



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



MARIA DE FÁTIMA PORTELA SILVA BOUÉRES

**ESTUDO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL COMO ESTRATÉGIA PARA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**

São Luís
2019

MARIA DE FÁTIMA PORTELA SILVA BOUÉRES

**ESTUDO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL COMO ESTRATÉGIA PARA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa do Mestrado Profissional em Saúde
da Família da Universidade Federal do
Maranhão/Fiocruz para obtenção de título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nair Portela Silva
Coutinho

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde

São Luís
2019

**Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA**

Bouéres, Maria de Fátima Portela Silva

Estudo do pré-natal de risco habitual como estratégia para redução da mortalidade materna / Maria de Fátima Portela Silva Bouéres. -2019.

51 f.: il.

Orientador(a): Nair Portela Silva Coutinho

Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Pré-natal. 2. Estratégia. 3. Redução. 4. Mortalidade. I. Coutinho, Nair Portela Silva. II. Título.

MARIA DE FÁTIMA PORTELA SILVA BOUÉRES

**ESTUDO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL COMO ESTRATÉGIA PARA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa do Mestrado Profissional em Saúde
da Família da Universidade Federal do
Maranhão/Fiocruz para obtenção de título de
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho (Orientadora)
Doutorado em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Márcio Soares Leite (Examinador)
Doutorado em Ciências da Saúde
Universidade Ceuma

Profa .Dra. Luciane Maria Oliveira Brito (Examinadora)
Doutorado em Medicina
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Examinadora)
Doutorado em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa (Suplente)
Doutorado em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza, que me permitiu chegar até aqui.

Aos meus pais, por me terem dado educação, transmitido valores e me ensinado a andar.

A meu pai José Ribamar Ferreira da Silva (in memorian), por ter me inserido no mundo da leitura edificante desde cedo e aplaudido minha evolução.

À minha mãe Maria de Jesus Portela Silva, por ter me gerado e ser fonte contínua de amor, força e por sempre me incentivar a atingir meus objetivos.

Aos meus dois filhos, Cristiano e Fernando, por me acompanharem nessa jornada com amor e companheirismo. Por terem aceitado as minhas ausências por conta de cursos, plantões, viagens e hoje serem meus confidentes, alunos e professores na escola da vida. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Nair, Cleide, Lilian, Heloisa, Ribamar, Jefferson e Cláudia, companheiros fiéis em todos os momentos, a quem retribuo o amor e o ombro.

À minha irmã Cláudia em especial e minha sobrinha Valéria, pelo apoio técnico recebido em vários momentos do curso.

Aos demais familiares, meu muito obrigada.

À minha orientadora prof. Nair Portela Silva Coutinho, por ser essa educadora nata, que usou muito do seu curto tempo livre, para me acompanhar nas etapas dessa construção científica. Para sempre minha gratidão.

Aos amigos queridos pela força, carinho e presença constante, meu abraço.

Aos professores que participaram da banca, pela valiosas contribuições.

Aos professores e técnicos do mestrado profsaúde, pelo auxílio prestado e conhecimentos compartilhados.

Aos colegas do mestrado pela parceria e aos profissionais das unidades de saúde que aceitaram participar desta pesquisa.

“Você nunca sabe a força que tem, até
que a sua única alternativa é ser forte.”

Johnny Depp

RESUMO

O pré-natal de risco habitual caracteriza-se pela assistência prestada pela equipe de saúde da família ao pré-natal de gestantes sem fatores de risco para agravos à saúde materno-perinatal ou que apresente fatores de risco que possam ser conduzidos na atenção primária. Esta pesquisa teve por objetivo estudar o pré-natal de risco habitual como estratégia para redução da mortalidade materna. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com profissionais de nível superior que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) envolvidos na assistência ao pré-natal de duas unidades básicas de saúde. Foi aplicado um questionário modificado da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, devidamente autorizado, contendo perguntas abertas e fechadas relativas à caracterização dos participantes e sobre o pré-natal de risco habitual. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2019 e analisados por meio dos programas Epi-Info e Excel. Os resultados evidenciaram que 72,7% dos profissionais são do sexo feminino e 27,3% do masculino, sendo 45,45% médicos, 45,45% enfermeiros e 9,2% cirurgiões-dentistas. O tempo de atuação na APS variou de 9,2% com até 5 anos de atividade para 63,5% acima de 10 anos de atuação. Quanto à principal causa de mortalidade materna, 54,5% referiram ser o pré-natal inadequado, 18,2% afirmaram que seria falta de assistência ao parto e 9,1% afirmaram que seria falta de protocolo, hipertensão e hemorragia. Sobre a realização de oficinas temáticas, rodas de conversa e a inclusão de parcerias e familiares nessas ações, 72,7% dos profissionais disseram que realizam e, 27,3% afirmaram que não realizam essas atividades. No que diz respeito se a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada, 81,8% disseram que sim e 18,2%, que não. O estudo sinaliza a necessidade de melhorias na assistência ao pré-natal de risco habitual, qualificando a equipe de saúde e implementando ações direcionadas às gestantes e parcerias por meio da educação, promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chave: Pré-natal. Estratégia. Redução. Mortalidade.

