizado, são fatores importantes para que os profissionais não se sintam tolhidos nem engessados por suas recomendações e a solicitação de pelo menos uma ecografia por gestação é um bom exemplo disto e ilustra perfeitamente a dificuldade de seguir recomendações que contrariem a preferência de médicos e pacientes; elas costumam ser simplesmente ignoradas. Se flexibilidade e autonomia não facilitam a adesão ao protocolo, também não a impedem nem tornam os profissionais refratários a seu uso.

Outro atributo considerado bastante positivo por todos os participantes foi o respaldo institucional oferecido pelo protocolo aos profissionais da rede de atenção básica em casos de demandas judiciais por alegada má prática.

Por último, um aspecto citado como facilitador por todos os presentes nos dois grupos foi a existência de uma solicitação de exames específica para o pré-natal, onde apenas deve ser assinalado o ou os exames requisitados.

O fato de o protocolo ser baseado em evidências em nenhum momento foi mencionado como importante para sua utilização. Isto talvez demonstre pouca familiaridade com os princípios da medicina baseada em evidências e com o uso da Internet para a aquisição e atualização de conhecimento científico, o que pode ser comprovado pela assertiva de quase todos os profissionais de que ainda utilizam

preferencialmente os métodos tradicionais tais como livros texto, comparecimento a Congressos, reuniões científicas, etc.

Em relação aos atributos apontados como dificultadores para a utilização do protocolo de pré-natal algumas questões cruciais para sua efetiva utilização foram citadas.

A primeira delas diz respeito às recomendações do protocolo que foram consideradas prolixas e pouco claras pelos médicos obstetras, inclusive em relação à apresentação gráfica das mesmas. Embora quase todos os médicos tenham considerado que as recomendações possuíam embasamento científico para sua indicação, é necessário reconhecer que ainda existem concepções e, por certo, condutas divergentes.

Em segundo lugar, emergiu a questão dos recursos humanos. Com exceção dos PSF, que possuem agentes comunitários de saúde para a realização de busca ativa de gestantes e de puérperas faltosas, todas as demais unidades referiram enfrentar dificuldades em executar esta ação por deficiência de pessoal. Pelo mesmo motivo, também, nenhuma das unidades básicas de saúde representadas faz o cálculo para a verificação do número esperado de gestantes para a área de atuação do serviço, atendendo apenas a demanda espontânea, o que contraria formalmente o protocolo de pré-natal que estabelece as metas de cobertura e fornece a fórmula para que cada unidade calcule as suas.

Em terceiro lugar aparece a questão da assistência farmacêutica para o ciclo gravídico-puerperal que foi considerada insuficiente por disponibilizar apenas um antibiótico, no caso a amoxicilina, e pela inexistência, na rede de atenção básica, da oferta de ácido fólico recomendado como preventivo de malformações do tubo neural. Também o abastecimento irregular de sulfato ferroso foi apontado como um fator limitante ao uso do protocolo, não no sentido de não ser prescrito, mas na dificuldade de acesso das pacientes ao medicamento.

Outro aspecto abordado diz respeito aos equipamentos utilizados para verificação de tensão arterial (esfigmomanômetro) e dos batimentos cardio-fetais (SONAR) que quando precisam ser consertados demoram demasiado, além de existirem em pouca quantidade nas unidades. Isto acaba comprometendo a assistência pré-natal de maneira importante, pois sem a aferição correta da tensão arterial não se faz diagnóstico de doença hipertensiva e sem a ausculta dos batimentos cardio-fetais não se tem idéia da vitalidade fetal.

Também a inexistência de um fluxo para agravos de saúde mental ao longo do ciclo gravídico-puerperal, embora o protocolo tenha previsto a referência para alto risco, foi entendido como uma limitação ao seu uso.

E, por fim, apontado como o grande problema por todos os participantes dos dois grupos, surgiu a questão dos registros, especialmente daqueles que devem ser realizados na primeira consulta de pré-natal, mas também nas subseqüentes, com o posterior envio para a digitação no nível central. Alguns outros estudos realizados avaliando a qualidade da assistência pré-natal também encontraram registros falhos e incompletos (COUTINHO, 2003) e este tem sido um achado freqüente em diversos sistemas de saúde em todo o mundo. Este problema tende a se agravar quando os relatórios gerados retornam para as unidades de saúde com perda de dados já enviados, o que significa retrabalho e desestímulo, além de colaborar para a percepção de não-significância do trabalho realizado. Como esta foi considerada por todos como a grande mudança no processo de trabalho ocorrida após a implantação do protocolo, já havia sido mencionada como problema nas respostas aos questionários em 2003 e também já causara manifestações de inconformidade quando da apresentação do protocolo à rede assistencial, talvez seja neste ponto, sem esquecer dos demais, que se torne necessário reavaliar e readequar a maneira

como se estrutura e se processa o pré-natal nos serviços visando à superação dos problemas detectados.

