

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

JUDETE SILVA NUNES

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

UBERABA-MG

2024

JUDETE SILVA NUNES

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa.

UBERABA-MG

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

N925c Nunes, Judete Silva
Conhecimentos, atitudes e práticas das equipes de saúde da família no atendimento pré-natal de baixo risco / Judete Silva Nunes. -- 2024.
83 f. il. : fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

1. Saúde da mulher. 2. Cuidado pré-natal. 3. Estratégias de saúde nacionais. 4. Atenção primária à saúde. 5. Pesquisa sobre serviços de saúde I. Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.99

Sônia Maria Rezende Paolinelli - Bibliotecária - CRB-6/1191


JUDETE SILVA NUNES

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.


Uberaba, 05 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **LEILA APARECIDA KAUCHAKJE PEDROSA**
Data: 10/06/2024 16:22:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa — Orientadora

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDA BONATO ZUFFI**
Data: 11/06/2024 08:08:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. Fernanda Bonato Zuffi

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **MARIANA TORREGLOSA RUIZ**
Data: 12/06/2024 10:15:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **FABIANA FERNANDES SILVA DE PAULA**
Data: 10/06/2024 19:17:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Fabiana Fernandes Silva de Paula

Secretaria Municipal de Saúde —Uberaba-MG

Documento assinado digitalmente
 **MARIA CRISTINA DE MOURA FERREIRA**
Data: 11/06/2024 22:33:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Maria Cristina de Moura Ferreira

Universidade Federal de Uberlândia

Dedico este trabalho a meus pais Eliana Gabriela (*in memoriam*) e Antônio Roberto.

Ao meu esposo Nivaldo (*in memoriam*), por ter me apoiado nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho, Eduardo por ser tão especial, companheiro e amoroso.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela para o meu aprendizado.

À minha orientadora Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, pela paciência e incentivo.

À Profa. Dra. Fernanda Bonato Zuffi, pelo incentivo, pela amizade e por estar sempre ao meu lado.

À banca examinadora da qualificação e defesa pelas valiosas contribuições.

Aos enfermeiros e médicos das equipes de Saúde da Família, participantes deste estudo, pois sem eles não poderia realizar essa tese. E aos gerentes das unidades de saúde, que tanto contribuíram no momento da coleta de dados.

À secretaria de saúde, especialmente ao departamento de atenção básica, que oportunizaram a realização desse trabalho.

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão e apoio incondicionais. Especialmente minha prima-irmã Adriana Oliveira e minha irmã “siamesa” Dra. Fabiana Fernandes.

E a todos, que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

“Eu faço da dificuldade a minha
motivação. A volta por cima vem da
continuação.”

Charlie Brow Jr

RESUMO

NUNES, J. S. **Conhecimentos, atitudes e práticas das equipes de Saúde da Família no atendimento pré-natal de baixo risco.** 2024. 82 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

O pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e laboratoriais com o objetivo de acompanhar a gestante avaliando sua evolução com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças da gestante e da criança, bem como reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Os profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família devem realizar o pré-natal de baixo risco, provendo cuidado contínuo através de acompanhamento que deverá ser iniciado no primeiro trimestre de gestação. Compreender melhor o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da saúde que atuam na atenção ao pré-natal de baixo risco pode ajudar na redução de riscos e complicações. Ao identificar falhas no conhecimento, atitudes ou práticas relacionadas ao pré-natal, é possível implementar intervenções direcionadas para reduzir riscos e complicações durante a gravidez. Diante disso, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família de Uberaba (MG) quanto ao pré-natal de baixo-risco e aspectos da política pública de saúde e perfil de morbidade das doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Para tal, foi realizado um estudo de abordagem quanti-qualitativa em duas etapas: a primeira - de abordagem quantitativa descritiva, em que os dados foram coletados por meio de questionário de caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores de equipes de Saúde da Família e o questionário Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco, sendo empreendida análise descritiva univariada; e a segunda - de abordagem qualitativa, foi realizada análise documental do Plano Municipal de Saúde para compreender o modo como a atenção à gestante em acompanhamento de pré-natal de baixo risco é descrita no referido documento. Foi possível identificar elevado conhecimento dos principais agravos que podem acometer a gestante no cuidado de pré-natal de baixo risco, sendo aspectos relacionados à infecção do trato urinário, que apresentou maior percentual de erro. Com relação às práticas dos profissionais no cuidado à gestante, os participantes afirmaram, em sua grande maioria, que realizavam às vezes ou nunca as orientações relacionadas ao registro de movimentos fetais pela gestante, solicitação de ultrassonografia obstétrica

para datação de gemelaridade, solicitação de *Coombs* indireto no caso de Rh negativo e realização de consulta puerperal para todas as mulheres em torno do 40º dia após o parto. A percepção dos participantes da capacitação de Educação em Saúde para assistência pré-natal aos profissionais de saúde enfermeiros e médicos quanto a sua aplicação ao trabalho foi positiva quanto aos conhecimentos abordados que trouxeram para a atenção ao pré-natal, porém, ainda há espaço para melhoria quanto ao engajamento às mudanças e compartilhamento dos conhecimentos do curso junto aos colegas de trabalho. Assim, os resultados identificados desempenham um papel crucial ao enriquecer o conhecimento existente sobre o tema, enquanto também apresentam potencial para orientar profissionais e gestores na revisão e aprimoramento dos cuidados prestados às gestantes durante o pré-natal de baixo risco.

Palavras chave: atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; cuidado pré-natal; saúde da mulher; pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

NUNES, J. S. **Knowledge, attitudes and practices from Family Health teams in low-risk prenatal care.** 2024. 82 f. Thesis (Doctorate in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

Prenatal care constitutes a set of clinical and laboratory procedures with the aim of monitoring pregnant women, evaluating their progress with health promotion and disease prevention actions for pregnant women and children, as well as reducing maternal and child morbidity and mortality. Medical professionals and nurses working in Family Health teams must carry out low-risk prenatal care, providing continuous care through monitoring that should begin in the first trimester of pregnancy. Better understanding the knowledge, attitudes and practices of health professionals who work in low-risk prenatal care can help reduce risks and complications. By identifying gaps in knowledge, attitudes or practices related to prenatal care, it is possible to implement targeted interventions to reduce risks and complications during pregnancy. In view of this, the present study aimed to analyze the knowledge, attitudes and practices of medical professionals and nurses from Family Health teams in Uberaba (MG) regarding low-risk prenatal care and aspects of public health policy and the morbidity profile of diseases. related to prenatal care and childbirth. To this end, a study with a quantitative and qualitative approach was carried out in two stages, the first - with a descriptive quantitative approach, in which data were collected through a sociodemographic and occupational characterization questionnaire of family health team workers and the Knowledge, Attitudes and Practices of health professionals who provide low-risk prenatal care, with univariate descriptive analysis being undertaken; and the second - with a qualitative approach, a documentary analysis of the Municipal Health Plan was carried out to understand how care for pregnant women undergoing low-risk prenatal care is described in that document. It was possible to identify high knowledge of the main problems that can affect pregnant women in low-risk prenatal care, with aspects related to urinary tract infection being the one that presented the highest percentage of errors. Regarding the practices of professionals in caring for pregnant women, the vast majority of participants stated that they sometimes or never provided guidance related to recording fetal movements by the pregnant woman, requesting obstetric ultrasound to date twins, requesting indirect Coombs in the case of Rh negative and postpartum consultation for all women around the 40th day after birth.

The perception of participants in the Health Education training for prenatal care for health professionals, nurses and doctors, regarding its application to work was positive regarding the knowledge covered that they brought to prenatal care, but there is still room for improvement regarding engagement in changes and sharing course knowledge with co-workers. Thus, the identified results play a crucial role in enriching existing knowledge on the topic, while also having the potential to guide professionals and managers in reviewing and improving the care provided to pregnant women during low-risk prenatal care.

Keywords: primary health care; national health strategies; prenatal care; women's health; health services research.

RESUMEN

NUNES, J. S. **Conocimientos, actitudes y prácticas de lo equipos de Salud de la Familia en el prenatal de bajo riesgo.** 2024. 82 f. Tesis (Doctorado en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

La atención prenatal constituye un conjunto de procedimientos clínicos y de laboratorio con el objetivo de acompañar a la gestante, evaluar su avance con las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de la gestante y del niño, así como reducir la morbilidad materna e infantil. Los profesionales médicos y enfermeros que trabajan en los equipos de Salud de la Familia deben realizar cuidados prenatales de bajo riesgo, brindando atención continua a través de un seguimiento que debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo. Comprender mejor los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud que trabajan en la atención prenatal de bajo riesgo puede ayudar a reducir los riesgos y las complicaciones. Al identificar lagunas en el conocimiento, las actitudes o las prácticas relacionadas con la atención prenatal, es posible implementar intervenciones específicas para reducir los riesgos y complicaciones durante el embarazo. Teniendo en cuenta esto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales médicos y enfermeros de los equipos de Salud de la Familia de Uberaba (MG) sobre el cuidado prenatal de bajo riesgo y aspectos de la política pública de salud y el perfil de morbilidad de las enfermedades relacionadas a la atención prenatal y al parto. Para ello se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y cualitativo en dos etapas, la primera - con enfoque cuantitativo descriptivo, en la que se recogieron datos a través de un cuestionario de caracterización sociodemográfica y ocupacional de los trabajadores del equipo de salud de la familia y del Conocimiento, Actitudes. y Prácticas de los profesionales de la salud que brindan atención prenatal de bajo riesgo, realizándose análisis descriptivos univariados; y el segundo - con un enfoque cualitativo, se realizó un análisis documental del Plan Municipal de Salud para comprender cómo se describe en ese documento la atención a las mujeres embarazadas que cursan un control prenatal de bajo riesgo. Se logró identificar un alto conocimiento de los principales problemas que pueden afectar a las gestantes en el control prenatal de bajo riesgo, siendo los aspectos relacionados con la infección del tracto urinario el que presentó mayor porcentaje de errores. Respecto a las prácticas de los profesionales en el cuidado de la gestante, la gran mayoría de los

participantes afirmó que en ocasiones o nunca brindaban orientaciones relacionadas con el registro de los movimientos fetales por parte de la gestante, la solicitud de ecografía obstétrica para fechar gemelos, la solicitud de Coombs indirecto en el caso de Rh negativo. y consulta posparto para todas las mujeres alrededor del día 40 después del nacimiento. La percepción de los participantes de la capacitación de Educación en Salud para el control prenatal dirigida a profesionales de la salud, enfermeras y médicos, respecto de su aplicación al trabajo fue positiva en cuanto a los conocimientos cubiertos que aportaron al control prenatal, pero aún hay margen de mejora en cuanto al compromiso con los cambios y compartir el conocimiento del curso con sus compañeros de trabajo. Así, los resultados identificados juegan un papel crucial para enriquecer el conocimiento existente sobre el tema, al tiempo que tienen el potencial de guiar a los profesionales y gestores en la revisión y mejora de la atención brindada a las mujeres embarazadas durante la atención prenatal de bajo riesgo.

Palabras clave: atención primaria de salud; estrategias de salud nacionales; atención prenatal; salud de la mujer; investigación sobre servicios de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais participantes do estudo. Uberaba (MG), Brasil, 2024	36
Tabela 2 - Conhecimento de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco. Uberaba (MG), Brasil, 2024	38
Tabela 3 - Conhecimento de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco – Casos clínicos. Uberaba (MG), Brasil, 2024	40
Tabela 4 - Atitudes dos profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco. Uberaba (MG), Brasil, 2024	43
Tabela 5 - Práticas dos profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco. Uberaba (MG), Brasil, 2024	46
Tabela 6 - Percepção quanto á aplicação no trabalho dos conhecimentos adquiridos na “Educação em Saúde para Assistência Pré-natal direcionada aos Enfermeiros e Médicos da Estratégia Saúde da Família. Uberaba (MG), Brasil, 2024	50

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimentos Cardíofetais
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DS	Distritos Sanitários
ESF	Estratégia Saúde da Família
Hb	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ITU	Infecções do Trato Urinário
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTOG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.2. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	19
2.3. UTILIZAÇÃO DE PROCOTOLOS NO PRÉ-NATAL NA ESF.....	22
2.4. HISTÓRICO DO CUIDADO DA SAÚDE MATERNO-INTANTIL NA SAÚDE PÚBLICA E A CRIAÇÃO DA CADERNETA DA GESTANTE.....	23
3.JUSTIFICATIVA.....	28
4. OBJETIVOS.....	29
4.1. OBJETIVO GERAL.....	29
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5. MATERIAL E MÉTODOS.....	30
5.1. TIPO DE ESTUDO.....	30
5.2. LOCAL DO ESTUDO.....	31
5.3.POPULAÇÃO.....	32
5.4. COLETA DE DADOS	33
5.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	33
5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
6.RESULTADOS.....	36
7.DISSCUSSÃO.....	57
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
9.REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76
ANEXO A - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL.....	78
ANEXO B - CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	79
ANEXO C – IMPACTO DO TREINAMENTO NO TRABALHO.....	83

1. INTRODUÇÃO

Novas descobertas acerca dos avanços na Atenção Primária à Saúde (APS) têm contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange a universalidade, integralidade, equidade, bem como a qualidade dos serviços de saúde prestados (SCHNEIDER, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em 1978 em Alma Ata, reafirmou a saúde como um direito humano fundamental. Além disso, preconizou, como a mais importante meta social mundial a ser alcançada, a obtenção do mais alto nível possível de saúde, o que requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BRASIL, 2017).

Desde então, a OMS passou a enfatizar que a APS como chave para que seus objetivos fossem atingidos permitindo que a APS ganhasse notoriedade em 1978, constituindo o primeiro local de contato entre o usuário e o SUS para a prestação de serviços de saúde. Assim, foram instituídas ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2017).

Reconhecida como Atenção Básica (AB), a APS é a porta de entrada dos usuários do SUS, que buscam o atendimento às suas necessidades de saúde. Tem como uma de suas principais políticas a ESF, criada em 1994 (BRASIL, 1997).

A ESF propõe à reorganização da AB em âmbito nacional, estadual e municipal conforme preceitos do SUS, sendo considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação dos serviços prestados em nível primário de atenção (SCHNEIDER, 2018).

Favorece ainda, uma reorientação do processo de trabalho, amplificando a resolutividade da saúde das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017). Para que seja assegurada uma prestação de serviços de qualidade, as ESF são compostas por equipe multiprofissional; médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de

saúde. Tais equipes podem ainda conter cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

Dentre os vários cuidados ofertados nas ESF, destaca-se o acompanhamento ao pré-natal, ferramenta que aliada à capacidade das equipes, objetiva garantir a todas as mulheres atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, pré-natal e parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê (BRASIL, 2011a).