ABSTRACT

The usual risk prenatal care is characterized by the care provided by the family health team to the prenatal care of pregnant women without risk factors for maternal-perinatal health problems or presenting risk factors that can be conducted in Primary Care. The objective of this study was to study prenatal risk as a strategy to reduce maternal mortality. This is a descriptive study with a quantitative approach, carried out with senior professionals working in the Primary Health Care (PHC) involved in the prenatal care of two basic health units. An authorized modified questionnaire from the Federal University of Pelotas, Rio Grande do Sul, containing open and closed questions regarding the characterization of participants and prenatal habitual risk was applied. The data were collected in the months of April and May 2019 and analyzed through the Epi-Info and Excel programs. The results showed that 72.7% of the professionals are female and 27.3% are male, 45.45% are doctors, 45.45% are nurses and 9.2% are dental surgeons. The time of performance in the Primary Health Care (PHC) ranged from 9.2% with up to 5 years of activity to 63.5% over 10 years of operation. As to the main cause of maternal mortality, 54,5% reported inadequate prenatal care, 9,1% reported lack of protocol and 18,2% delivery care, and 9,1% reported that it was hypertension and bleeding. About 72.7% of the professionals said they did it, and 27.3% stated that they did not carry out these activities. Regarding whether the pregnant woman leaves UBS with the next scheduled appointment, 81.8% said yes and 18.2%, which they do not. The study indicates the need for improvements in prenatal care at usual risk, qualifying the health team and implementing actions directed at pregnant women and partnerships through education, promotion and prevention in health.

Keywords: Prenatal care. Strategy. Reduction and mortality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil do Profissional. São Luís-MA, 2019	23
Tabela 2 - Principais causas de mortalidade, segundo os profissionais que realizam o pré-natal na UBS. São Luís-MA. 2019.....	24
Tabela 3 - Assistência adequada ao pré-natal. São Luís-MA, 2019.....	25
Tabela 4 - Dias e turnos de atendimento pré-natal na UBS. São Luís-MA. 2019	26
Tabela 5 - Sobre protocolo de atendimento. São Luís-MA. 2019.....	27
Tabela 6 - Percentual de profissionais que realizam o pré-natal. São Luís-MA. 2019	28
Tabela 7 - Realização de estratégias de educação em saúde e inclusão de parcerias de familiares. São Luís-MA. 2019.....	28
Tabela 8 - Envolvimento da equipe nas oficinas e rodas de conversas. São Luís-MA. 2019.....	29
Tabela 9 - Agendamento de consulta da gestante. São Luís-MA. 2019	30
Tabela 10 - Ações desenvolvidas no atendimento às gestantes. São Luís-MA. 2019	30
Tabela 11 - Avaliação e classificação de risco gestacional. São Luís-MA. 2019	31
Tabela 12 - Protocolos utilizados pela equipe de saúde. São Luís-MA. 2019.....	32
Tabela 13 - Cuidados com o atendimento à gestante no pré-natal. São Luís-MA. 2019	34

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
DPP	Data Provável do Parto
DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFs	Unidades da Federação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1	Princípios gerais para a atenção obstétrica e neonatal	13
2.2	Assistência pré-natal.....	13
2.3	Linhas de cuidado e redes de atenção à saúde	14
2.4	Atenção Básica à Saúde	15
2.4.1	A universalidade das ações do SUS.....	15
3	OBJETIVOS	20
3.1	Geral.....	20
3.2	Específicos.....	20
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Tipo de estudo	21
4.2	Local de estudo	21
4.3	Matriz de análise	21
4.4	Técnica de pesquisa.....	21
4.5	População.....	22
4.6	Fundamentação teórica.....	22
4.7	Análise dos dados	22
4.8	Aspectos éticos	22
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	44
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto constituem um processo fisiológico na vida da mulher. Esse período é caracterizado pelo desenvolvimento de várias alterações físicas, psicológicas, sociais e emocionais que são particulares a cada gestante e requerem um acompanhamento contínuo de uma equipe multiprofissional e dos próprios familiares. A qualidade e a quantidade das orientações fornecidas pelos profissionais, associadas a uma adequada assistência tanto da família quanto da equipe de saúde são fatores essenciais para diminuição dos riscos comuns na gravidez (RIBEIRO et al., 2016).

O acompanhamento pré-natal de risco habitual é caracterizado pelo atendimento à gestação que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográficos e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez, podendo ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS são consideradas locais de atenção estratégica à saúde de toda população, portanto deve ser a porta de entrada para as gestantes aos serviços de pré-natal. Essas unidades demandam de uma rede organizada de serviços que garantam atender determinados indicadores de qualidade para que a assistência pré-natal seja de fato considerada satisfatória (BRASIL, 2012a).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Apesar da qualidade da assistência pré-natal estar diretamente associada ao menor grau de morbimortalidade materno-infantil, ainda permanece a preocupação mundial principalmente nos países em desenvolvimento, com a frequência de morte materna e neonatal em decorrência da gravidez e do parto (OKOROH et al., 2012).

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante o período gravídico-puerperal, compreendido a partir da gestação até 42 dias após o nascimento do bebê, ou da interrupção da gestação.

A morte materna não se relaciona ao tempo de duração da gestação e tampouco à localização do feto no útero durante a gravidez (BRASIL, 2002).

De fato houve a redução das taxas de mortalidade materna infantil e neonatal em todo o mundo, porém os esforços para diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil relacionados aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio lançado no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), que seria a redução de 75% dessas taxas de mortalidade para o ano de 2015, não foram alcançadas, resultando apenas em uma redução de 45% da taxa de mortalidade materna e um pouco mais de 50% da mortalidade neonatal e infantil (ALKEMA et al., 2016).