Todas as organizações dependem, em maior ou menor grau, do empenho e do desempenho de seus trabalhadores para que os resultados de seus processos produtivos sejam considerados como de boa qualidade. Por suas características intrínsecas, que incluem a gravidade de erros porventura cometidos, sua natureza multidimensional, altamente especializada e interdependente, a dificuldade em medir o resultado do processo e o papel primordial do usuário do produto, nos serviços de saúde esta afirmação torna-se mais relevante na medida em que as habilidades conferem ao nível operacional o poder quase completo sobre o sistema de produção e sobre a qualidade do que é produzido. No entanto, na área da saúde, a fragmentação do trabalho em etapas cuja integralidade é desconhecida do trabalhador costuma produzir alienação na medida em que este passa a sentir-se, quando muito, responsável apenas por aquela parcela do trabalho e sem compromisso com o objetivo final de todo o processo.

Segundo Campos (1997):

*“A fixação da inteligência e da disciplina em fragmentos do processo de reabilitação ou de promoção de saúde, não somente embrutece o profissional como o aborrece. Concentrar-se em atos esvaziados de sentido ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isto termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável.”*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em vista do que emergiu destes dois encontros realizados e do que foi até aqui abordado é necessário destacar alguns aspectos. Se partirmos da idéia de que organizações de saúde podem ser classificadas como organizações inteligentes é possível esperar que novos paradigmas gerenciais e ferramentas de gestão possam ser incorporados com a finalidade de produzir melhores resultados.

No caso específico do protocolo de pré-natal, embora a adesão a seu uso tenha se demonstrado parcial, não parece haver rejeição ao mesmo, sendo necessário, no entanto, que alguns ajustes importantes sejam realizados de maneira que ele seja concretamente incorporado à prática dos serviços. Para tanto, seria desejável que cada Gerência Distrital se tornasse responsável pela supervisão da assistência pré-natal realizada nas unidades de saúde que a compõem. Esta supervisão, mais próxima do nível operacional, com mecanismos não autoritários nem punitivos, deveria privilegiar a participação consciente no processo de trabalho em toda sua extensão e significado (SANTANA, 1993). Sua coordenação poderia ser exercida por um dos profissionais que também realize a assistência pré-natal e que, portanto, possua conhecimento sobre todas as etapas do processo, o que facilitaria o estabelecimento de estratégias e buscaria recuperar a integralidade do cuidado oferecido.

Ainda no âmbito de funcionamento das Gerências Distritais seria fundamental instituir espaços para reflexão, formação e educação permanente a partir das necessidades dos serviços e que tivessem como objetivo o aprimoramento do compromisso fundamental da organização, qual seja, o bem público.

Torna-se imprescindível também que, naquelas unidades onde apenas o médico presta a assistência pré-natal, os demais trabalhadores sejam integrados ao Programa, com a responsabilização de toda a equipe pela integralidade do cuidado exigido, em uma abordagem de fato multidisciplinar e abrangente, com a distribuição de tarefas, inclusive dos registros necessários, entre todos os seus membros.

É necessário, ainda, que ao ser atualizado, o protocolo tenha suas recomendações e seu algoritmo revistos para que se tornem mais claros e concisos, atributos considerados essenciais à sua utilização. A discussão de estratégias efetivas de implementação, com o uso da informatização da rede assistencial, que se encontra em andamento, aliada à publicização e à disponibilização, não só do protocolo de pré-natal, mas de todos os protocolos da SMS em sua página na *inter* e *intranet*, poderia contribuir para aumentar a adesão aos protocolos existentes.

Também a incorporação de outras categorias profissionais ao grupo de elaboração (médicos de família e comunidade, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, etc.) seria desejável no sentido de estabelecer um enfoque multidisciplinar e de vincular, também, estes profissionais à assistência pré-natal.

Ainda com referência à atualização, seria recomendável que fossem selecionados indicadores que informassem sobre sua utilização. Como indicadores de processo poderiam ser utilizados os critérios do SISPRENATAL, por ser esta uma ferramenta já existente. Mas também poderiam ser introduzidos indicadores de resultado, que traduzissem, por exemplo, a percepção e a satisfação das gestantes e que incorporassem suas opiniões sobre a assistência oferecida.

Por outro lado, o cumprimento dos requisitos do SISPRENATAL gera recursos e, na medida em que os custos do setor saúde são crescentes e as receitas não conseguem suprir todas as demandas, não devem ser desperdiçados. Talvez fosse possível, então,

organizar a assistência laboratorial de maneira que o número de inscrição no SISPRENATAL constasse também da requisição de exames (que já é específica) e que, quando os mesmos fossem realizados, gerassem informação *on line* ao nível central. Isto evidenciaria, também, onde se concentram os pontos críticos do não cumprimento da rotina assistencial, possibilitando intervenções mais diretas no sentido da correção das distorções existentes.