O acompanhamento da gestação desde o primeiro trimestre é um indicador de qualidade na assistência da AB. A captação de gestantes para início imediato do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e realização de intervenções adequadas em caso de condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

Um total de seis desfechos como o número de consultas de pré-natal, vacina antitetânica (se necessária), prescrição de sulfato ferroso, procedimentos de exame físico, orientações educativas recebidas e exames laboratoriais realizados foram selecionados e analisados separadamente durante uma pesquisa realizada com 6.125 gestantes que fizeram seu último pré-natal nas unidades de saúde da família (TOMASI *et al.*, 2017).

A pesquisa em questão demonstrou que apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal de forma adequada considerando os indicadores supramencionados preconizados pelo Ministério da Saúde. Para sua execução foi realizado o censo de todas as unidades básicas de saúde (UBS) registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, localizadas nas zonas urbana e rural dos 5.565 municípios do Brasil, além do Distrito Federal (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010, também incluídas 227 mulheres (3,8%) com menos de 18 anos que atendiam aos demais critérios de inclusão para a realização da pesquisa (TOMASI *et al.*, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, possibilitando um desenvolvimento fetal adequado bem como uma gestação de baixo risco por meio de prevenção e detecção precoce de possíveis doenças. Essas ações possibilitam um atendimento humanizado, de qualidade, através de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado (BRASIL, 2012).

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso (Schneider, 2018). De acordo com o MS, as consultas de pré-natal de baixo risco na ESF deve ser intercaladas entre o profissional enfermeiro e médico (BRASIL, 2012).

Fundamentação teórica, metodológica, de critérios e de indicadores que avaliam e monitoram a qualidade dos serviços de saúde são estratégicos para que instrumentos e protocolos sejam padronizados e revisados conforme a necessidade dos serviços (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Instrumentos para a avaliação da qualidade dos serviços com o cuidado em saúde no pré-natal são encontrados, porém, são escassos aqueles que avaliam a adesão dos profissionais médicos e enfermeiros aos protocolos assistenciais de pré-natal (HUSSAIN *et al.*, 2019).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir será apresentado o referencial teórico adotado para a presente pesquisa.

2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994, com o propósito de substituir o modelo biomédico predominante na assistência à saúde focado apenas na cura das doenças, o MS propôs a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) hoje denominada de ESF, com a finalidade de reorganizar a assistência dos níveis de atenção à saúde (MENDES, 2012).

De acordo com o MS, a população da área adstrita deve ser acompanhada pelas equipes de saúde, sendo cada uma delas responsável por, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 1997).

As equipes de Saúde da Família devem prestar atendimento em território delimitado para que a população da região circunscrita possa ser acompanhada nas

unidades e em seus domicílios, favorecendo a identificação, prevenção de morbidades e promoção da saúde dessa população (MALTA *et al.*, 2017).

Equipes vinculadas à ESF devem ser compostas por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, além de quatro a seis agentes comunitários de saúde devendo os mesmos conhecer e atender as necessidades da população local (BRASIL, 2011b).

Assim, a vivência profissional em tais unidades permite o diagnóstico situacional, contribuindo para a criação de ferramentas e planejamento de ações que visem a qualidade dos serviços (SCHNEIDER, 2018).

O interesse em acompanhar os avanços e as lacunas na APS tem corroborado para o desenvolvimento do SUS e da ESF uma vez que se produz evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade dos serviços prestados à comunidade (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A ampliação do acesso e da utilização de serviços de saúde da ESF evidenciam a melhoria da qualidade e integralidade da promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2018).

A sistematização de propostas e sugestões para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde são imprescindíveis para ampliar a melhoria do cuidado e das condições de saúde da população, em comparação aos modelos tradicionais, especializados e médico centrados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A oferta de cuidados de saúde na ESF depende de processos e de práticas profissionais aliadas à organização e à gestão do cuidado por equipe multiprofissional, objetivando o aumento da efetividade da assistência (BARCELOS *et al.*, 2017).

Estudo realizado sobre utilização e qualidade da atenção prestada na ESF, avaliou a melhoria da qualidade dos serviços por meio de ações programáticas típicas. Dentre eles, destaca-se a assistência prestada durante o pré-natal em que 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso (TOMASI *et al.*, 2017). A assistência pré-natal está pautada nos cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do conceito. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações na gestação e no parto, reduzir os índices de

morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da maternidade e paternidade (ALMEIDA et al., 2021).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo biomedicista, hospitalocêntrico e tecnocrático.

2.2. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

O pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e laboratoriais com o objetivo de acompanhar a gestante avaliando sua evolução com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças da gestante e da criança, bem como reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Deve ser iniciado tão logo se descubra a gravidez, através de medidas preventivas, ações de promoção à saúde e a identificação de fatores de risco em tempo oportuno (Cruz, 2019).

Objetivando aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, no início da década de 80 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 1985).

O referido programa foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Paradoxalmente, o PAISM constitui-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs a implantação de um programa que contemplava a regulação da fecundidade, suscitando várias suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade (Brasil, 1985).

Analisando brevemente a história desse Programa e seu significado social, pode-se dizer que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por isso mesmo, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação. Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em

1995. Consequentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (Brasil, 1985).

Diante da necessidade de garantir atenção ao pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, em 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), elencando a humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Propõe indicadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, tendo como estratégias assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento a gestante, assistência ao parto e puerpério, fundamentando-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal (Brasil, 2000).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi instituído em 2004 pelo Ministério da Saúde, o Governo Brasileiro obteve como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a redução da morte materna e neonatal tendo assumido essas ações em Conferências Internacionais (Brasil, 2004).

Em 2005, por meio da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o Ministério da Saúde lançou o desafio de assumir a conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, apresentando linhas de cuidado integral à saúde da criança, dentre elas a promoção, proteção e o apoio ao AM (Brasil, 2004).

Em 2006, após ampla discussão, estabeleceu-se o Pacto pela saúde, que ratifica todos os compromissos e metas citadas anteriormente. A Rede Amamenta Brasil surgiu da necessidade de a amamentação ser compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural, e da necessidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica (Brasil, 2011).

Em 2008 foi instituída a Portaria nº 2.799 em 18 de novembro, no âmbito do SUS, a Rede Amamenta Brasil (AM) coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, com o Departamento de Atenção Básica, ambos vinculados à Secretaria de Atenção à

Saúde do Ministério da Saúde, com o propósito de aumentar os índices de amamentação no País a partir da circulação e troca de informações entre os serviços envolvidos e capacitar os profissionais que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para que os mesmos se tornassem os agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM promovendo uma prática integralizadora (Brasil, 2008).

Essa estratégia interligava UBS, secretarias municipais e estaduais de saúde, o governo federal e a sociedade com o propósito de revisar e atualizar o trabalho interdisciplinar nas UBS, apoiando-se nos princípios da educação permanente, no respeito à visão de mundo dos profissionais e nas especificidades locais e regionais (Brasil, 2008).

Em março de 2011, é implantada a Rede Cegonha, composta por um conjunto de medidas que visa garantir a todas as mulheres, o atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, pré-natal e parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê (Brasil, 2011a).

Em 2013 considerando a baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de seis meses de idade, a baixa duração do aleitamento materno total, a introdução precoce de alimentos e os hábitos alimentares não saudáveis na idade de 6 a 12 meses o Brasil instituiu portaria nº 1.920, instaurando a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Brasil, 2011).

No ano de 2015 a Organização das Nações Unidas compôs o terceiro objetivo sustentável (ODS3) que tem seu foco principal na saúde da população. Por isso, apresenta metas como: a redução drástica da mortalidade materna (3.1), o fim das mortes evitáveis de bebês e crianças até 2030 (ONU,2023). Defronte de tantos acontecimentos algumas ações voltadas para assistência ao Pré-Natal passaram ser de suma importância por emanarem as raízes de um movimento a favor da qualidade e humanização. São elas: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; a Rede Cegonha; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Projeto Ápice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (AMORIN et al., 2022).

A realização do pré-natal através do acolhimento e triagem gestacional possibilita a identificação de fatores de risco ou complicações que podem comprometer a saúde materna (Brasil, 2022).

Os profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas ESF devem realizar o pré-natal de baixo risco, provendo cuidado contínuo através de acompanhamento que deverá ser iniciado no primeiro trimestre de gestação (Brasil, 2012).

Além das consultas de rotinas que devem acontecer mensalmente até 28 semanas, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais após 36 semanas, até o parto, a gestante deve ser orientada a realizar o teste rápido para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite B e C, mesmo antes da primeira consulta (Guimarães *et al.*, 2018).

Recomenda-se que a cada consulta sejam avaliadas as queixas, os riscos, verificação da pressão arterial sistêmica (PAS), altura uterina, peso, batimentos cardíacos (BCF), exames solicitados, tratamentos instituídos e adesão da gestante. Nesse contexto, é imprescindível que seja feito o registro de todas as informações possíveis no prontuário e no cartão da gestante, inclusive, os diagnósticos de enfermagem, prescrições e os resultados alcançados (Brasil, 2016).

O planejamento das ações permite determinar as atribuições de cada profissional por meio de um método de trabalho padronizado na assistência da qualidade às mulheres no período gestacional (Fernandes; Campos; Francisco, 2019; Guimarães *et al.*, 2018).

2.3. UTILIZAÇÃO DE PROCOTOLOS NO PRÉ-NATAL NA ESF

Em 1984, atendendo a uma série de reivindicações, o MS elaborou o PAISM, marcado por uma ruptura conceitual com os princípios da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (Tomasi *et al.*, 2017).

O referido programa incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação da saúde. Ainda, instituiu a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, no planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis,

câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento as outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004).

A partir de sua criação foram criados protocolos para que os profissionais de saúde exerçam suas atribuições de forma sistemática, zelando pela qualidade dos serviços prestados (Muniz *et al.*, 2018).

Tais ferramentas estão diretamente relacionadas à definição do modelo de atenção e à construção do processo de trabalho que se deseja implantar. Desta forma, desempenhar atividades baseadas em protocolos é uma questão complexa e envolve muitos fatores organizacionais, sociais e comportamentais (Rodrigues; Nascimento; Araújo, 2011).

A organização do serviço, por meio de protocolos, garante que durante o atendimento os requisitos mínimos sejam cumpridos durante a assistência pré-natal (Fernandes; Campos; Francisco, 2019; Guimarães *et al.*, 2018).

Repensar a atenção ao pré-natal envolvendo os profissionais pressupõe um novo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e organização do serviço, para que através da instituição de protocolos, se valorize a competência técnico-científica de cada membro da equipe multiprofissional, oferecendo assim uma assistência de qualidade e humanizada à gestante (Tomasí *et al.*, 2017).

A falta de instrumentos formais e objetivos na prática clínica repercute na definição de condutas terapêuticas e na elaboração de um plano de intervenção, além de refletir no diagnóstico.

2.4. HISTÓRICO DO CUIDADO DA SAÚDE MATERNO-INTANTIL NA SAÚDE PÚBLICA E A CRIAÇÃO DA CADERNETA DA GESTANTE

Na década de 80, o MS implantou o PAISM sem enfoque para gestantes, surgindo assim a necessidade de promover a criação de um programa aplicado ao parto e ao pré-natal, frente aos desafios assistenciais registrados naquele período (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Tal fato se deu a partir de movimentos feministas com a participação dos profissionais de saúde em face da população brasileira ter vivido nas últimas décadas

importantes mudanças no seu perfil reprodutivo (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Mudanças estas que causam grande impacto nas taxas de crescimento e desenvolvimento populacional sobre o padrão de vida adotado. Assim, no ano de 2000, criou-se o PHPN visando a qualidade da assistência prestada e a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, conforme orientado por políticas públicas de saúde no Brasil (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

A partir daí, algumas ações voltadas para assistência ao pré-natal passaram ser de suma importância por emanarem as raízes de um movimento a favor da qualidade e humanização, sendo elas:

- a) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- b) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
- c) Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- d) Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;
- e) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;
- f) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
- g) Rede Cegonha;
- h) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; e
- i) Projeto *Ápice On* – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (AMORIM *et al.*, 2022).

No escopo dessas estratégias, destacam-se a humanização do parto, do puerpério, do nascimento, a organização dos serviços de saúde enquanto uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qualificação técnica das equipes de APS, o acolhimento da gestante e do bebê com classificação de risco em todos os pontos de atenção e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012).

Desta maneira, o MS retrata o objetivo do acompanhamento pré-natal como a fonte de assegurar o bom desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos negativos para a saúde materna (BRASIL, 2012).

O acesso ao cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como principal indicador de avaliação da qualidade da AB, ou seja, o início

precoce do cuidado como o número de consultas realizadas nesse período se mostra importante para uma assistência adequada (BRASIL, 2012, 2016).

Ainda, o MS preconiza dez passos para assegurar um pré-natal de qualidade, objetivando a realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade, conforme descrito no Quadro 1 apresentado a seguir.

Quadro 1 - 10 passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica

1º Passo	Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
2º Passo	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3º Passo	Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4º Passo	Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5º Passo	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6º Passo	É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7º Passo	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8º Passo	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9º Passo	Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10º Passo	As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Adaptado de Brasil (2013, p. 38).

Segundo a Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, outra questão relevante para um pré-natal qualificado é o direito da gestante conhecer a maternidade que prestará assistência nos casos de intercorrência durante o seu acompanhamento e para a realização do parto. O hospital de referência, onde a gestante provavelmente receberá assistência no âmbito do SUS, pode ser visitado previamente para conhecimento e vinculação prévia à maternidade, se essa for sua vontade (BRASIL, 2007).

Alguns estudos informam que a gestação é um período em que ocorrem diversas mudanças fisiológicas e psicológicas que podem ter impactos na imagem corporal da mulher, neste caso as orientações concedidas pelos profissionais de saúde têm a finalidade de proporcionar conhecimento às gestantes para que elas possam saber quais atitudes tomar em diversas situações (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; POSSIDONIO; DOMBROWSKI, 2017).

A gestante deve realizar no mínimo seis consultas de pré-natal intercaladas entre profissional médico e enfermeiro com a seguinte periodicidade: até a 28ª semana - mensal, com intervalo mínimo de quatro semanas entre as consultas; da 28ª até a 36ª semana - quinzenalmente; e da 36ª até a 41ª semana - SEMANALMENTE (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Os exames sugeridos são:

- a) tipagem sanguínea e fator Rh;
- b) testes rápidos/sorologia para HIV, sífilis, hepatite B e C, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus;
- c) hemograma completo;
- d) dosagem de glicemia;
- e) Urina tipo 1/Urocultura
- f) TSH e T4 livre
- g) eletroforese de hemoglobina (Hb) (BRASIL, 2013).