A maioria desses óbitos poderia ser evitada com implementação de intervenções comprovadamente eficazes durante a assistência pré-natal (ALKEMA et. al., 2016).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. O objetivo proposto era de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas (número mínimo de seis consultas na gestação e uma no puerpério), promover pacote mínimo de exames, atividades educativas, classificação de risco e vínculos institucionais (BRASIL,2000).

A organização da rotina e dos procedimentos a serem desenvolvidos durante o pré-natal de risco habitual envolve a disponibilidade de vários recursos que abrangem desde a presença dos profissionais até o acesso aos materiais necessários para a realização da consulta (BRASIL, 2012a).

Estudos de abrangência nacional tem mostrado que houve melhora na prática rotineira da assistência pré-natal no Brasil. Quase a totalidade das gestantes brasileiras realizou alguma consulta pré-natal, desse universo 73% realizou seis ou mais consultas em 2012. Pesquisa recente sobre qualidade do pré-natal mostrou que somente 15% das gestantes entrevistadas receberam uma atenção de qualidade (TOMASI et al., 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável pela cobertura do pré-natal, alcançou em julho de 2015 mais de 40 mil equipes e uma cobertura populacional de cerca de 65%. Concorda-se com os autores que destacam seria

esperado que quanto mais ESF mais qualidade na atenção à gestante (VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017).

As modificações induzidas pela gravidez durante o ciclo gravídico puerperal são consideradas como evento normal e fisiológico durante o período reprodutivo da maioria das mulheres. Entretanto, apesar de serem fisiológicas provocam alterações no organismo materno, colocando-os as proximidades da patologia, e se esquecido à deriva, estas alterações poderão resultar em doenças, complicações e também na própria morte (FERRAZ; BORDIGNHON, 2012).

O pré-natal é o momento adequado para a preparação ao parto e detecção de possíveis complicações, no entanto, a maioria das mulheres recebe alta do pré-natal aproximadamente por volta do oitavo mês onde patologias como o diabetes e a hipertensão agravam-se, deixando-as sem saber a qual serviço recorrer (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Embora o Brasil seja um país de dimensões continentais, em contexto geral, nos últimos trinta anos, a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório, complicadas pelo período gravídico-puerperal e o aborto foram as principais causas de morte materna em todo território nacional (MORSE et al., 2011).

A morbimortalidade materna e perinatal segue sendo um problema a ser combatido no Brasil, fazendo-se assim, necessário não só incrementar a qualificação como também aumentar o quantitativo de profissionais que atuam nessa área (NARDCHI, 2010).

As altas taxas de mortalidade materna no Brasil representam um desafio à saúde pública, sendo fundamental um pronto atendimento às emergências obstétricas para assegurar uma assistência efetiva à gestante (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

O interesse para desenvolver este estudo está fundamentado na observação como profissional da Estratégia Saúde da Família, que trabalha e acompanha o desenvolvimento dessas ações e percebe que, mesmo com a realização do atendimento pré-natal, ainda se evidencia um número elevado de morte materna, onde questões surgem para mim, nesta prática.

Este estudo se justifica por ser um problema de saúde pública complexo, que resulta de muitos fatores, entre estes, o pré-natal inadequado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Princípios gerais para a atenção obstétrica e neonatal

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006).

2.2 Assistência pré-natal

Constituem objetivos básicos da assistência pré-natal (MONTENEGRO; REZENDE, 2008):

- a) Orientar os hábitos de vida;
- b) assistir psicologicamente a gestante;
- c) prepará-la para a maternidade: instruí-la sobre o parto, dando-lhe noções de puericultura;
- d) evitar o uso de medicação e de medidas que se tornem ominosas para o concepto (anomalias congênitas);
- e) tratar os pequenos distúrbios habituais da gravidez;
- f) fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda equipe para a assistência integral à gestante (BRASIL, 2012).

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual, além da solicitação de exames complementares. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente,

deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006).

2.3 Linhas de cuidado e redes de atenção à saúde

A Portaria GM nº 2.488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconheceu que essa atenção tem nas linhas de cuidados o ponto fundamental para a organização dos processos de trabalho e devem ser definidos com vistas a possibilitar o acesso às ações resolutivas das equipes de saúde (BRASIL, 2011a).

Segundo Merhy (2002), para a reorganização do processo de trabalho faz-se necessário realizar a escuta qualificada, criar espaço para acolhimento e o estabelecimento de vínculo, dando contorno à forma da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (APS) no país.

Entende-se por linhas de cuidados a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro-institucionais, que se entrelaçam e se completam, em processos extremamente dinâmicos, voltada à assistência ao usuário, centrada em seu campo de necessidades, expressando fluxos assistenciais seguros e garantidos, no sentido de atender as suas necessidades de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; MALTA; MERHY, 2010).

O exercício dos profissionais forma um intenso fluxo de ações e serviços que percorrem todo o sistema de saúde para atender as necessidades dos usuários, sejam elas finais ou intermediárias. Torna-se um desafio à organização da Atenção Básica/APS, com os profissionais nos seus micro processos decisórios, em particular, no terreno da gestão do trabalho em saúde, da produção do cuidado, como um lugar onde há espaço para a resolutividade das ações de saúde (MERHY, 2002).