## REFERÊNCIAS

- BEATO, Cristina V. **Progress Review: Maternal, Infant and Child Health**. Disponível em: <[http://www.healthypeople.gov/document/html/volume 2/16mich. htm](http://www.healthypeople.gov/document/html/volume%202/16mich.htm)>. Acesso em: 13.09.2004.
- BORDIN, Ronaldo; CAPRA, Margareth L. P. Contribuições do protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida para o processo de gestão do SUS em Caxias do Sul. In: BORDIN, R.; MISOCZKY, M. C. (Orgs.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CABANA, M. D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? **JAMA**, 282, p. 1458-1465, 1999.
- CAMPOS, Gastão W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- . Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Praxis en salud: un desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.
- CECILIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1997.
- COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T.; DAIN, S.; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov.-dez. 2003.
- DALL'AGNOL, Clarice M.; TRENCH, Maria H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas em Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.
- DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept. 23-30, 1988.
- ECCLES, Martin et al. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomized controlled trial. **British Medical Journal**, 325, p. 941-944, 2002. Acesso em: 5 jan. 2005.

FEDER, Gene et al. Clinical guidelines: using clinical guidelines. **British Medical Journal**, 318, p. 728-730, 1999. Acesso em: 5 jan. 2005.

FRANCO, L. R. **Perfil epidemiológico das mortes maternas do município de Porto Alegre no período de 1999 a 2003**. Monografia de conclusão de Curso Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública. Porto Alegre: SES-RS e Fundação Osvaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

GABBAY, John; LE MAY, Andrée. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. **British Medical Journal**, 329, p. 1013-1016, 2004. Acesso em: 24 jan. 2005.

GROL, Richard et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. **British Medical Journal**, 1998 Sept. 26; 317 (7162), p. 858-861. Acesso em: 6 jan. 2005.

ICHINOSE, Roberto M.; ALMEIDA, Rosimary T. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, Olimpio J. N. V. (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee to advise the Public Health Service on clinical practice guidelines. FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (Eds.). **Clinical practice guidelines: directions for a new program**. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MAHMUD, Simone D. P. **Protocolos clínicos: adesão e aplicabilidade numa instituição hospitalar**. Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

MERHY, Emerson E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud – un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MISOCZKY, Maria Ceci de A.; BECH, Jaime (Org.). **Estratégias de organização da atenção em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade maternas**. Washington: 2002.

POLANCZYK, Carísi A. Histórico e definição dos protocolos e diretrizes em saúde. In: MORETTO, Alexandre (Org.). **Diretrizes e protocolos clínicos para o SUS: instrumentos para a qualificação de assistência em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

PORTELA, Margareth C. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde**. Disponível em:

<[www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/TT\\_AS\\_03MPORETELA\\_Diretrizes clínicas.pdf](http://www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/TT_AS_03MPORETELA_Diretrizes clínicas.pdf)>.

Acesso em: 15 mar. 2006.

SACKETT, David L. et al. Diretrizes. In: **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2. ed. Trad. Ivan Carlquist. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTANA, J. Paranaguá de. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Disponível em:

<[www.opas.org.br/rh/publicações/textos\\_apoio/pub06U3T4.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/pub06U3T4.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Mortalidade Materna de Porto Alegre do ano de 2003**. Comitê Municipal de Estudos e Prevenção de Morte Materna de Porto Alegre. Texto não publicado.

SERRUYA, Suzanne J.; LAGO, Tânia de G.do; CECATTI, José G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, ago. 2004.

SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde** : o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, Letícia K. Avaliação tecnológica e análise custo efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 501-520, 2003.

SILVA, Pedro L. B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SIRENA, Maria da Glória A. O uso de protocolos no SUS. In: MORETTO, Alexandre (Org.). **Diretrizes e protocolos clínicos para o SUS**: instrumentos para qualificação da assistência em saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

STEIN, A. et al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, abr.-jun. 2003.

STEIN, Airton. Como realizar uma diretriz e um protocolo clínico. In: MORETTO, Alexandre (Org.). **Diretrizes e protocolos clínicos para o SUS**: instrumentos para qualificação da assistência em saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

VÍCTORA, Ceres G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde** : uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIVIAN, Fernando. **A gestão de médicos através de um núcleo gerencial de saúde em Caxias do Sul**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola de Administração. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

WOOLF, Steven et al. Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **British Medical Journal**, 318, p. 527-530, 1999.

## **ANEXO**

### **CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
aceito participar da realização de um grupo focal para discutir o uso de protocolos assistenciais, em especial do Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Estou informado de que esta reunião será gravada para posterior coleta e tabulação do conjunto de opiniões sendo, no entanto, vedada a divulgação de seu conteúdo, a não ser para as finalidades deste trabalho. Também estou ciente de que está garantido o anonimato dos participantes, bem como seu direito à desistência em participar desta pesquisa, a qualquer momento e sem justificativa.

Este grupo focal integra o projeto de pesquisa de DINORÁ HOEPER para o curso de Especialização em Gestão em Saúde da Escola de Administração da UFRGS.

Porto Alegre, junho de 2005.

---