A Caderneta da Gestante é o documento mais completo e de mais fácil acesso que se tem sobre a gestação. Criada em 1988, na ocasião chamada Cartão da Gestante sofreu diversas modificações. Trata-se de um instrumento fundamental para o registro de todos os procedimentos e exames realizados, bem como para monitorar a evolução da gestação. O MS recomenda que este importante instrumento da assistência ao pré-natal permaneça sempre com a gestante, cabendo ao profissional de saúde a responsabilidade de registrar todos os procedimentos realizados, a fim de garantir a continuidade da assistência e fluxo de informações entre os serviços (GONZALEZ; CESAR, 2019). Com o registro dos exames na Caderneta da Gestante, é possível avaliar se os resultados são disponibilizados em tempo hábil, o que é importante para que, diante

de situações específicas, seja possível intervir prevenindo complicações tanto para a mãe como para a criança (GONZALEZ; CESAR, 2019).

De acordo com Andrade (2019), o registro da vacinação é uma peça fundamental para a prevenção de complicações e a proteção do binômio mãe-filho, informação já contemplada na primeira versão do Cartão da Gestante. Este componente do pré-natal é amplamente divulgado e praticado no país, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo MS do Brasil. Como estratégia de melhoria e estabelecimento de novas condutas para ofertar uma melhor qualidade nas ações de pré-natal, parto e puerpério, no ano de 2012 foi lançado o material técnico mais recente elaborado pelo MS, o Caderno da AB nº 32 que respalda e orienta a prática de atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013).

No ano de 2016, em parceria com o governo brasileiro, o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa lançou o Protocolo da AB - Saúde das Mulheres - que também traz o enfoque clínico e de gestão do cuidado e serve de subsídio para a tomada qualificada de decisão por parte dos profissionais de saúde para assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2016).

A assistência ao pré-natal pode ser classificada como de risco habitual ou de alto risco (TOMASI *et al.*, 2017). O Acompanhamento pré-natal de risco habitual ou baixo risco é caracterizado pelo atendimento à gestante que não apresenta fatores de risco individual, sócio-demográfico e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez (BRASIL, 2012).

Pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros, na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), as quais são consideradas portas de entradas das gestantes aos serviços de pré-natal (BRASIL, 2012). Enquanto isso considera-se gestação de alto risco aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2013).

Embora os cientistas ainda não tenham gerado um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco capaz de prever problemas gestacionais de forma aprimorada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador (BRASIL, 2013).

O percentual de gestantes em situação de risco habitual corresponde a 85%, os outros 15% são classificados como assistência ao pré-natal de alto risco, ressaltando-se que ambas as situações podem ser observadas através do preenchimento adequado da Caderneta da Gestante (TOMASI *et al.*, 2017).

Gonzales e Cezar (2019) assinalam que diferentes estudos foram conduzidos no território brasileiro com o intuito de avaliar o preenchimento dos dados de Caderneta da Gestante ou outro instrumento de acompanhamento do pré-natal, e alguns deles fazem referência que a adequabilidade do pré-natal às recomendações brasileiras para a assistência à saúde materna está atrelada ao preenchimento correto destes instrumentos.

Os mesmos ressaltam que um estudo realizado no estado de Minas Gerais (MG) no ano de 2008 e 2010 concluiu que apenas 2,1% dos 95 cadastros das mulheres analisadas preenchia a totalidade de critérios baseados no PHPN do MS considerado “adequado” (GONZALES; CEZAR,2019).

Contudo, a grande maioria dos estudos que tratam deste tema restringem-se à avaliação de demanda em serviços específicos não sendo, portanto, representativos da população, dificultando o estabelecimento de medidas e ações, sobretudo, em nível de município porque as recomendações podem não se aplicar a todos os serviços ali existentes (TOMASI *et al.*, 2017).

3.JUSTIFICATIVA

Estudos que avaliam conhecimentos, atitudes e práticas na atenção ao pré-natal de baixo risco desempenham um papel crucial na melhoria da saúde materna e neonatal.

Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados pré-natais permite identificar lacunas de conhecimento. Essa informação é valiosa para desenvolver programas educacionais específicos que visem preencher essas lacunas e melhorar a compreensão sobre a importância do pré-natal.

Além disso, compreender as atitudes dos profissionais em relação ao pré-natal é fundamental para promover comportamentos positivos. Estudos nessa área podem

revelar aspectos que podem impedir o acesso aos cuidados pré-natais, permitindo que intervenções sejam projetadas para superar essas barreiras.

Ao avaliar as práticas de cuidado pré-natal, por parte dos profissionais de saúde, é essencial garantir que as melhores práticas estejam sendo seguidas. Isso pode incluir a avaliação de exame e a adesão a diretrizes clínicas.

Compreender melhor os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da saúde que atuam na atenção ao pré-natal de baixo risco pode ajudar na redução de riscos e complicações, pois a identificação de falhas possibilita implementar intervenções direcionadas para reduzir desfechos adversos durante a gravidez. Isso contribui para a promoção da saúde materna e neonatal, reduzindo as taxas de mortalidade e morbidade.

Os resultados deste estudo podem destacar a necessidade de educação continuada para profissionais de saúde e gestantes. O campo da obstetrícia e ginecologia está em constante evolução, e garantir que as práticas estejam alinhadas com as últimas evidências científicas é crucial.

Os achados aqui apresentados podem ser utilizados para informar a elaboração de políticas de saúde relacionadas ao pré-natal. Isso inclui a alocação eficiente de recursos, a criação de programas de educação e a implementação de políticas que incentivem o acesso equitativo aos cuidados pré-natais.

Por fim, estudos que avaliam conhecimentos, atitudes e práticas na atenção ao pré-natal de baixo risco são fundamentais para promover uma abordagem mais informada, abrangente e eficaz à saúde materna e neonatal. Essa abordagem contribui para a prevenção de complicações, melhorando os resultados tanto para as gestantes quanto para os recém-nascidos.

4. OBJETIVOS

A seguir são apresentados o objetivo geral e os específicos da presente pesquisa.

4.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais médicos e enfermeiros de equipes da Saúde da Família de Uberaba (MG) quanto ao pré-natal de baixo risco e aspectos da política pública de saúde.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) Delinear o perfil sócio demográfico e profissional dos profissionais médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família;
- b) Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família que realizam pré-natal de baixo risco;
- c) Identificar as ações de saúde relacionadas ao pré-natal de baixo risco presentes na política municipal de saúde;
- d) Analisar a percepção quanto a aplicação no trabalho dos conhecimentos adquiridos na “Educação em Saúde para Assistência Pré-Natal” dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Na sequência serão apresentados os materiais e métodos adotados para responder aos objetivos da presente pesquisa.

5.1. TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa. A utilização das duas perspectivas metodológicas tem sido amplamente utilizada na literatura no es tudo

de fenômenos complexos cuja utilização de apenas uma abordagem, quantitativa ou qualitativa, não poderia contribuir de maneira significativa para o desvelamento de todos os aspectos do objeto em estudo (SOUZA; KERBAUY, 2017).

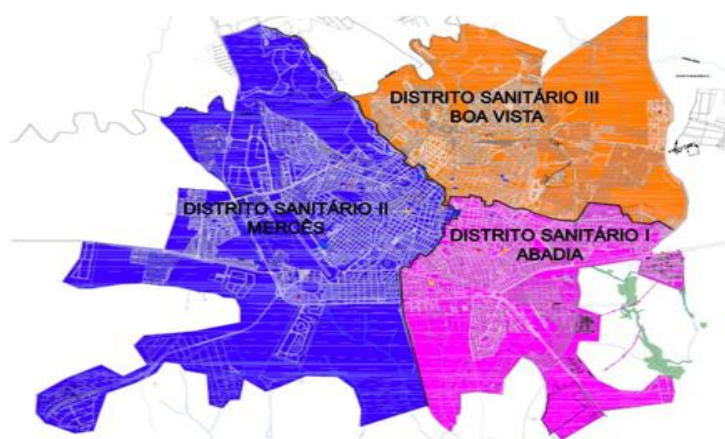
Essa abordagem busca equilibrar a análise estatística de dados numéricos com a riqueza interpretativa das informações qualitativas. Ao integrar ambos os métodos, a pesquisa quanti-qualitativa permite uma compreensão mais completa e profunda dos fenômenos complexos.

Essa combinação oferece *insights* quantificáveis ao mesmo tempo em que explora a subjetividade e a complexidade inerentes a muitos tópicos de pesquisa. Essa abordagem flexível é especialmente valiosa em campos onde a compreensão holística é crucial para uma análise mais completa e contextualizada (GÜNTHER, 2006).

5.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona urbana e rural do município de Uberaba (MG) que está dividido em três Distritos Sanitários (DS) (Figura 1) e conta com 56 equipes de ESF.

FIGURA 1 - DISTRITOS SANITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA



Fonte: Uberaba, 2017.

Este município é polo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, com população estimada em 337.836 habitantes em 2022, conforme aponta o último Censo

(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018). Destaca-se por sua rica diversidade econômica e sua significativa contribuição para a área da saúde. A economia do município é impulsionada por setores como agricultura, pecuária e agroindústria, sendo reconhecido como um dos principais polos agropecuários do país. Além disso, o comércio e os serviços também desempenham papéis fundamentais em sua dinâmica econômica.

No âmbito da saúde, Uberaba se destaca por abrigar importantes instituições hospitalares e centros de pesquisa, consolidando-se como referência regional no setor. A cidade investe em infraestrutura e tecnologia médica, atraindo profissionais qualificados e oferecendo serviços de qualidade à população local e de municípios circunvizinhos.

A interseção entre uma economia diversificada e uma infraestrutura robusta na área da saúde confere a Uberaba uma posição estratégica no cenário estadual e nacional.

5.3. POPULAÇÃO

Os participantes do estudo foram trabalhadores das equipes de Saúde da Família das zonas urbana e rural do município de Uberaba (MG).

Foram entrevistados os profissionais médicos e enfermeiros atuantes em equipes de ESF do município de Uberaba (MG). A população foi composta por uma amostra intencional de todos os profissionais citados anteriormente, lotados nas equipes de Saúde da Família.

Segundo informações cedidas pelo Departamento de AB da Secretaria Municipal de Saúde, existem 115 profissionais atuantes pertencentes ao grupo das profissões citadas, sendo 52 médicos e 55 enfermeiros na zona urbana, 04 médicos e 04 enfermeiros na zona rural. Sendo que três equipes de Saúde da Família da zona urbana possuem dois enfermeiros em cada equipe.

Foram utilizados como critérios de inclusão, os trabalhadores de equipes de Saúde da Família, independentemente de sexo, faixa etária, escolaridade, vínculo trabalhista e com no mínimo três meses de atuação na ESF que atendiam ao público de interesse da pesquisa (mulheres em acompanhamento de pré-natal de baixo risco).

Foram excluídos os profissionais em afastamento do trabalho em decorrência de adoecimento, licença ou período de férias. Os trabalhadores das ESF foram recrutados a partir de convite feito nas unidades de saúde que trabalhavam.

5.4. COLETA DE DADOS

A caracterização dos participantes do estudo foi realizada mediante a aplicação de formulário (Anexo A) de caracterização sócio-demográfica, para o atendimento do objetivo 1 “Delinear o perfil sócio demográfico e ocupacional dos trabalhadores de equipes de Saúde da Família participantes do estudo”.

No delineamento do perfil sócio-demográfico e profissional dos participantes, as variáveis categóricas foram apresentadas por meio de tabelas com uso de frequências relativas e absolutas e as variáveis quantitativas, resumidas em medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão).

Para o atendimento do objetivo 2 “Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família que realizam pré-natal de baixo risco”, foi empregada análise quantitativa e transversal.

Foi utilizado o questionário “Conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco” construído e validado no Brasil por Frisanco (2020). O questionário é do tipo Conhecimento, Atitudes e Práticas – CAP, composto por 45 questões, sendo abertas e fechadas (Anexo B).

Ele é dividido em cinco partes: I - questões fechadas e abertas relacionadas à caracterização demográfica, formação profissional geral, complementar e experiência profissional; II, III e IV compostas por questões fechadas que avaliam, respectivamente, conhecimento (parte II), atitudes (parte III) e práticas (parte IV); V – casos clínicos com alternativas do tipo verdadeiro ou falso complementando o tópico “Conhecimento” do instrumento (FRISANCO *et al.*, 2021).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos resultados dos dados obtidos com o Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco, os achados foram analisados empregando-se apresentação de frequências absolutas e relativas (CALLEGARI-JACQUES, 2003; SILVA *et al.*, 2018).

A coleta dos dados referentes aos dois primeiros objetivos foi realizada nos meses de abril a junho de 2023. A pesquisadora realizou contato prévio com os gerentes das unidades, com intuito de realizar o agendamento para realização da pesquisa, sendo solicitado os horários de melhor fluxo de acordo com a escala de trabalho para que não houvesse interferência no desenvolvimento das atividades.

Os participantes foram abordados nas dependências das referidas unidades nos dias e horários previamente acordados com os gerentes, e convidados a participar do estudo. Após a explicação do objetivo da pesquisa, os profissionais médicos e enfermeiros que aceitaram participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura (Apêndice A).

O questionário é autoaplicável e foi dado aos participantes a opção de responderem no momento da abordagem na unidade, ou posteriormente, sendo agendado o dia para recolhimento do mesmo.

Para o alcance do objetivo 3 “Identificar as ações de saúde relacionadas ao pré-natal de baixo risco presentes na política municipal de saúde” foi empreendida uma análise documental dos Planos Municipais de Saúde.

Na análise foram mapeadas quais ações referidas pelas políticas municipais na oferta de serviços são direcionadas à população de mulheres em acompanhamento do pré-natal de baixo risco na APS. Trata-se, de análise documental das políticas municipais de saúde por exemplo, saúde, assistência social, segurança alimentar e vigilância nutricional.

Para o levantamento e seleção das políticas foi utilizado o site da Prefeitura Municipal de Uberaba, em decorrência do caráter público destas informações.

A análise do Planos Municipais de Saúde foi guiada pela análise documental proposta por Cellard (2008). Especial atenção foi dada ao modo como a atenção à gestante em acompanhamento de pré-natal de baixo risco é descrita no referido documento.