Rede de atenção à saúde é definida como uma rede que interliga estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizados nos diferentes níveis de atenção, articulados, com os mesmos objetivos e interdependentes, adequados para dar atendimento integral ao usuário e coordenado pela Atenção Básica à Saúde, prestando serviços de forma humanizada, com responsabilidade sanitária sob a população (MENDES, 2010,

2011). Essa orientação de rede na atenção à saúde se opõe a um sistema fragmentado de assistência que se organizou de modo isolado e incomunicável, incapaz de continuidade a assistência e priorizava as condições agudas em detrimento às doenças crônicas (MENDES, 2010).

A Portaria GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivos: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha foi organizada a partir de quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e do Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. O componente Pré-natal estabelece: realização de pré-natal na UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal, ao local que será realizado o parto; promoção, prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)/ Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e Hepatites; orientação e oferta de métodos contraceptivos, incluindo a anticoncepção de emergência; qualificação do sistema e da gestão da informação; programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011b).

2.4 Atenção Básica à Saúde

2.4.1 A universalidade das ações do SUS

O SUS, modelo brasileiro de atenção à saúde, tem em seus princípios a universalidade, integralidade e equidade, o que implica em atender a todos, tanto do âmbito do individual quanto do coletivo, em todos os níveis da atenção. A Atenção

Básica à Saúde deve ser a sua principal porta de entrada e o contato preferencial dos usuários, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012b; SAITO, 2014).

A prerrogativa da Atenção Básica à Saúde de ser o contato preferencial está relacionada em poder ser procurada e acolher a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde e que os profissionais das unidades básicas de saúde recebam e ouçam todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes, orientada pelos princípios da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado e da integralidade da atenção (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012b).

O acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde constitui um elemento do sistema de saúde na linha de cuidados, dentre aqueles ligados à organização dos processos de trabalho; refere-se à entrada nele, recebimento de cuidados subsequentes, que garantam a continuidade do tratamento. A garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade às ações e serviços é o maior desafio do SUS (TADDEO et al., 2012).

Na organização do sistema de saúde a partir da Atenção Básica, a ESF tem demonstrado seu potencial transformador, mudando práticas, agregando importantes atores e fortalecendo vínculos com as comunidades. Reforça claramente seu papel com uma estratégia de organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica à Saúde é definida como um conjunto de ações do SUS, para o indivíduo e a comunidade, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver atenção integral com impacto na situação da saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

A ESF surge então, a partir da necessidade do MS em reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, pois já havia uma experiência pioneira e bem sucedida, realizada no Ceará, município de Quixadá, que revelava a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos serviços básicos de saúde, e começava a focar a família como unidade de cuidado, apresentando-se como de grande importância na redução desses índices.

Sendo assim, em 1993, após uma reunião realizada em Brasília, foram criadas as diretrizes e normas para a adesão dos municípios. Havendo então, uma expansão do programa em todo território nacional no ano seguinte (ROSA; LABATE, 2005; MACHADO, 2005).

A Estratégia traz nos seus moldes a estrutura da APS, que tem como um dos seus princípios básicos, a atenção ao indivíduo no seu ambiente familiar e na comunidade (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012). Sendo assim, torna-se impossível, nesse campo de atuação, vislumbrar o indivíduo fora do seu contexto familiar e social.

Entre os atributos da Atenção Básica à Saúde está a de ser resolutive, que nesse âmbito consiste em identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2012b).

A resolutividade das necessidades de saúde tem como objetivo final a satisfação dos usuários e profissionais, compreendendo a resolução dentro do serviço, quanto à capacidade de atender a demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado, e dentro do sistema de saúde que se estende da consulta inicial na unidade básica de saúde, até a solução nos outros níveis de atenção à saúde, portanto envolvendo aspectos relacionados à demanda, satisfação dos usuários, tecnologias dos serviços, existência de um sistema de referência e contra referência pré-estabelecido, acessibilidade dos serviços, formação dos recursos humanos, entre outros (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Acesso e acessibilidade são dois termos de utilização intercalada na literatura, com conceitos semelhantes ou interligados, podendo ser explicados em diferentes contextos (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; MENDES et al., 2012). Starfield (2002), divide em dois conceitos: o acesso é o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis para a saúde, enquanto a acessibilidade é a possibilidade de chegar aos serviços.

Donabedian (1980), usa o termo acessibilidade ao considerar que um serviço é acessível quando é fácil de chegar e ser mantido. Essa acessibilidade depende das propriedades de quem fornece o cuidado, que seja mais ou menos fácil de chegar e usar, e da potencialidade do usuário de superar barreiras geográficas, administrativas, financeiras e psicológicas para o seu uso.

Na perspectiva da Atenção Básica à Saúde, os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos organizacionais para assegurar acesso e acolhimento aos usuários que por eles procurem, promovendo vínculo e responsabilizando-se pela atenção às necessidades de saúde, devendo se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e se responsabilizar pelas respostas nos outros níveis de atenção (BRASIL, 2012b).

O desenvolvimento de relações de vínculo entre as equipes e a população adscrita deve garantir continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica. A continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos e a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (BRASIL, 2012b).

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, sendo necessária para alcançar a integralidade da atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; SILVA; ANDRADE, 2014).

A Estratégia Saúde da Família consolida e fortalece a Atenção Básica à Saúde, no SUS, com constituição multiprofissional, voltada para uma abordagem integral à família, consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida, na qual os profissionais devem estar preparados para responder às demandas e necessidades advindas de sua área de atuação (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

A política pública da ESF tem o objetivo de focar a atenção tanto na dimensão social quanto na dimensão subjetiva, indo além das puras práticas curativas, visando à promoção da saúde. O programa apresenta grande potencialidade de tornar-se um sistema eficaz para enfrentar as vulnerabilidades em saúde, mas apresenta limites que dificultam a pretendida mudança devido aos processos de trabalho e aos modelos de gestão organizados dentro dos paradigmas que se quer superar (JUNGES et al., 2009).