Para o alcance do objetivo 4 “Analisar a percepção quanto a aplicação no trabalho dos conhecimentos adquiridos na “Educação em Saúde para Assistência Pré-Natal” dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF” foi empregada análise quantitativa, transversal descritiva.

Foi utilizado o questionário “Impacto do Treinamento no Trabalho” construído e validado no Brasil por Castro (1999). O questionário é composto por 12 questões que denotam a percepção dos participantes sobre os conhecimentos adquiridos no treinamento (Anexo B).

Os itens são apresentados em uma escala de concordância do tipo *likert* de cinco pontos, em que em que 1 corresponde a “Discordo totalmente”; 2 “Discordo um pouco”; 3 “Não concordo, nem discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo totalmente” (Anexo C) (ABBAD *et al.*, 2012).

Para a análise dos resultados dos dados obtidos com o questionário de Impacto do Treinamento no Trabalho, foi empregada análise descritiva, por meio da apresentação do frequências absolutas e relativas (CALLEGARI-JACQUES, 2003; SILVA *et al.*, 2018).

5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 157393194.00008667) e foi aprovado sob o protocolo de nº 3691372.

Todos os participantes que concordaram em participar do estudo receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, destino dos dados coletados e contribuições dos resultados obtidos. Foram orientados também dos possíveis riscos e das estratégias que foram utilizadas para a sua prevenção.

Após anuência, os participantes fizeram a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice A), após terem recebido informações sobre respeito a liberdade de retirada do consentimento e/ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento.

O presente projeto pauta-se nas recomendações das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 que regulamentam a pesquisa na área da saúde envolvendo seres humanos.

6. RESULTADOS

Dos 115 profissionais atuantes nas equipes de Saúde da Família no momento da coleta dos dados, 111 (96,5%) participaram. Dos 54 médicos que responderam ao questionário, 50 eram da zona urbana e quatro da zona rural. Entre os 57 enfermeiros que responderam ao questionário, 53 eram da zona urbana e quatro da zona rural.

Quanto ao perfil sócio demográfico dos participantes, a média de idade foi de 43,4 ($\pm 10,7$) anos, mínimo de 28 e máximo de 84 anos, maioria casados(as) e em união estável (60,4%), com média de 1,1 filhos, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Com relação aos aspectos profissionais, a maioria dos participantes eram enfermeiros (51,4%) e médicos (48,6%), com especialização (93,7%). O tempo médio de formação destes profissionais foi de 14,2 anos e o tempo em que os profissionais estavam trabalhando na ESF foi de 8,3 anos em média, conforme apresentado na Tabela 1.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024.
(CONTINUA)

Aspectos sócio demográficos	n	%
<i>Área</i>		
Urbana	103	92,8
Rural	8	7,2
<i>Estado civil</i>		
Solteiro(a)	38	34,2
Casado(a)	59	53,2
União estável(a)	8	7,2
Viúvo(a)	6	5,4
<i>Categoria profissional</i>		
Médico(a)	54	48,6
Enfermeiro(a)	57	51,4

<i>Especialização</i>		
Sim	104	93,7
Não	7	6,3

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024

(CONCLUSÃO)

As	Aspectos sócio-demográficos	n	%
<i>Tipo de especialização</i>			
	Especialização <i>lato sensu</i>	87	83,7
	Residência	2	1,9
	Mestrado	11	10,6
	Doutorado	4	3,8

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A partir da avaliação dos itens que compõem a dimensão “Conhecimentos” do instrumento “Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco” foi possível identificar que grande parte dos participantes acertaram as condições apresentadas (percentual de participantes superior a 90%).

A condição que apresentou maior percentual de erro (54,1%) foi “Na presença de duas infecções do trato urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis meses”, que consideraram esta condição errada (Tabela 2)

TABELA 2 - CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024

Condições	Correto	Errado
	n (%)	n (%)
1) Índice de massa corporal >30kg/m ² no início da gestação é fator de risco para Diabetes Gestacional.	111 (100,0)	0 (0,0)
2) Pressão arterial sistólica maior ou igual 140mmHg e/ou diastólica maior ou igual 90 mmHg e pesquisa proteinúria na fita reagente igual 1+ são fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante para pré-natal de alto risco.	109 (98,2)	2 (1,8)
3) Idade menor de 15 anos e maior que 35 anos são grupos de menores complicações não havendo necessidade de orientação e consultas dirigidas.	101 (91,0)	10 (9,0)
4) Na presença de duas Infecções do Trato Urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis meses.	51 (45,9)	60 (54,1)
5) Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá passar entre 6 a 8 consultas de pré-natal.	111 (100,0)	0 (0,0)
6) É recomendado consultas de pré-natal a cada 15 dias entre 28 ^a e 36 ^a semanas de gestação.	109 (98,2)	2 (1,8)
7) Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa	110 (99,1)	1 (0,9)
8) Métodos contraceptivos hormonais somente com progestagênio podem ser usados por todas as mulheres no puerpério.	105 (94,6)	6 (5,4)
9) Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença de anticorpo anti-D, por meio do teste de <i>Coombs</i> indireto.	111 (100,0)	0 (0,0)
10) Cada visita de um profissional de saúde no puerpério, oferece uma oportunidade única para identificar necessidades não satisfeitas, aconselhamento e oferecimento de serviços de planejamento familiar.	111 (100,0)	0 (0,0)

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

Nota: dT - vacina dupla bacteriana; dTpa - vacina tríplice bacteriana acelular.

Considerando os casos clínicos apresentados na dimensão do instrumento que avalia o conhecimento de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco, os seguintes temas apresentaram considerável margem de respostas incorretas: Anemia – “*Conduta: trate anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso e repita a dosagem de Hb em 60 dias*”, 45,0% consideraram errada a conduta; Sífilis gestacional – “*Gestante e parceiro com história de infecção por sífilis ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico*”, 27,9% que consideraram falsa a conduta; Diabetes gestacional – “*teste de tolerância oral à glicose (TTOG) 75g entre 24 e 28 semanas*”, 94,6% consideraram falsa a conduta; Hipertensão gestacional – “*Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas)*” e “*Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas*”, 30,6% e 26,1% respectivamente consideraram falsa a conduta (Tabela 3).

TABELA 3 - CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO – CASOS CLÍNICOS. UBERABA (MG), BRASIL, 2024
(CONTINUA)

<i>Casos clínicos</i>	<i>Verdadeiro n (%)</i>	<i>Falso n (%)</i>
11) Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hb = 8,0g/dl. Conduta: trate anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso e repita a dosagem de Hb em 60 dias.	61 (55,0)	50 (45,0)
12) Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo. VDRL positivo (1/4) e anti-HBs negativo:		
- Investigar história e antecedentes da infecção por sífilis;	107 (96,4)	4 (3,6)
- Gestante e parceiro com história de infecção por sífilis ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico;	80 (72,1)	31 (27,9)
- Realizar teste não treponêmico mensal;	17 (15,3)	94 (84,7)
- Encaminhar para vacina contra Hepatite B.	106 (95,5)	5 (4,5)
13) Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo. Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente, Rubéola: IgG e IgM negativo:		
- Considerar infecção aguda por citomegalovírus e iniciar tratamento na atenção primária;	1 (0,9)	110 (99,1)
- Considerar infecção antiga por toxoplasmose e continuar segmento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária;	6 (5,4)	105 (94,6)
- Repetir IgG e IgM dos exames de toxoplasmose entre 2 a 4 semanas.	105 (94,6)	6 (5,4)
14) Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110 mg/dl:		
- Diabetes Mellitus - solicitar Hb glicada;	9 (8,1)	102 (91,9)
- TTOG 75g entre 24 e 28 semanas;	6 (5,4)	105 (94,6)
- Diabetes Mellitus gestacional.	103 (92,8)	8 (7,2)
15) Multigesta, 33 anos, 30 semanas de idade gestacional sem sintomas urinários. Já teve um episódio de infecção do trato urinário no primeiro trimestre. Achado: Urina tipo I dentro da normalidade e urocultura com mais de 100.000 colônias/ml:		
- Tratar a gestante com antibiótico;	109 (98,2)	2 (1,8)
- Manter antibiótico profilaxia até o final da gestação;	9 (8,1)	102 (91,9)
- Realizar urocultura controle a cada seis semanas.	96 (86,5)	15 (13,5)

TABELA 3 - CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO – CASOS CLÍNICOS. UBERABA (MG), BRASIL, 2024. (CONCLUSÃO)

<i>Casos clínicos</i>	<i>Verdadeiro n (%)</i>	<i>Falso n (%)</i>
- Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana;	95 (85,6)	16 (14,4)
- Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaléia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia ou dor no abdome superior;	103 (92,8)	8 (7,2)
- Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas.	82 (73,9)	29 (26,1)
17) Em relação ao esquema de vacinação da gestante assinale quais alternativas deverão ser seguidas:		
- Realizar a vacina dTp a partir da 20 ^a semana de gestação quando o esquema vacinal estiver completo;	108 (97,3)	3 (2,7)
- Realizar a imunização anti-influenza nos períodos de risco (outono e inverno);	93 (83,8)	18 (16,2)
- Realizar o esquema de três doses de imunização contra hepatite B quando a gestante não estiver imunizada iniciando após o primeiro trimestre de gestação.	15 (13,5)	96 (86,5)

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Nota: anti-HBs - anticorpo contra o antígeno de superfície da Hepatite B; Hb - hemoglobina; VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*; CMV - citomegalovírus; Ig - imunoglobulina; TTOG - teste de tolerância oral à glicose; PA - pressão arterial; dTp - vacina tríplice bacteriana acelular.

Considerando as atitudes dos profissionais frente à atenção no cuidado ao pré-natal de baixo risco, grande parte das questões que compõem esta parte do instrumento apresentou percentual de 80% ou mais em concordarem totalmente ou parcialmente com as ações elencadas.

Cabe destacar os itens “*É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal, sendo recomendado que intercalem as consultas*”, “*É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal*”, “*É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal, de acordo com o protocolo local do pré-natal do município*”, “*É papel de todos os profissionais de saúde que atendem pré-natal realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar*” que apresentaram, respectivamente, 38,7%, 27,9%, 24,3% e 22,4% concordaram parcialmente como atitude necessário no cuidado ao pré-natal de baixo risco na APS (Tabela 4).

TABELA 4 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024. (CONTINUA)

Atitudes	Concordo totalmente n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Discordo totalmente n (%)
18) É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal, sendo recomendado que intercalem as consultas.	57 (51,4)	43 (38,7)	9 (8,1)	2 (1,8)
19) É papel do(a) médico(a) e do enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico em todas as consultas de PN.	96 (86,5)	11 (9,9)	1 (0,9)	3 (2,7)
20) É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal.	67 (60,4)	31 (27,9)	7 (6,3)	6 (5,4)
21) É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal, de acordo com o protocolo local do pré-natal do município.	73 (65,8)	27 (24,3)	8 (7,2)	3 (2,7)
22) É papel do profissional de saúde encaminhar a gestante para um pré-natal de maior complexidade quando ela apresentar fator de risco elevado à sua saúde ou a do feto.	108 (97,3)	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)
23) É preconizado que a maternidade avise à equipe de atenção básica seja por telefone ou contra referência da alta da puérpera e RN para que a visita domiciliar ou consulta sejam realizados em tempo oportuno.	80 (72,1)	21 (18,9)	6 (5,4)	4 (3,6)
24) Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico.	102 (91,9)	8 (7,2)	1 (0,9)	0 (0,0)
25) Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade as mulheres serem informadas sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.	104 (93,7)	6 (5,4)	1 (0,9)	0 (0,0)

TABELA 4 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024

Atitudes	Concordo	Concordo	Discordo	(conclusão)
	totalmente n (%)	parcialmente n (%)	parcialmente n (%)	Discordo totalmente n (%)
26) Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade informar que é direito do parceiro realizar consultas, exames e ter acesso a informações antes, durante e depois da gestação.	92 (82,9)	17 (15,3)	1 (0,9)	1 (0,9)
27) É papel de todos os profissionais de saúde que atendem pré-natal realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.	78 (70,3)	25 (22,5)	8 (7,2)	0 (0,0)
28) É papel dos profissionais de saúde estarem atentos aos resultados do Fator Rh, dado ser fator de risco gestacional e causar sérios impactos no feto.	105 (94,6)	6 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
29) É papel dos profissionais de saúde investigar qualquer queixa suspeita de IST durante o período gravídico-puerperal.	109 (98,2)	2 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Nota: PN - pré-natal; RN - recém-nascido; IST - infecções sexualmente transmissíveis.

Com relação às práticas dos profissionais que realizam o pré-natal de baixo risco, percebe-se a aderência de sempre e frequentemente realizarem as práticas listadas. Algumas práticas apresentaram percentuais consideráveis relacionados a raramente ou nunca realizarem durante o pré-natal: *“Solicito, a partir da 34ª semana, o registro diário dos movimentos fetais pela gestante”* (44,1%); *“Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla”* (40,5%); *“Solicito Coombs indireto se Rh for negativo e repito a cada 4 semanas: quando for positivo, encaminho a gestante ao pré-natal de alto risco”* (34,2%); *“Realizo consulta puerperal para todas as mulheres em torno de 40º dia após o parto”* (30,6%), conforme apresentado na Tabela 5.

TABELA 5 - PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024

(continua)

Atitudes	Sempre n (%)	Frequentemente n (%)	Raramente n (%)	Nunca n (%)
30) Como médico e enfermeiro responsabilizo-me pelo acompanhamento de todas as gestantes da minha unidade.	37 (33,3)	50 (45,0)	21 (18,9)	3 (2,7)
31) Como médico e enfermeiro realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação.	46 (41,4)	38 (34,2)	24 (21,6)	3 (2,7)
32) Como médico e enfermeiro investigo em todas as consultas de pré-natal os fatores de risco obstétrico.	73 (65,8)	28 (25,2)	9 (8,1)	1 (0,9)
33) Como médico e enfermeiro solicito exames laboratoriais da rotina pré-natal no início e ao longo da gestação.	72 (64,9)	27 (24,3)	8 (7,2)	4 (3,6)
34) Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla.	54 (48,6)	12 (10,8)	13 (11,7)	32 (28,8)
35) Solicito, a partir da 34ª semana, o registro diário dos movimentos fetais pela gestante.	42 (37,8)	20 (18,0)	25 (22,5)	24 (21,6)
36) Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e guia de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário.	75 (67,6)	26 (23,4)	8 (7,2)	2 (1,8)
37) Na gestão do cuidado utilizo guia de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário.	75 (67,6)	25 (22,5)	8 (7,2)	3 (2,7)
38) Realizo consulta puerperal para todas as mulheres em torno de 40º dia após o parto.	29 (26,1)	48 (43,2)	30 (27,0)	4 (3,6)
39) Realizo a consulta puerperal para todas as mulheres, entre 7 a 10 dias após o parto.	26 (23,4)	55 (49,5)	27 (24,3)	3 (2,7)
40) Compartilho o cuidado da gestante e puérpera de alto risco com a assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário.	62 (55,9)	28 (25,2)	19 (17,1)	2 (1,8)

TABELA 5 - PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. UBERABA (MG), BRASIL, 2024.

Atitudes	Sempre n (%)	Frequentemente n (%)	Raramente n (%)	(conclusão) Nunca n (%)
41) Oriento todas as mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos na consulta de puerpério.	64 (57,7)	39 (35,1)	7 (6,3)	1 (0,9)
42) Solicito <i>Coombs</i> indireto se Rh for negativo e repito a cada 4 semanas: quando for positivo, encaminho a gestante ao pré-natal de alto risco.	54 (48,6)	19 (17,1)	11 (9,9)	27 (24,3)
43) Investigo na anamnese da gestante todas as infecções sexualmente transmissíveis, inclusive as do parceiro.	75 (67,6)	27 (24,3)	7 (6,3)	2 (1,8)

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Considerando a percepção dos participantes da Educação em Saúde para assistência pré-natal aos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos da ESF, quanto a sua aplicação ao trabalho, grande parte relatou impactos positivos que a ação trouxe na atenção ao pré-natal. Nota-se, conforme dados apresentados na Tabela 6, que os itens relacionados ao engajamento à mudanças e compartilhamento dos conhecimentos do curso junto ao colegas de trabalho, considerável percentual de “Não concordo nem discordo”: “A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades” (27,0%); “Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho” (23,4%); e “Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho” (19,8%).

É importante ressaltar que o programa Pacto pela Vida tem como uma de suas prioridades o cuidado com a saúde da mulher no Brasil. Isso inclui a redução da mortalidade infantil e materna, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica. Para alcançar esses objetivos, são recomendadas diversas ações, como acolhimento, imunização, educação em saúde, consultas regulares e visitas domiciliares.

O Ministério da Saúde também recomenda o uso do Cartão da Gestante, que é uma ficha clínica e pré-natal que auxilia no acompanhamento da gestante. Após o parto, é importante continuar acompanhando tanto a mãe quanto o recém-nascido, por meio de visitas domiciliares e orientações sobre amamentação e cuidados básicos (COELHO; FRANCO, 2013). Essas medidas são essenciais para garantir uma assistência adequada à saúde da mulher, desde a gestação até o pós-parto, visando a redução da mortalidade materna e infantil e a promoção do bem-estar dessas pacientes (BRASIL, 2011).

De acordo com Silva et al. (2019), a assistência pré-natal apresentou adequação em relação ao número de consultas, exames realizados e orientações recebidas. No entanto, estudos como o de Tomasi et al. (2017) e Cunha et al. (2019) mostram que ainda há aspectos insatisfatórios na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. Falhas no atendimento, como a falta de registro adequado das informações no SIS pré-natal e a baixa adesão às atividades educativas, são apontadas como problemas.

Diante do exposto ressalta-se que capacitar os profissionais de saúde da Atenção Básica quanto assistência pré-natal é crucial para garantir um cuidado adequado e de qualidade às gestantes durante a gravidez. Visto que durante a capacitação, os profissionais aprendem diretrizes e protocolos para a assistência pré-natal, realização de exames e identificação de sinais de complicações. Eles também são orientados sobre

acolhimento, cuidados com a alimentação, exercícios físicos adequados, uso de medicamentos e vacinas seguras. A capacitação busca fortalecer o trabalho em equipe e estimula o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê. Desta forma é de suma importância investir em melhorias na qualidade da assistência pré-natal, como a classificação de risco e garantia do número adequado de consultas, exames e orientações com o intuito de reduzir os riscos e complicações tanto para a gestante quanto para o bebê (COELHO; FRANCO, 2013; TOMASI et al.2017, SILVA et al. 2019).

TABELA 6 - PERCEPÇÃO QUANTO À APLICAÇÃO NO TRABALHO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS NA “EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DIRECIONADA AOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. UBERABA (MG), BRASIL, 2024.
(CONTINUA)

Afirmativas	Concordo Totalmente n (%)	Concordo n (%)	Não Concordo nem discordo n (%)	Discordo um pouco n (%)	Discordo Totalmente n (%)
1) Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação.	46 (41,4)	29 (26,1)	5 (4,5)	6 (5,4)	1 (0,9)
2) Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação.	50 (45,0)	31 (27,9)	2 (1,8)	3 (2,7)	1 (0,9)
3) As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação.	40 (36,0)	31 (27,9)	9 (8,1)	6 (5,4)	1 (0,9)
4) Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação.	27 (24,3)	42 (37,8)	8 (7,2)	10 (9,0)	0 (0,0)
5) Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo o meu trabalho com maior rapidez.	32 (28,8)	33 (29,7)	17 (15,3)	4 (3,6)	1 (0,9)
6) A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação.	36 (32,4)	34 (30,6)	10 (9,0)	4 (3,6)	3 (2,7)
7) A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação.	18 (16,2)	38 (34,2)	18 (16,2)	8 (7,2)	5 (4,5)
8) Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	30 (27,0)	35 (31,5)	15 (13,5)	3 (2,7)	4 (3,6)
9) Minha participação nessa capacitação aumentou minha autoconfiança (agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	29 (26,1)	38 (34,2)	13 (11,7)	4 (3,6)	3 (2,7)
10) Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	21 (18,9)	33 (29,7)	26 (23,4)	6 (5,4)	1 (0,9)
11) Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	24 (21,6)	32 (28,8)	22 (19,8)	8 (7,2)	1 (0,9)
12) A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.	18 (16,2)	35 (31,5)	30 (27,0)	3 (2,7)	1 (0,9)

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Com relação ao Plano Municipal de Saúde (2022-2025), o documento realiza uma apresentação da consolidação da política de saúde do município de Uberaba, além de apresentar a rede de serviços de saúde e a análise situacional de saúde. Por meio deste documento, é possível compreender como se dá, por meio da política pública de saúde municipal, a atenção ao acompanhamento do pré-natal de baixo risco (Uberaba, 2021).

Ele apresenta uma caracterização dos principais indicadores municipais relacionados à mortalidade neonatal e aos óbitos infantis evitáveis:

Observa-se redução da mortalidade pós-neonatal enquanto um aumento da mortalidade Neonatal no período analisado, e ainda, no período neonatal precoce houve variação mais acentuada em comparação aos outros componentes da mortalidade infantil [...]. A mortalidade neonatal associa-se principalmente à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto a mortalidade pós-neonatal reflete sobretudo a infraestrutura ambiental e o desenvolvimento socioeconômico, relacionados à desnutrição infantil e a infecções a ela associados [...] (UBERABA, 2021, p. 36).

A proporção de causas evitáveis no município encontra-se elevada, na ordem de 70% dos óbitos [...]. As causas evitáveis e as causas mal definidas perfazem juntas 75% de mortes, o que indica a fragilidade do sistema, principalmente quando observamos que a maior proporção de mortes por causas evitáveis é por causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, cuja classificação de evitabilidade é baseada na Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil e suas atualizações. Este dado salienta a importância da necessidade de qualificação do pré-natal na atenção básica, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (UBERABA, 2021, p. 38).

São apresentados também um diagnóstico relacionado ao número de consultas de pré-natal, a proporção de partos normais *versus* o número de partos cesariana e o número de consultas de pré-natal:

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, houve um aumento significativo na incidência de sífilis congênita [...], passando de 7 casos em 2011 para 99 casos em 2019, esse

dado demonstra comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais. Em 2020 houve uma redução na incidência de 54,55% em relação ao ano de 2019 (UBERABA, 2021, p. 41).

A escolaridade materna tem sido relacionada ao uso e acesso do pré-natal. Em Uberaba, as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram no ano de 2020, maior proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal [...]. A escolaridade interfere na percepção sobre a importância dada pelos indivíduos à assistência à saúde materno-infantil. Fato que não exclui a necessidade de ampliação ou de melhoria da assistência pré-natal da rede pública no país, além da implantação de estratégias e políticas públicas que favoreçam o acesso para todas as mulheres. Uma ação conjunta com foco na maior oferta, melhor acesso e aumento da escolaridade materna é fundamental para reduzir as iniquidades sociais em saúde, pois além de limitar o aparecimento de situações potencialmente de risco para mãe e o recém-nascido, é determinante para outros desfechos indesejáveis na saúde materno-infantil [...] (UBERABA, 2021, p. 42).

[...] o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Em geral, entre 70% e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos. [...] em Uberaba acontece o inverso do preconizado pela OMS, 66,21% dos nascimentos foi por cesariana e 33,77% por parto normal (UBERABA, 2021, p. 44).

O número total de consultas pré-natal no ano de 2019 foi de 10.830 consultas e no ano de 2020 (janeiro a setembro/2020) foi de 7.146 consultas. Atualmente temos 1258 gestantes em atendimento na Rede Municipal de Saúde (UBERABA, 2021, p. 167).

Na política municipal é descrito, com precisão, o fluxo de atenção ao pré-natal, conforme pode ser observado a seguir:

A mulher que apresenta atraso menstrual e que esteja com suspeita de gestação pode procurar um dos dispositivos da rede elencados: a Unidade Básica de Saúde, CAISM ou Equipe de Saúde da Família para solicitação de exame para confirmação de gravidez. O exame para confirmação da gravidez (BHCG) pode ser solicitado pelo médico ou enfermeiro. O pedido do exame BHCG é inserido na fila eletrônica, a mulher contactada através de ligação telefônica da equipe da fila eletrônica da Secretaria

Municipal de Saúde. O tempo médio de espera para realização do exame é de 7 dias (Uberaba, 2021, p. 166).

Caso o resultado seja positivo, é realizado consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com o médico ginecologista, médico da Equipe de Saúde da Família ou Enfermeiro.

Na primeira consulta é solicitado os exames de rotina de pré-natal (os exames de rotina podem ser solicitados pelo médico do PSF, médico ginecologista ou Enfermeiro). Os exames solicitados são: ultra som, tipagem sanguínea, fator RH, urina simples, hemograma, glicemia de jejum, sorologia para sífilis, HIV, Hepatite Be e C, citomegalovírus, toxoplasmose e rubéola. Após a primeira consulta de pré-natal é feito a classificação de risco da gestante, sendo que aquelas com risco habitual continuam realizando consulta de pré-natal na UBS, no CAISM, nos Ambulatórios de pré-natal do HC da UFTM e Clínicas Integradas Hospital Universitário Mário Palmério.

As gestantes realizam, em média, 11 consultas de pré-natal, sendo que o Ministério da Saúde preconiza 7 ou mais consultas (número mínimo). [...] O atendimento pré-natal na Atenção Primária é prestado pelo médico da Equipe de Saúde da Família, médico Ginecologista e Enfermeiro. Após a solicitação dos exames, a gestante é encaminhada ao CTA (Centro de Testagem Anônima) para realização de coleta dos exames (não é necessário agendamento, o serviço funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 11:00 h).

O exame de Ultra som é inserido na fila eletrônica, em torno de 15 dias a gestante recebe telefonema informando a data e horário do exame.

Com aproximadamente 10 dias, a gestante recebe o resultado dos exames, é acolhida e orientada pelos profissionais do CTA, onde passa pelo serviço de Aconselhamento (recebendo orientações sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, importância do uso de preservativo, etc).

Após a entrega dos resultados dos exames, a gestante é referenciada à Unidade Básica de origem para continuidade ao pré-natal. Caso a gestante apresente resultado positivo para HIV e demais ISTs, (infecções sexualmente transmissíveis), é encaminhada imediatamente ao médico infectologista do CTA, onde passa por consulta médica e caso necessário é encaminhada ao Ambulatório de pré-natal de alto risco do HC-UFTM (gestantes residentes no Distrito I) ou Ambulatório de pré-natal de alto risco do Hospital Mário Palmério (gestantes residentes nos Distritos II e III). As consultas subsequentes são focadas no desenvolvimento da gestação atual, onde são avaliados as queixas mais comuns e sinais de intercorrência clínica obstétrica, são avaliados os resultados dos exames complementares e novos exames são solicitados de acordo com a necessidade, é verificado

cartão de vacinas, sinais vitais, revisão e atualização do cartão da gestante.

A consulta de pré-natal de alto risco é agendada imediatamente pela própria Instituição (HC-UFTM ou HMP) e demora em média 7 dias para que possa ser realizada.

As Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família e CAISM realizam pré-natal de risco habitual. As gestantes estratificadas como alto risco são referenciadas ao Ambulatório de Pré-natal (Maria da Glória) da UFTM (gestantes residentes no distrito I) e ao Ambulatório de pré-natal do Hospital Mário Palmério (gestantes residentes nos Distritos II e III).

As gestantes de alto risco residentes na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família continuam também sendo acompanhadas na Unidade Básica (acompanhamento compartilhado) para que sejam monitoradas constantemente pela ESF.

As mulheres que não fazem parte da área de abrangência do Programa Saúde da Família são atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), nos

Ambulatórios de pré-natal do HC da UFTM (atende à população do distrito I de Uberaba) ou das Clínicas Integradas Hospital Universitário Mário Palmério (atende à população dos distritos II e III de Uberaba) ou pelo médico Ginecologista da Unidade Básica (UBERABA, 2021, p. 167–168).

Algumas ações/estratégias são descritas no Plano Municipal de forma a potencializar e melhorar o fluxo de atendimento e acompanhamento do pré-natal de baixo risco:

Durante a consulta de pré-natal é feito o cadastramento da gestante no Programa SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal, parto e nascimento) e PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente), com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde. Através destes sistemas é realizado o monitoramento das gestantes atendidas pelo SUS, bem como o acompanhamento mensal das consultas de pré-natal.

Na primeira consulta de pré-natal, a gestante recebe a caderneta da gestante, devidamente preenchida e com todas as orientações necessárias.

Como estratégia para melhorar os indicadores, no ano 2000, o Governo Federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, sendo adotado medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da

qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério.

Além das consultas de rotina, são realizadas ações educativas com as gestantes em grupo (estas ações são subsidiadas por um programa de atividades que visa a necessidade do grupo), sendo passado informações e orientações para as mesmas. Estas ações ajudam na integração da equipe com as gestantes e suas famílias, fortalecendo um vínculo com os profissionais, promovendo uma boa satisfação e adesão das gestantes durante o pré-natal.