A continuidade da atenção é outro atributo da Atenção Básica à Saúde. Essa continuidade é geralmente alcançada pela manutenção do mesmo médico ou outro profissional da Atenção Básica à Saúde de uma consulta para outra, embora existam outros meios para alcançá-la, como uma equipe de profissionais que mantenham um canal de comunicação que permitam trocas de informações, como um prontuário ou outro tipo de registro (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado, deve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, acompanhar, ordenar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (SAITO, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o pré-natal de risco habitual como estratégia para redução da mortalidade materna.

3.2 Específicos

- a) Identificar a opinião dos profissionais inseridos na Atenção Primária em Saúde, acerca da importância do pré-natal como estratégia de prevenção à mortalidade materna;
- b) verificar o cumprimento de protocolos quanto a consultas e acolhimento às gestantes na UBS;
- c) identificar ações educativas e estratégias desenvolvidas na UBS como recurso para promoção e prevenção à saúde das gestantes.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no período de abril de 2018 a maio de 2019.

4.2 Local de estudo

Foi desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro Cohab-Anil, do município de São Luís – MA, sendo a Unidade Básica Cohab Anil I e Unidade Básica Genésio Ramos Filho. Essas unidades encontram-se localizadas na zona urbana, sendo compostas por três e quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, respectivamente. Possuem também uma equipe do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é comum às duas unidades, além de outros profissionais, como: nutricionista, psicóloga, pediatra e corpo administrativo.

4.3 Matriz de análise

O estudo está apoiado na análise estatística descritiva que diz respeito à coleta, organização, cálculo e a interpretação dos dados.

4.4 Técnica de pesquisa

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário (APÊNDICE A), após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), modificado da Universidade Federal de Pelotas, com perguntas abertas e fechadas, relativas ao pré-natal de risco habitual. Foi solicitada e obtida autorização da pesquisadora Professora Doutora Ana Cláudia Gastal Fassa. No questionário constam perguntas relativas ao perfil profissional e à prática da equipe de saúde referentes a atenção à gestante no pré-natal.

4.5 População

Profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros e dentistas, envolvidos na assistência ao pré-natal.

4.6 Fundamentação teórica

Princípios e diretrizes do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde.

4.7 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados usando os programas Epi-Info e Excel, os resultados serão expressos pela estatística e apresentados por meios de gráficos e figuras.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Foi inserida na Plataforma Brasil, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer número 3.196.279 de 13 de março de 2019.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados onze profissionais de nível superior dos dezesseis que compõem as equipes da estratégia de saúde da família das duas unidades básicas do estudo. Os cinco não participaram porque 2 estavam de férias e 3 de licença.

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino, 72,7% e 27,3% masculino (tabela 1), dado coincidente com os estudos de Marqui et al. (2010) e Matos, Toassi e Oliveira (2013), onde as autoras destacam que a tendência de feminização das profissões na saúde é uma realidade, e esta acarreta especificidades e demandas próprias desse fenômeno.

O termo feminização no mercado de trabalho se refere, normalmente, a um franco crescimento da população feminina em algumas profissões que historicamente eram desempenhadas por homens, como a medicina e odontologia (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010).

Quanto à faixa etária, a idade dos entrevistados variou de 25 a 51+, sendo 9,2% para a faixa de 25 a 30 anos, 36,3% com 31 a 40 anos e 27,3 % para 41 a 50+. No que diz respeito ao tempo de atuação na ESF, observou-se 5 anos, o que corresponde a 9,2% para o profissional com menor tempo de atuação e com 10+ 63,5% o de maior tempo de atividade na ESF (tabela 1).

No que diz respeito à formação participaram deste estudo, médicos, com 45,4%, enfermeiros 45,4% e cirurgião-dentista com 9,2% (tabela 1).

Tabela 1 - Perfil do Profissional. São Luís -MA, 2019

(continua)

SEXO	n	%
Masculino	3	27,3
Feminino	8	72,7
Total	11	100,0
IDADE	n	%
25-30	1	9,2
31-40	4	36,3
41-50	3	27,3
51+	3	27,3

Total	11	100,0
-------	----	-------

Tabela 1 - Perfil do Profissional. São Luís- MA, 2019

(conclusão)

FORMAÇÃO	n	%
Médico	5	45,4
Enfermeiro	5	45,4
Odontólogo	1	9,2
Total	11	100,0
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	n	%
0 a 5 anos	1	9,2
6 a 10 anos	3	27,3
10+	7	63,5
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Na Tabela 2 observa-se que os entrevistados ao serem questionados sobre qual seria, atualmente e dentro de sua realidade, a principal causa de mortalidade materna, responderam: pré-natal inadequado, com 54,5%, falta de assistência no parto com 18,2%, falta de protocolos, hemorragia e hipertensão, com 9,1%.

Tabela 2 - Principais causas de mortalidade, segundo os profissionais que realizam o pré-natal na UBS. São Luís-MA. 2019

CAUSA DE MORTALIDADE MATERNA	n	%
Pré-natal inadequado	6	54,5
Falta de assistência no parto	2	18,2
Falta de protocolos	1	9,1
Hemorragia e	1	9,1
Hipertensão	1	9,1
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), as mulheres morrem por complicações que ocorrem durante ou depois da gestação e

do parto. As principais complicações que representam quase 75% de todas as mortes maternas são: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclampsia), hemorragias graves principalmente após o parto (infecções, complicações no parto e abortos inseguros). Esses resultados diferem dos encontrados nesta pesquisa os quais tiveram um percentual menor. Na pesquisa desenvolvida por Morse et al. (2011), as principais causas de óbito materno foram, doenças hipertensivas, hemorragias, e infecções puerperais, seguidas do aborto, que condizem, parcialmente, com os resultados de Jorge et al. (2015), estes óbitos ocorreram devido à hipertensão na gravidez, complicações no trabalho de parto, hemorragia e infecção puerperal.

Os achados de Goudard et al. (2016), se assemelham com os resultados desta pesquisa quando o autor relata que o conteúdo da assistência pré-natal foi classificado como inadequado quando não atendeu aos critérios do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que estabelece o início precoce, o número mínimo de consultas, os exames laboratoriais básicos, a vacinação antitetânica e os procedimentos obstétricos.

Com relação ao entendimento dos entrevistados sobre o que consideravam assistência adequada ao pré-natal, 72,7% responderam que é a realização de consultas com médicos e enfermeiros, 36,3% o acesso aos exames de laboratório e de imagem em tempo oportuno e a vinculação à maternidade, (tabela 3).

Tabela 3 - Assistência adequada ao pré-natal. São Luís- MA, 2019

ENTENDIMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA ADEQUADA AO PRÉ-NATAL	n	%
Consultas com médicos e enfermeiros	8	72,7
Acesso aos exames de laboratório e de imagem em tempo oportuno e vinculação à maternidade	4	36,3

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Estudo realizado por Ferrari et al. (2014), mostra que do total de óbitos neonatal, 23,5% ocorreram por fatores maternos e por complicações da gravidez, parto e puerpério.

Para Nunes et al. (2016), no Brasil, nos últimos 10 anos houve um aumento de cobertura da atenção pré-natal, entretanto, ainda apresenta elevada inadequação na assistência, o que implica em necessidade de melhorias em vários aspectos, especialmente, no que tange à qualidade do serviço prestado.

Verifica-se na tabela 4 que ao serem questionados sobre em quantos dias e turnos da semana era realizado o atendimento de pré-natal na UBS, 63,4% afirmaram que o pré-natal acontece nos 5 dias da semana e 36,6% informaram que acontece em 4 dias. Em relação aos turnos, todos os entrevistados responderam que acontece nos dois turnos.

Tabela 4 - Dias e turnos de atendimento pré-natal na UBS. São Luís-MA. 2019

DIAS E TURNOS E DA SEMANA PARA REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL NA UBS	n	%
Pré-natal acontece nos 5 dias	7	63,4
Pré-natal acontece nos 4 dias	4	36,6
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

De acordo com dados de Saúde Brasil, 2016, registrou-se para o país uma média de oito consultas durante a gestação. Nove Unidades da Federação (UFs) – PR, SP, MG, DF RJ, SC, MS, ES – apresentaram número de consultas acima da média brasileira. Entretanto, em três UFs – AC, MA, AP, a média de consultas foi inferior a seis (BRASIL, 2017).

Na tabela 5, observa-se que 72,8% dos profissionais, afirmaram que atendem ao protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde e 27,2% utilizam o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde. De acordo com o Ministério de Saúde, os protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2016).

Tabela 5 - Sobre protocolo de atendimento. São Luís-MA. 2019

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	n	%
Atendem ao protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde	8	72,8
Utilizam o da Secretaria Municipal de Saúde	3	27,2
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2008).

Sobre quais profissionais realizam o atendimento pré-natal na UBS, 54,5% declararam que é realizado por médicos e enfermeiros, 27,3% responderam que o pré-natal é realizado por médicos, enfermeiros e odontólogos e com 18,2% foi referido que é realizado por médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas e assistentes sociais. O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação de qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda equipe para a assistência integral à gestante (BRASIL, 2016). Brito et al. (2017) entendem que a assistência à gestante deve ser oferecida por uma equipe multiprofissional visto que esses profissionais de diversas áreas, empenham-se em garantir à saúde cuidados e o bem-estar da gestante, do parceiro e do bebê, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Ao serem questionados quanto à existência de gestantes atendidas na UBS e que estão fora da área de cobertura, 100% dos entrevistados responderam que sim. Considerando as limitações de área de cobertura da Estratégia Saúde da Família em São Luís, as gestantes são atendidas na UBS, independentemente de estarem na área adscrita ou serem de demanda espontânea (tabela 6).

Tabela 6 - Percentual de profissionais que realizam o pré-natal. São Luís-MA. 2019

PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O PRÉ-NATAL	n	%
Médicos e enfermeiros	6	54,5
Médicos, enfermeiros e odontólogos	3	27,3
Médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas e assistentes sociais	2	18,2
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Sobre a realização de oficinas temáticas, rodas de conversa e a inclusão de parcerias e familiares nessas ações, 72,7% dos profissionais disseram que realizam e, 27,3% afirmaram que não realizam essas atividades (tabela 7).