Durante os grupos educativos as gestantes recebem orientações sobre o tema humanização do parto, onde são informadas sobre a importância da realização do pré-natal, além da humanização do parto, proporcionando à mulher mais segurança e conforto durante o trabalho de parto. Assim, a gestante consegue obter mais confiança no processo, reduzindo seus medos, suas dores e sensações físicas.

Os profissionais da Atenção Primária participaram de capacitação sobre Humanização do Parto e Violência Obstétrica. A Capacitação aconteceu na Superintendência Regional de Saúde, com participação dos profissionais da atenção básica, Hospital de Clínicas da UFTM e Hospital Mário Palmério. Em relação à Lei Estadual n.23.677/20, que estabelece o uso de plataformas virtuais e de telemedicina para garantir às gestantes e puérperas acesso aos serviços e ações de saúde, informamos que ainda não dispomos destas ferramentas (Uberaba, 2021, p. 169–170).

É descrito também a Rede de Atenção à Saúde que prestará a assistência ao parto da gestante:

Os partos de risco habitual, para população do município de Uberaba, são realizados nos hospitais: Clínicas Integradas Hospital Universitário Mário Palmério (atende à população dos distritos II e III de Uberaba) e HC da UFTM (atende à população do distrito I de Uberaba).

O Hospital de Clínicas da UFTM também é responsável pelos partos de baixo e médio risco das cidades da microrregião de Uberaba que não dispõem do serviço de maternidade (UBERABA, 2021, p. 170).

Por fim, são apresentados os serviços que prestam assistências às gestantes durante o período de realização do pré-natal e suas respectivas ações:

[Bolsa Família] Em Uberaba o acompanhamento das famílias beneficiárias é realizado mensalmente em todas as unidades de

atenção primária à saúde por técnicas em economia doméstica. É realizado acompanhamento do calendário de imunização e do crescimento e desenvolvimento infantil, e verificação do cumprimento do pré-natal por gestantes. O município possui 12 técnicas para acompanhamento dos beneficiários que fazem um cronograma de revezamento para cobrir todas as unidades. Seria necessário um técnico para cada Unidade Básica de Saúde.

[...] Durante as visitas domiciliares são coletados dados básicos referentes ao cumprimento das condicionalidades de saúde, sendo as famílias com crianças até 07 anos e gestantes orientadas a procurar a unidade de saúde para acompanhamento do estado nutricional e para cumprimento das condicionalidades de vacinação e pré-natal, caso não estejam em dia (UBERABA, 2021, p. 119).

[Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família/Unidade Matricial de Saúde] Os principais serviços oferecidos por estas Unidades são consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulizações, administração de medicamentos, curativos limpos, vacinas, tratamento odontológico, triagem pré-natal, triagem neonatal, exame de Papanicolau, fornecimento de medicação básica para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes [...] (UBERABA, 2021, p. 145).

[Saúde da Mulher] A Rede Cegonha foi instituída através da Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011, sendo uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. Às crianças é assegurado direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Os objetivos da Rede Cegonha são: implantação de novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, redução da mortalidade materna e neonatal.

É dividida em quatro componentes:

1. Pré-natal
 2. Parto e nascimento
 3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança
 4. Sistema logístico (transporte sanitário e regulação)
- (UBERABA, 2021, p. 163).

O Programa Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba tem se empenhado na reorganização da assistência sob os princípios da integralidade, igualdade e universalidade. Obedecendo esta ótica tem-se buscado uma postura acolhedora e humanizada diante das necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços de saúde. Podemos citar como objetivos do programa: atenção integral, clínico-epidemiológica e educativa voltada para aperfeiçoamento do pré-natal, assistência ao parto e

puerpério, abordagem de problemas de saúde desde a adolescência até a terceira idade, controle das infecções sexualmente transmissíveis, prevenção e tratamento do câncer cérvico-uterino e mamário, assistência para concepção e contracepção (UBERABA, 2021, p. 164).

[Saúde Bucal] melhorar a saúde bucal da gestante otimiza a saúde geral e contribui na saúde do bebê. Um reforço educacional contínuo deve ser feito, pois durante a gravidez a gestante tende a descuidar da saúde em função de ter sua atenção voltada para o bebê. A mãe e a família são fundamentais na construção do comportamento aprendidos durante a infância, ações de educação e prevenção voltadas a gestantes refletem na qualidade de vida e na saúde de toda a família, propiciando a formação de hábitos adequados desde o início da vida (Uberaba, 2021, p. 190).

[CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher] Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia

Tem por objetivo oferecer atendimento ginecológico e obstétrico. Oferece:

- Consulta ginecológica;
 - Exame colpocitológico;
 - Pré-natal (inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos)
- (Uberaba, 2021, p. 212).

[Programa Municipal de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais] O atendimento no CTA acontece por demanda espontânea dos clientes e para exames de pré-natal das gestantes encaminhadas pela rede municipal de saúde, neste último é necessário pedido médico para realização dos exames, não havendo necessidade de agendamento. Após a realização do 1º teste de HIV será agendado a 2ª coleta para o 7º mês de gestação, para a realização dos exames de HIV/Sífilis/Hepatites B e C. Caso a gestante receba um resultado positivo para algumas destas doenças, ela será encaminhada para o ambulatório Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM para acompanhamento com os médicos que tratam gestantes de alto risco Uberaba, 2021, p. 282–283).

7. DISCUSSÃO

Considerando os dados de caracterização sócio-demográfica dos profissionais de saúde participantes deste estudo, os achados mostraram predominância de profissionais com média de idade de 43,4±10,7 anos, em situação conjugal com

companheiro e média de 1,1 filho. Resultados semelhantes foram apontados em outros estudos com profissionais atuantes na APS (BISPO *et al.*, 2020; ENSSLIN, 2020; FRISANCO *et al.*, 2021; PENSO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017).

Já no estudo foi identificado uma média de idade inferior, o que pode ser explicado pela redução do tempo de formação e às iniciativas governamentais, tais como programas de extensão, Programas Pró-Saúde e o Pet GraduaSUS (COSTA *et al.*, 2013). Essas ações têm se mostrado eficazes na capacitação e inserção precoce desses profissionais no mercado de trabalho, resultando em um aumento significativo na presença de jovens talentos no setor da saúde (FERREIRA; SOUZA; QUERINO, 2019; GONÇALVES; FERREIRA; ROSSI, 2022).

Com relação aos aspectos profissionais, o tempo de formação e o nível de escolaridade (média de 14,2 anos e mais de 70% com especialização) se aproximam dos achados do estudo de Castro e colaboradores (2012) em que o tempo médio de formação dos profissionais da ESF foi cerca de 11 anos.

Importante aspecto a se destacar com relação ao gênero dos profissionais da saúde refere-se ao processo de feminização da saúde. Culturalmente, as atividades de cuidado prestado aos enfermos estão associadas a uma tarefa socialmente delegada à mulher (Matos; Toassi; Oliveira, 2013). As conquistas que as mulheres obtiveram nos últimos anos, como o aumento do acesso à educação, a redução da taxa de fecundidade e as melhores oportunidades de trabalho, também são evidentes na área da saúde (TRINDADE; LAUTERT., 2010).

Considerando a avaliação da dimensão “Conhecimento” do instrumento de Conhecimentos, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco, a questão que obteve maior percentual de erro foi a relacionada a conduta nos casos de ITU na gestante. Estudo realizado no município de São Carlos (SP) que utilizou o mesmo instrumento apresentou percentual de erro nesta questão de 29,16%, sendo os itens de maiores erros a questão relacionada a vacinação da gestante com a dT (FRISANCO., 2020).

A ITU em gestantes é uma complicação bastante comum no período gestacional (BRASIL, 2013), caracterizada pela presença e proliferação de microrganismos patogênicos na região da uretra podendo atingir até os rins, acometendo cerca de 20% das grávidas (FERNANDES; NARCHI, 2012; MARTINS; SILVA, 2018), com possibilidade de ocorrência de três formas: bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite (BRASIL., 2013).

Considerando os resultados dos casos clínicos apresentados ainda na dimensão “Conhecimento” do instrumento, evidencia-se que o conhecimento sobre conduta da ITU na gestação ainda é fator de confusão aos participantes do estudo, acompanhado dos itens relacionados a anemia, sífilis, diabetes e hipertensão gestacional, resultados semelhantes aos encontrados no estudo de (FRISANCO.,2020).

O manual de condutas do MS para a atenção ao pré-natal de baixo risco reitera a importância da investigação do quadro de anemia gestacional, devendo ser realizado o mais breve possível e com 28 semanas. Caso a dosagem de Hb esteja entre 8 e 11mg/dl, devem ser administrados cinco comprimidos ao dia de sulfato ferroso (200mg) e repetir a dosagem em 60 dias (BRASIL., 2013).

Com relação à investigação dos casos de sífilis, é recomendado que seja realizado na primeira consulta de pré-natal e durante o terceiro trimestre de gestação (Brasil, 2013), sendo recomendado que seja utilizado na triagem inicial testes treponêmicos (teste rápido ou imunoenaios) com seguimento com testes não treponêmicos (VDRL).

O rastreamento do diabetes mellitus gestacional deve ser oferecido a todas as gestantes durante ao pré-natal, conforme os fatores de risco existentes, todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum (até 24 semanas de idade gestacional) para diagnóstico na gestação. Gestantes com glicemia de jejum entre 85 a 109 mg/dL devem realizar o TTOG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas (BRASIL., 2013).

Considerando as questões relacionadas à dimensão “Atitudes” do instrumento de Conhecimentos, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco, a maioria dos participantes demonstraram atitudes positivas frente a este tipo de cuidado. No entanto, o índice de positividade das questões “*É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal, sendo recomendado que intercalem consultas*”, “*É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal*”, “*É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal, de acordo com o protocolo local do pré-natal do município*” e “*É papel de todos os profissionais de saúde que atendem pré-natal realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar*” **foram baixos.**

Alguns estudos mostram que ao acolher a gestante na unidade de saúde ou na comunidade compete à equipe de saúde, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, visto que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento (BRASIL.,2012).

Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano permitindo que a assistência pré-natal se torne um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos (BRASIL.,2012).

As responsabilidades dos profissionais de saúde da APS são de grande importância, começando pela delimitação territorial, mapeamento da área de atuação da equipe e identificação das gestantes. Há um enfoque na atualização constante de informações e na prestação de cuidados em saúde, priorizando a atuação na unidade de saúde, no domicílio e em outros espaços comunitários.

Dessa forma, promove-se o cuidado integral e a assistência humanizada, através de consultas que podem ser realizadas alternadamente entre médicos e enfermeiros, fomentando a autonomia desses profissionais, o cuidado compartilhado e um planejamento eficaz durante o pré-natal (MARQUES *et al.*, 2021; MUNIZ *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2020). Assim sendo, de acordo com as informações supracitadas, foi possível evidenciar a existência de confusão ou até mesmo desconhecimento de parte dos profissionais das atribuições e da corresponsabilização do cuidado da gestante no pré-natal.

Já em relação à Dimensão “Práticas” do instrumento, as questões “*Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla*” e “*Solicito, a partir da 34ª semana, o registro diário dos movimentos fetais pela gestante*” apresentaram expressividade de respostas “Raramente” e “Nunca” quanto às práticas durante a realização do pré-natal de baixo risco. Apesar de serem condutas que auxiliem na identificação de situações específicas da gestação que poderiam denotar cuidado especial/atenção de alto risco (gemelaridade e vitalidade fetal), as questões não apresentam protocolos específicos guia de atenção ao pré-natal de baixo risco do MS, sendo aspectos que devem ser relacionados ao protocolo municipal a contextos específicos.

Tendo em vista os achados encontrados na percepção quanto a aplicação no contexto de trabalho dos conhecimentos adquiridos na Educação em Saúde para assistência pré-natal direcionada aos enfermeiros e médicos da ESF de Uberaba, percebe-se elevada concordância positiva frente aos benefícios para a prática profissional, sendo as questões relacionadas às mudanças das rotinas e colaboração entre os colegas as que apresentaram considerável percentual de respostas “Não concordo nem discordo”.

Estudo empreendido por Marques e colaboradores (2021), que avaliou a associação entre a adequação das orientações recebidas durante o pré-natal e o profissional que atendeu a gestante na maioria das consultas na APS no estado de Santa Catarina em 2019, evidenciou que as gestantes atendidas na maioria das consultas pelos profissionais médico e enfermeiro apresentaram maiores chances de adequação às orientações, em comparação com aquelas atendidas exclusivamente por médicos.

A ausência de engajamento na prática profissional entre enfermeiros e médicos na APS, especialmente no contexto do cuidado à gestante de risco habitual, representa um desafio significativo para a eficácia do atendimento (Muniz *et al.*, 2018). A colaboração interdisciplinar é essencial para garantir uma abordagem abrangente e coordenada, no entanto, a falta de cooperação entre esses profissionais pode resultar em lacunas no cuidado (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A comunicação inadequada e a falta de compartilhamento de informações podem levar a decisões fragmentadas e incoerentes, impactando diretamente a qualidade do atendimento prestado à gestante (PEDUZZI; AGRELI, 2018). É crucial que se promova uma cultura colaborativa, incentivando a troca de conhecimentos e a valorização das contribuições individuais, a fim de otimizar a prestação de cuidados à gestante de risco habitual na atenção primária (MARQUES *et al.*, 2021; SANINE *et al.*, 2019).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) possui como finalidade trabalhar com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações, segundo a mesma cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Estima-se que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos, a maioria delas poderia ter sido evitada com a realização de um acompanhamento pré-natal oportuno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A OPAS ressalta que, desde 1990, vários países subsaarianos conseguiram reduzir pela metade os índices de mortalidade materna. Em países como a Ásia e o Norte da África, os progressos foram ainda maiores permitindo que a taxa de mortalidade materna global (número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos) diminuísse 2,3% ao ano entre 1990 e 2015.

Alguns países, apresentaram reduções anuais de mortalidade materna entre o ano 2000 e 2010 com taxas superiores a 5,5% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). Diante deste panorama o terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS3) da ONU é reduzir a taxa de mortalidade materna mundial para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos e garantir que nenhum país tenha uma taxa de mortalidade materna que supere o dobro da média mundial, visto que em algumas áreas do mundo, o alto índice mortalidade materna reflete-se mediante as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, em destaque as lacunas entre ricos e pobres (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

As mulheres que residem nos países em desenvolvimento têm, em média, muito mais gestações do que as mulheres nos países desenvolvidos, e, por isso, sofrem um maior risco de morte relacionada à gestação ao longo da vida. O risco de morte materna – ou seja, a probabilidade de uma mulher com até 15 anos morrer por uma causa materna – é de 1 em 4,9 mil nos países desenvolvidos, contra 1 em 180 nos países em desenvolvimento. Em países designados como estados frágeis, o risco é de 1 em 54, o que demonstra as consequências de um colapso nos sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O Brasil conseguiu reduzir em (8,4%) entre 2017 e 2018 a Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto que no ano anterior era de 64,5.