Tabela 7 - Realização de estratégias de educação em saúde e inclusão de parcerias de familiares. São Luís-MA. 2019

REALIZAÇÃO DE OFICINAS TEMÁTICAS, RODAS DE CONVERSA E A INCLUSÃO DE PARCERIAS E FAMILIARES NESSAS AÇÕES	Nº	%
Profissionais que realizam essas atividades	8	72,7
Profissionais que não realizam essas atividades	3	27,3
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Na pesquisa realizada por Pio e Oliveira (2014), comparando grupos de gestantes de Brasil e Portugal, como estratégia de educação em saúde, realizaram reuniões com gestantes, com temas pré-definidos, além de visitas à maternidade, obtiveram participação multiprofissional. A adesão foi considerada satisfatória pela equipe de saúde, contando cada grupo com uma média de sete gestantes, que representava mais de 50% do total cadastrado no Sistema de Informação em Saúde (SIS) pré-natal da Unidade de Saúde da Família em questão. As atividades eram realizadas com participação multiprofissional.

Os profissionais devem estar atentos para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para

utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase (BRASIL, 2016).

A participação das mulheres em práticas educativas permite a construção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos, favorece o vivenciar de uma gestação mais tranquila e promove a formação do vínculo mãe-bebê, com uma melhor aceitação da gravidez (PROGIANTI; COSTA, 2012).

No que se refere à participação e planejamento da equipe de saúde nas oficinas temáticas e rodas de conversa, 81,8% afirmaram que sim e, 18,2%, que não participam (tabela 8). No planejamento das ações da equipe de atenção básica, deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto (BRASIL, 2016).

Tabela 8 - Envolvimento da equipe nas oficinas e rodas de conversas. São Luís-MA. 2019

PARTICIPAÇÃO E PLANEJAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE NAS OFICINAS TEMÁTICAS E RODAS DE CONVERSA	nº	%
Afirmaram que participam	9	81,8
Afirmaram que não participam	2	18,2
Total	11	100.0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

No que tange a pergunta sobre se a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada, 81,8% disseram que sim e, 18,2% disseram que não (tabela 9). Este estudo está em consonância com os achados de Martins, Matos e Santos (2016), em que os autores relatam que o atendimento de pré-natal nas unidades básicas de Goiânia-GO foi considerado satisfatório, devido o retorno ficar agendado ao término da consulta, sendo feito de forma rápida e no local. No entanto, para Costa et al. (2013), um dos fatores sugeridos para melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal foi a necessidade de agilizar o agendamento das próximas consultas.

Tabela 9 - Agendamento de consulta da gestante. São Luís-MA. 2019

GESTANTE SAI DA UBS COM A PRÓXIMA CONSULTA PROGRAMADA?	n	%
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Total	11	100.0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

No que diz respeito a quais ações são desenvolvidas no cuidado às gestantes, 100% informaram que realizam diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, saúde bucal e imunizações, 90,9% fazem controle dos cânceres de colo de útero e mamas, 81,8% fazem planejamento familiar (tabela 10).

Tabela 10 - Ações desenvolvidas no atendimento às gestantes. São Luís-MA. 2019

AÇÕES QUE SÃO DESENVOLVIDAS NO CUIDADO ÀS GESTANTES	n	%
Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos,	11	100,0
Imunizações	11	100,0
Saúde bucal	11	100,0
Controle dos cânceres de colo de útero e mamas	10	90,9
Planejamento familiar	9	81,8

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Segundo Garbin et al. (2011), em estudo realizado no município de Bilac, São Paulo, 60% de gestantes não procuraram o cirurgião dentista na gravidez e 45% não sabem como manter a saúde bucal do bebê.

O Câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte, por câncer, nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2016). No Brasil é o segundo tipo mais incidente na população feminina. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019). O país ainda apresenta falhas na abordagem dessa importante morbidade e seu diagnóstico e tratamento muitas vezes não são realizados em tempo oportuno gerando menor sobrevida (5 anos) das

peessoas diagnosticadas, em comparação com países desenvolvidos (50%-60% contra 85%) (BRASIL, 2014).

Segundo Pacheco (2011), além dos aspectos sociais, fatores como situação socioeconômica desfavorável, alta rotatividade dos profissionais de saúde que dificulta o vínculo com o paciente, inadequação das consultas de pré-natal por insuficiência nas informações profissionais e/ou infraestrutura e recursos materiais, erros e omissões nos relatórios também contribui com a baixa cobertura vacinal.

Segundo Carreiro et al. (2018), o aleitamento materno exclusivo foi praticado por 72,6% das mulheres atendidas, em um ambulatório especializado de aleitamento, nos primeiros 30 dias após o parto. Houve associação significativa entre esta prática e as dificuldades: percepção materna quanto à quantidade de leite produzida, de mamas cheias antes das mamadas, de vazamento de leite e extração manual do leite com facilidade; posicionamento materno e da criança, preensão, sucção e deglutição da criança adequados; além das variáveis: maior escolaridade, situação conjugal estável; ter tido experiência prévia com aleitamento materno, ter mamilos protrusos, ter realizado contato precoce pele a pele, ter filhos com menor média de dias de idade e que faziam uso de chupeta.

Ao serem questionados sobre a utilização de alguma avaliação e classificação de risco gestacional, 81,8% dos entrevistados informaram que utilizam e 18,2% disseram que não utilizam (tabela 11). O acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de organização dos fluxos com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017).