Entre 2017 e 2018, os maiores percentuais de redução da RMM foram observados nas regiões Norte (redução de 9,1%; RMM de 88,9 para 80,8), Nordeste (redução de 8,3%; RMM de 73,2 para 67,1) e Sudeste (redução de 14,6%; RMM de 62,3 para 53,2). A Região Sul apresentou discreta redução de 0,7% (RMM de 38,5 para 38,2) e a Região Centro-Oeste registrou aumento de 14% na RMM, de 56,9% para 64,9% (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Quanto às causas de 1996 a 2018 foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo que aproximadamente (67%)

decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Nesse mesmo período as causas obstétricas indiretas resultaram de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante a gravidez.

Essas causas foram responsáveis por 29% das mortes maternas e o restante foi classificado como causas obstétricas inespecíficas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Entre os óbitos maternos ocorridos no Brasil, de 1996 a 2018, as causas obstétricas diretas que se destacaram foram: hipertensão (8.186 óbitos), hemorragia (5.160 óbitos), infecção puerperal (2.624 óbitos) e aborto (1.896 óbitos). Por sua vez, as causas obstétricas indiretas que se destacaram foram: doenças do aparelho circulatório (2.848 óbitos), doenças do aparelho respiratório (1.748 óbitos), síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (1.108 óbitos) e doenças infecciosas e parasitárias maternas (839 óbitos) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Em relação ao perfil dessas mulheres no Brasil, em 2018, foram registrados 13 óbitos maternos de meninas com idade entre 10 e 14 anos e 17 óbitos maternos de mulheres com idade entre 45 e 49 anos, faixas etárias consideradas extremas para a fecundidade. As mulheres de raça/cor preta e parda totalizaram 65% dos óbitos maternos, enquanto as mulheres que não vivem em união conjugal representaram 50% dessas mortes.

Apesar de a escolaridade ter sido ignorada em 13% dos registros de óbitos maternos do SIM, mulheres de baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo) corresponderam a 33% dos casos (BRASIL, 2022).

As principais causas de mortalidade materna no mundo que representam 75% das mortes maternas são: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente após o parto), infecções (normalmente depois do parto), complicações no parto, abortos inseguros. As demais estão associadas a doenças como malária ou infecção pelo HIV durante a gravidez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O plano Municipal de Saúde de Uberaba informa que as principais causas de mortalidade Neonatal ocorridas no período de 2010 a 2020 no município referem-se a algumas afecções originadas no período perinatal, percentuando o total de 77,02% dos

óbitos no período de 22 semanas completas de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g) e termina com sete dias.

FIGURA 2 - ÓBITOS NEONATAL POR CAPÍTULO CID-10, RESIDENTES, NO PERÍODO DE 2010 A 2020 EM UBERABA/MG.

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	20	30	22	33	22	34	25	30	20	34	25	295
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	10	9	5	8	7	4	4	9	14	6	82
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
Total	26	40	31	39	32	41	29	34	31	48	32	383

Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG
SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Fonte: Plano Municipal de Uberaba 2022-2025.

Vale ressaltar que o Plano Municipal de Saúde de Uberaba é o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde.

Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população Uberabense, apresenta as diretrizes, os objetivos e as metas para a gestão da saúde no período de 2022 a 2025 tendo como base as orientações do Decreto 7508/2011, da Lei Complementar 141/2012, da Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde, como também foram considerados a “bagagem” teórico-prática do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, os compromissos do Plano de Governo, e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Minas Gerais.

Trata-se do instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos

Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde. O mesmo apresenta análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população Uberabense, em que estão apresentados os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso.

Esse Instrumento foi elaborado pela equipe técnica da Diretoria de Assuntos Estratégicos com participação dos técnicos das Diretorias, Departamentos, Seções e Assessorias da SMS, como também por conselheiros municipais, designados através da publicação da Portaria SMS nº14/2021, para a formação da equipe técnica responsável pela elaboração do Plano Municipal de Saúde, buscando garantir uma organização metodológica do processo.

Após o Plano já estruturado foram realizadas ainda, reuniões de trabalho entre a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e os conselheiros municipais de saúde nos dias 08/13/15/21 de setembro de 2021.

O Plano em questão traz em sua estrutura a descrição da Atenção Primária a Saúde como o escopo da assistência visto que a mesma interliga toda a rede de Atenção à saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Estudo realizado no Brasil mostra que a proporção de mulheres que afirmaram haver realizado pré-natal foi de 97,4% sem haver diferenças entre o percentual de cobertura entre as áreas urbana e rural, como também entre as faixas etárias. Em relação à cor da pele, as mulheres de cor preta tiveram cobertura menor (93,8%) do que em relação às pardas (97,3%) e brancas (98,7%) (NUNES *et al.*, 2017).

Quanto ao grau de escolaridade, 96,5% apresentam o ensino fundamental incompleto, 97,5% o ensino fundamental completo e médio incompleto, 97,7% apresentaram ensino médio completo e superior incompleto e 98,0% superior completo (Brasil, 2022). Entre as gestantes que realizaram o pré-natal, 69,3% realizaram todas as consultas pré-natal pelo SUS e 3,84% informaram que algumas consultas foram feitas através do SUS.

Das mulheres que realizaram o pré-natal pelo SUS, 60,2% realizou na Unidade Básica de Saúde (posto/centro saúde/Unidade de Saúde da Família), 2,44% em centro especialidades ou policlínica pública, e 8,93% em hospital público/ambulatório. Para as demais mulheres (27,1%), o pré-natal foi realizado em consultório particular ou

clínica privada. Em 71,9% dos casos, a consulta foi realizada pelo médico e, em 27,3%, pelo enfermeiro (NUNES *et al.*, 2017).

Ademais ressalta-se ainda a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, em que se espera, a realização de um atendimento que inclui anamnese, exame físico direcionado, solicitação ou avaliação de exames complementares, atualização da Caderneta da Gestante e agendamento das consultas subsequentes, considerando suplementação vitamínica, conforme cada caso e idade gestacional, e abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença, realizando também a classificação de risco gestacional a cada atendimento (BRASIL, 2013).

A assistência pré-natal iniciou-se na França no século XX em decorrência dos trabalhos de Pinar de Budin e atualmente possui metas muito mais amplas (Silva, 2012). Embora o aumento da cobertura de pré-natal tenha sido comprovado, ainda que com diferenças regionais em todo território brasileiro, quando se observa a mortalidade perinatal, considerada um indicador de impacto pré-natal, o Brasil apresenta elevadas taxas quando comparado a outros países da América Latina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Outro estudo aponta que a assistência pré-natal no Brasil alcançou cobertura praticamente universal, mas com persistência de forma negativa as desigualdades no acesso ao cuidado adequado. Desta forma estratégias voltadas para as populações socialmente menos favorecidas são essenciais para facilitar o ingresso precoce no pré-natal e o contato com os serviços de saúde, garantindo a realização de cuidados efetivos em saúde (NUNES *et al.*, 2017).

Sobre os profissionais atuantes na assistência pré-natal, alguns estudos mostram que essa prática ainda está fundamentada na consulta médica, sendo delegado ao profissional de enfermagem as atividades burocráticas relacionadas ao agendamento de consultas médicas, exames, orientações sobre as prescrições médicas e inserção de informação, cadastro e controle no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL).

Apesar da maior proporção de pré-natal ser realizada por médicos, ainda assim constam nesses estudos, que 30% das participantes realizaram consultas com enfermeiro. Em vista disso, observa-se o grande número de pesquisas existentes no país com o intuito de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal realizada somente pelo enfermeiro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

As limitações metodológicas do presente estudo estão intrinsecamente vinculadas à abordagem descritiva quantitativa adotada. Para alguns autores as vantagens da utilização dos questionários consistem na sua facilidade e baixo custo para aplicação, além de serem menos invasivos, não influenciando na realização das atividades executadas pelos profissionais. Muitos são validados, possuem alta reprodutibilidade e conseguem abordar diversas questões importantes quanto ao desempenho do trabalho dos profissionais.

No entanto algumas limitações são encontradas nesse tipo de metodologia por se tratar de uma técnica subjetiva, possui uma influência individual muito grande, da mesma forma que nas escalas subjetivas. Além disso o enquadramento e o uso de formatos de respostas diferentes podem ser fatores que influenciam os resultados havendo a necessidade de obter um cuidado com o tamanho do questionário aplicado, pois questionários longos possuem taxas de respostas menores e causam cansaço nos respondentes, podendo apresentar resultados errôneos (SILVA, 2018).

Diante desse contexto, o presente estudo se depara com a incapacidade de estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis investigadas. A natureza observacional e descritiva dessa metodologia impõe uma restrição à inferência causal, uma vez que não é possível manipular diretamente as variáveis independentes para avaliar seu impacto sobre as dependentes. Assim sendo a interpretação dos resultados deve ser cautelosa, reconhecendo que as associações identificadas não implicam necessariamente em causalidade.

É necessário exercer cautela quanto à generalização dos resultados desta pesquisa, considerando que o estudo representa um recorte específico da realidade de um município situado no interior do Triângulo Mineiro, caracterizado por particularidades em sua RAS e políticas de saúde específicas. As nuances locais, estratégias governamentais e características demográficas próprias desse contexto podem influenciar de maneira significativa os resultados obtidos.

Portanto, generalizar os achados para outros cenários ou regiões demanda uma análise crítica, levando em consideração as diferenças existentes em termos de infraestrutura, cultura e gestão de políticas de saúde.

A compreensão da singularidade do contexto estudado é essencial para evitar extrapolações inadequadas e assegurar que as conclusões possam ser aplicadas de maneira válida e relevante em outros contextos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo possibilitaram compreender conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam na atenção ao pré-natal de baixo risco na APS.

Considerando o conhecimento, evidenciou-se que tais profissionais possuem elevado conhecimento dos principais agravos que podem acometer a gestante no cuidado de pré-natal de baixo risco na APS, sendo a questão relacionada a ITU que apresentou maior percentual de respostas incorretas. Já em relação aos casos clínicos relacionados ao domínio conhecimento, as questões que apresentaram respostas incorretas foram relacionadas a anemia, sífilis, diabetes mellitus e hipertensão arterial gestacional.

Já em relação às práticas dos profissionais no cuidado à gestante, foi possível identificar que há pontos de melhoria relacionados ao registro de movimentos fetais pela gestante, solicitação de ultrassonografia obstétrica para datação de gemelaridade, solicitação de *Coombs* indireto no caso de Rh negativo e realização de consulta puerperal para todas as mulheres em torno do 40º dia após o parto.

Os resultados relacionados à percepção dos participantes da Educação em Saúde para assistência pré-natal aos profissionais de saúde enfermeiros e médicos da ESF quanto a sua aplicação ao trabalho, foi positiva que os conhecimentos abordados trouxeram para a atenção ao pré-natal, porém ainda há espaço para melhoria quanto ao engajamento às mudanças e compartilhamento dos conhecimentos do curso junto aos colegas de trabalho.

Assim, os resultados identificados desempenham um papel crucial ao enriquecer o conhecimento existente sobre o tema, enquanto também apresentam potencial para orientar profissionais e gestores na revisão e aprimoramento dos cuidados prestados a gestantes durante o pré-natal de baixo risco.

Visto que o cuidado humanizado e o acolhimento estão diretamente relacionados à construção de vínculos, possibilitando o acompanhamento adequado da gestação. Desta forma os profissionais envolvidos nesse cuidado devem estar preparados para garantir a integralidade da assistência, amparados pelo bom relacionamento interpessoal (SILVA et al., 2019).

9. REFERÊNCIAS

ABBAD, G. da S. *et al.* **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

ALMEIDA, C. P. F. D. *et al.* Assistência ao pré-natal no Rio Grande do Norte: acesso e qualidade do cuidado na atenção básica. **Revista Ciência Plural**, Natal, RN, v. 7, n. 3, p. 61–80, 2021.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210300, 2022.

ANDRADE, R. B. de. **Análise do preenchimento da caderneta da gestante de adolescentes e adultas e registro do seguimento das recomendações do Ministério da Saúde.** 2019. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27859>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BARCELOS, M. R. B. *et al.* Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 67, 2017.

BISPO, G. M. B. *et al.* Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, p. e20180863, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1985. (Série B: Textos Básicos da Saúde, 6). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1985. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, v. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Editora do Ministério da

Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, 32). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: dabsaude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sfphp. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF: MS, 2007]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11634.htm. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL (org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília, DF: MS, 2017]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Brasília, DF: MS, 2011b]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2,799 de 18 de novembro de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Amamenta Brasil. [Brasília, DF: MS, 2008]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2799_18_11_2008.html. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(*)**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF: MS, 2000]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BROW JR, C. **Pontes indestrutíveis**. Reino Unido. EMI Music: 2007. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/charlie-brown-jr/1104568/>. Acesso em: 20 jan. 2024.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

CASTRO, R. C. L. de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.

CASTRO, G. A. de O. **Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho - IMPACT**. 1999. 262 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1999.

CELLARD. Análise documental. *In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

COSTA, S. de M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90–96, 2013.

CRUZ, A. D. L. **Importância da atenção pré-natal na prevenção de complicações na gestação: revisão integrativa**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, 2019. Disponível em:

<http://ri.ucsul.br:8080/jspui/bitstream/prefix/940/1/TCCALESSANDRACRUZ.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ENSSLIN, R. C. C. **Coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção à saúde na visão dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/mz9hd>. Acesso em: 19 jan. 2024.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. de S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v. 43, n. 121, p. 406–416, 2019.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Editora Manole, 2012.

FERREIRA, J. F. M. F.; SOUZA, L. S.; QUERINO, R. A. Participação do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem no Conselho Municipal de Saúde: relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 7, n. 1, p. 119–125, 2019.

FRISANCO, F. M. *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde sobre pré-natal: construção e validação de questionário. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, PR, v. 4, n. 5, p. 21510–21530, 2021.

FRISANCO, F. M. **Elaboração e validação de um questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde sobre assistência ao pré-natal de baixo risco**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12322/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20Doc.1pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Mortalidade materna no Brasil. Boletim Epidemiológico nº20/Ministério da Saúde (maio 2020)**. Brasília, DF, 2020. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/50880/mortalidadematernabrasil.pdf?sequence=2>. Acesso em: 30 nov. 2023.

GONÇALVES, P. D. S.; FERREIRA, S. C.; ROSSI, T. R. A. Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação no PSE. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v. 46, n. spe3, p. 87–102, 2022.

GONZALEZ, T. N.; CESAR, J. A. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, PE, v. 19, n. 2, p. 375–382, 2019.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. e00110417, 2018.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 201–209, 2006.

HUSSAIN, R. *et al.* Factors influencing healthcare seeking behaviour at primary healthcare level, in Pakistan. **Journal of Ayub Medical College Abbottabad**, Abbottabad, v. 31, n. 2, p. 201–206, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Política de revisão de dados divulgados das operações Estatísticas do IBGE**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101637.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2023.

LIVRAMENTO, D. do V. P. do *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180211, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. suppl 1, p. 4s, 2017.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. suppl 1, p. 677–683, 2018.

MATOS, D. S.; RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, MG, v. 16, n. 1, p. 18–33, 2013.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. de. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 12, n. 2, p. 239–244, 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. v. 31 Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

MUNIZ, F. de F. S. *et al.* Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **Journal of Management and Primary Health Care**, Uberlândia, MG, v. 9, p. e3, 2018.

NUNES, A. D. da S. *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, CE, v. 30, n. 3, p. 1–10, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasil, 2015. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde materna**. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 22, n. Suppl2, p. 1525–1534, 2018.

PENSO, J. M. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017.

POSSIDONIO, P.; DOMBROWSKI, P. A. A contribuição do pré-natal para o parto e nascimento. **Publicatio UEPG**, Ponta Grossa, PR, v. 23, n. 2, p. 99–107, 2017.

RIBEIRO, E. A. *et al.* Complicações na gestação causadas pela Infecção do Trato Urinário (ITU) – Revisão Integrativa. **Revista Educação em Saúde**, Anápolis, GO, v. 8, n. 2, p. 149–159, 2020.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041–1047, 2011.

SANINE, P. R. *et al.* Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. e00103118, 2019.

SANTOS, N. A. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, MG, v. 20, n. 3, p. 339–348, 2017.

SCHNEIDER, H. The governance of national community health worker programmes in low- and middle-income countries: an empirically based framework of governance principles, purposes and tasks. **International Journal of Health Policy and Management**, Kerman, v. 8, n. 1, p. 18–27, 2018.

SILVA, E. M. *et al.* **Estatística para os cursos de economia, administração e ciências contábeis**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018. v. 1

SILVA, E. P. da. **Proposta de um índice para avaliação da assistência pré-natal na atenção básica**. 2012. Dissertação (Ciências da Nutrição) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/4272/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, MG, v. 31, n. 61, p. 21–44, 2017.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017.

TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274–279, 2010.

UBERABA. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberaba, MG, 2017. Disponível em:

http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

UBERABA. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Uberaba, MG, 2021. Disponível em:

<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2021/PAS/PMS%202022-2025%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>. Acesso em: 23 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/250796>. Acesso em: 13 nov. 2023.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA PESQUISA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: “CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Convidamos você a participar da pesquisa: “**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**”. O objetivo desta pesquisa é verificar os conhecimentos, atitudes e práticas na assistência ao pré-natal de baixo risco dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior de Minas Gerais. Sua participação é importante, pois com os resultados será possível auxiliar gestores no planejamento de ações nas questões ligadas à saúde da gestante, com o propósito de elevar a qualidade de vida desta população, bem como estabelecer e desvendar os fatores relacionados a essa adesão. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário, com tempo estimado de 20 minutos. Os riscos desta pesquisa são apesar do anonimato e do respeito à decisão do avaliado na entrevista, poderá eventualmente causar algum desconforto ao entrevistado, para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências, o treinamento prévio dos avaliadores e a especificidade dos instrumentos de avaliação para com a população em foco irão minimizar as chances desse desconforto. Espera-se que de sua participação na pesquisa poderá ofertar um entendimento sobre as práticas assistenciais, e sua influência na qualidade de assistência pré-natal, acrescentando evidências sobre os fatores relacionados a adesão a essa temática; assim como podendo assim oferecer uma visão das lacunas em relação as orientações, possibilitando o aprimoramento das políticas públicas do município. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo ao seu trabalho, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador (es): Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

E-mail: leila.kauchakje@terra.com.br

Telefone: (34) 99976-2671

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Centro – CEP 38.015-040 – Cidade – MG.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776, ou no endereço Rua Madre Maria José, 122, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para

participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Adesão as diretrizes de assistência ao Pré-natal na Atenção Básica: um estudo metodológico, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador (es): Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

E-mail: leila.kauchakje@terra.com.br

Telefone: (34) 99976-2671

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Centro – CEP 38.015-040 – Cidade MG.

ANEXO A - Instrumento de caracterização sócio-demográfica e profissional

Código: _____

Idade^{1.1}: _____Estado civil: () solteiro (a)^{1.2} () casado (a)^{1.3} () união estável ()^{1.4} viúvo ()^{1.5}Nº de filhos^{1.6}: _____Profissão: () Médico^{1.7} () Enfermeiro^{1.8}Quanto tempo de graduação^{1.9}: _____Quanto tempo atua na ESF^{1.10}? _____Tem alguma especialização/pós-graduação^{1.11}? _____Qual(is) ^{1.12}? _____

ANEXO B - Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco

PARTE I – CONHECIMENTOS	
Assinale com X as condições abaixo que julgar corretas em relação ao cuidado de gestantes.	
1. 2.1	Índice de massa corporal >30 kg/m ² no início da gestação é fator de risco para Diabetes Gestacional
2. 2.2	Pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual 90 mmHg e pesquisa de proteinúria na fita reagente igual 1+ são fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante para pré-natal de alto risco.
3. 2.3	Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos são grupos de menores complicações não havendo necessidade de orientação e consultas dirigidas.
4. 2.4	Na presença de duas infecções do trato urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas.
5. 2.5	"Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá passar entre 6 a 8 consultas de pré-natal".
6. 2.6	É recomendado consultas de pré-natal a cada 15 dias entre 28 ^a e 36 ^a semanas de gestação.
7. 2.7	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa.
8. 2.8	Métodos contraceptivos hormonais somente com progestagênio podem ser usados por todas as mulheres no puerpério.
9. 2.9	Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença do anticorpo anti-D, por meio do teste de Coombs indireto.
10. 2.10	Cada visita de um profissional de saúde no puerpério, oferece uma oportunidade única para identificar necessidades não satisfeitas, aconselhamento e oferecimento de serviços de planejamento familiar.

PARTE II – CASOS CLÍNICOS CONHECIMENTOS	
<p>11.Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hemoglobina (Hb)= 8,0g/dl. Conduta: trate anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso e repita a dosagem de Hb em 60 dias.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> VERDADEIRO^{2.11} <input type="checkbox"/> FALSO^{2.12}</p>	
<p>12.Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo, VDRL positivo (1/4), e Anti-HBs negativo. Coloque V para verdadeiro ou F para falso.</p> <p><input type="checkbox"/> Investigar história e antecedentes da infecção por sífilis. ^{2.13}</p> <p><input type="checkbox"/> Gestante e parceiro com história de infecção por sífilis ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico. ^{2.14}</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar teste não treponêmico mensal. ^{2.15}</p> <p><input type="checkbox"/> Encaminhar para vacina contra Hepatite B. ^{2.16}</p>	
<p>13. Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo, Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente, Rubéola: IgG e IgM negativo. Coloque V ou F.</p> <p><input type="checkbox"/> Considerar infecção aguda por citomegalovírus e iniciar tratamento na atenção primária. ^{2.17}</p> <p><input type="checkbox"/> Considerar infecção antiga por toxoplasmose e continuar o seguimento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária^{2.18}</p> <p><input type="checkbox"/> Repetir IgG e IgM dos exames para toxoplasmose entre 2 a 4 semanas. ^{2.19}</p>	
<p>14.Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110 mg/dl. Coloque V ou F.</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus – solicitar Hb glicada^{2.20} <input type="checkbox"/> TTOG 75g entre 24 e 28 semanas^{2.21}</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus gestacional^{2.22}</p>	

15.Multigesta, 33 anos, 30 semanas de idade gestacional sem sintomas urinários. Já teve um episódio de infecção do trato urinário no primeiro trimestre. Achado: Urina tipo I dentro da normalidade e urocultura com mais de 100.000 colônias/ml. Coloque V ou F.

- () Tratar a gestante com antibiótico. ^{2.23}
 () Manter antibiótico profilaxia até o final da gestação. ^{2.24}
 () Realizar urocultura controle a cada seis semanas. ^{2.25}

16.Primigesta, 25 anos, 25 semanas de idade gestacional. Achado: PA de 140/90mmHg sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal., Coloque V ou F.

- () Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas). ^{2.26}
 () Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana. ^{2.27}
 () Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastria ou dor no abdome superior. ^{2.28}
 () Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas. ^{2.29}

17.Em relação ao esquema de vacinação da gestante assinale quais alternativas deverão ser seguidas: V ou F. () Realizar a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação quando o esquema vacinal estiver completo. ^{2.30} () Realizar a imunização anti-influenza nos períodos de risco (outono e inverno). ^{2.31}

- () Realizar o esquema de três doses de imunização contra hepatite B quando a gestante não estiver imunizada iniciando após o primeiro trimestre de gestação. ^{2.32}

PARTE III – ATITUDES

Assinale com “X” uma única opção sobre sua opinião em relação às questões abaixo:

AFIRMATIVAS	Concordo Totalmente	Concordo parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
18. É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal, sendo recomendado que intercalem as consultas. ^{2.33}				
19. É papel do(a) médico(a) do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico em todas as consultas do PN. ^{2.34}				
20. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal. ^{2.35}				
21. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal, de acordo com protocolo local do pré-natal do município. ^{2.36}				
22. É papel do profissional de saúde encaminhar a gestante para um pré-natal de maior complexidade quando ela apresentar fator de risco elevado à sua saúde ou ao do feto. ^{2.37}				
23. É preconizado que a maternidade avise à equipe de atenção básica seja por telefone ou contra referência da alta da puérpera e RN para que a visita domiciliar ou consulta sejam realizados em tempo oportuno. ^{2.38}				
24. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes considerando aspectos				

intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico. ^{2.39}				
25. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade as mulheres serem informadas sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. ^{2.40}				
26. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade informar que é direito do parceiro realizar consultas, exames e ter acesso a informações antes, durante e depois da gestação ^{2.41}				
27. É papel de todos os profissionais de saúde que atendem pré-natal realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar. ^{2.42}				
28. É papel dos profissionais de saúde estarem atentos aos resultados do Fator Rh, dado ser fator de risco gestacional e causar sérios impactos no feto. ^{2.43}				
29. É papel dos profissionais de saúde investigar qualquer queixa suspeita de IST durante o período gravídico-puerperal ^{2.44}				

PARTE IV – PRÁTICAS

Considerando as práticas como as ações que você realiza na assistência pré-natal, assinale com “X” uma única opção.

AFIRMATIVAS	Concordo Totalmente	Concordo parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
30. Como médico e enfermeiro responsabilizo-me pelo acompanhamento pré-natal de todas as gestantes da minha unidade. ^{2.45}				
31. Como médico e enfermeiro realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação. ^{2.46}				
32. Como médico e enfermeiro investigo em todas as consultas de pré-natal os fatores de risco obstétrico. ^{2.47}				
33. Como médico e enfermeiro solicito exames laboratoriais da rotina pré-natal no início e ao longo da gestação. 2.48				
34. Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla. ^{2.49}				
35. Solicito, a partir da 34ª semana, o registro diário dos movimentos fetais pela gestante. ^{2.50}				
36. Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e guia de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. ^{2.51}				

37. Na gestão do cuidado utilizo guia de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. ^{2.52}				
38. Realizo consulta puerperal para todas as mulheres em torno de 40º dia após o parto. ^{2.53}				
39. Realizo a consulta puerperal para todas as mulheres, entre 7 a 10 dias após o parto. ^{2.54}				
40. Compartilho o cuidado da gestante e puérpera de alto risco com a assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. ^{2.55}				
41. Oriento todas as mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos na consulta de puerpério. ^{2.56}				
42. Solicito <i>Coombs</i> indireto se Rh for negativo e repito a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; quando for positivo, encaminho a gestante ao pré-natal de alto risco. ^{2.57}				
43. Investigo na anamnese da gestante todas as infecções sexualmente transmissíveis, inclusive as do parceiro. ^{2.58}				

Fonte: (FRISANCO,2020).

ANEXO C – Impacto do Treinamento no Trabalho

Escalas para percepção quanto à aplicação no trabalho dos conhecimentos adquiridos na “Educação em Saúde para Assistência Pré-Natal direcionada aos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família”.

Data: _____ Local de trabalho: _____

ORIENTAÇÃO

A seguir serão apresentadas afirmativas a respeito da Educação Permanente Treinamento em Atendimento Pré-Natal direcionada aos Enfermeiros e Médicos da Estratégia Saúde da Família”, realizado no mês de abril/2023, suas respostas individuais serão confidenciais, tratadas de forma agrupada, exclusivamente pela pesquisadora. Lembre-se de que este questionário não é uma avaliação do seu desempenho. Não existem respostas certas ou erradas. O que nos interessa é sua opinião. Leia atentamente o conteúdo das afirmativas abaixo e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito da influência exercida pela Educação Permanente no contexto de suas práticas de assistência ao Pré-natal no trabalho que você realiza, considerando para tal o período desde o término do curso até a data de hoje. Pense também no apoio que vem recebendo para usar no seu trabalho o que aprendeu no curso. Para responder, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua resposta e marque um “X” para cada item.

Afirmativas	5	4	3	2	1
	Concordo Totalmente	Concordo	Não Concordo nem Discordo	Discordo Um Pouco	Discordo Totalmente
1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação. ^{3.1}					
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação. ^{3.2}					
3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação. ^{3.3}					
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação. ^{3.4}					
5. Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo meu trabalho com maior rapidez. ^{3.5}					
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação. ^{3.6}					
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação. ^{3.7}					
8. Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho. ^{3.8}					
9. Minha participação nessa capacitação aumentou minha autoconfiança (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso). ^{3.9}					
10. Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho. ^{3.10}					
11. Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho. ^{3.11}					
12. A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades. ^{3.12}					

Fonte: Castro, 1999.