Tabela 11 - Avaliação e classificação de risco gestacional. São Luís-MA. 2019

PROFISSIONAIS UTILIZAM ALGUMA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	n	%
Utilizam	9	81,8
Não utilizam	2	18,2
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Estudo realizado por Ortiz (2017), evidencia que na utilização da classificação de risco Score Mamá, no Hospital Matilde Hidalgo de Procel y no Centro de Salud nº 10, no Equador, para as pacientes que não foi aplicado o protocolo, 24,32% apresentaram alto risco e, com as pacientes submetidas ao protocolo, 100%, com alta pontuação, não faleceram, a atenção foi otimizada e para as com transtorno de hipertensão, ao ser realizada a intervenção a tempo, decresceu sua incidência.

No que diz respeito à utilização de protocolos pela equipe de saúde da UBS, para regular o acesso das gestantes a outros níveis de assistência, os profissionais responderam que: 90,0% encaminham para atendimento nas especialidades e para Serviço de Pronto Atendimento e 81,8%, para internação hospitalar (tabela 12). A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência, é de responsabilidade do SUS e dar-se-á, no ato de sua inscrição, no programa de assistência pré-natal. Parágrafo 1º do artigo 1º da Lei nº 11.634/2007 (BRASIL, 2007). Desta forma, 90,0% dos entrevistados atendem o que determina esta legislação.

Tabela 12 - Protocolos utilizados pela equipe de saúde. São Luís-MA. 2019

PROTOCOLOS UTILIZADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA UBS PARA REGULAR O ACESSO DAS GESTANTES A OUTROS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA		
	n	%
Equipe encaminha para atendimento nas especialidades	10	90,0
Equipe encaminha para Serviço de Pronto Atendimento	10	90,0
Equipe encaminha para internação hospitalar	9	81,8

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Indagados se quando a caderneta da gestante está disponível na consulta, preenchem as informações devidas, 90,9% responderam que sempre e, 9,1%, afirmaram que às vezes. No presente estudo, a maioria dos profissionais informou que faz o preenchimento da caderneta, o que demonstra estar de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Para Santos, Abreu e Campos (2017), a frequência de registros nos cartões referentes ao campo da gestação atual, foi de 90% de preenchimento relacionados à data da última menstruação (DUM) e

85,5% relacionados à data provável do parto (DPP). Esses dados permitem melhor planejamento quanto ao parto e puerpério. O resultado desse estudo mostrou inadequação de registros.

Os profissionais entrevistados chamam atenção para a data da próxima vacina? 90,9% responderam que sim, sempre, e 9,1% afirmaram que, às vezes. Tomasi et al. (2017) afirmam que quase 100% das mulheres referiram ter atualizado sua vacina antitetânica e recebido prescrição de sulfato ferroso. No contexto da vacinação, a equipe da ESF realiza a verificação da caderneta e a situação vacinal e encaminha a população à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação. É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelo fato de o indivíduo ser atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacinação (BRASIL, 2014).

Com relação ao questionamento, se os profissionais de saúde conversam sobre a prática de aleitamento materno, 90,9% responderam que sim, sempre e, 9,1% afirmaram que às vezes. De acordo com pesquisa realizada por Tomasi et al. (2017) sobre a Qualidade da Atenção no Pré-Natal na Rede Básica de Saúde, os autores afirmaram que a proporção de mulheres que recebeu todas as orientações foi de 60,3%, sendo as orientações sobre amamentação exclusiva a mais oferecida e, sobre a importância do pré-câncer, a menos oferecida.

Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla, mãe/bebê, quanto de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (BRASIL, 2015).

Quanto à revisão puerperal, os entrevistados recomendam sua realização? 72,7% disseram que sim, sempre e 27,3% responderam que às vezes (tabela 13). Ao se manifestarem favoráveis à revisão puerperal os entrevistados

desta pesquisa demonstraram que de fato essa revisão é muito importante e evita a ocorrência de complicações principalmente na primeira semana após o parto.

Tabela 13 - Cuidados com o atendimento à gestante no pré-natal. São Luís-MA. 2019

QUANDO A CADERNETA DA GESTANTE ESTÁ DISPONÍVEL NA CONSULTA	n	%
Sempre preenchem as informações devidas	10	90,9
Às vezes preenchem as informações devidas	1	9,1
Total	11	100,0
PROFISSIONAIS CHAMAM ATENÇÃO PARA A DATA DA PRÓXIMA VACINA	n	%
Sim, sempre	10	90,9
Às vezes	1	9,1
Total	11	100,0
PROFISSIONAIS CONVERSAM SOBRE A PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO	n	%
Sim, sempre	10	90,9
Sim, às vezes	1	9,1
Total	11	100,0
REVISÃO PUERPERAL – RECOMENDAM SUA REALIZAÇÃO	n	%
Sim, sempre	8	72,7
Sim, às vezes	3	27,3
Total	11	100,0

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

De acordo com Gonçalves et al. (2008), a porcentagem de mulheres gestantes atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres puérperas que retornaram à unidade de origem após encaminhamentos foi de 88% (44 gestantes/puérperas); as puérperas que não retornaram à unidade 12% (6 puérperas), não o fizeram pois mudaram da área de abrangência, dado este obtido pela visita domiciliar realizadas pelas ACS.

Deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, (desde o pré-natal), o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de

saúde após o parto. Isso pode ser concretizado com: agendamento do primeiro agendamento na AB antes no momento da alta da maternidade; realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido ter recebido alta e agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto (BARACHO, 2007).

6 CONCLUSÃO

O conhecimento sobre a importância do pré-natal como estratégia de redução da mortalidade materna, é fundamental para os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde.

Foi considerado como causa principal da mortalidade materna o pré-natal inadequado. A maioria dos profissionais segue protocolos oficiais de atenção à gestante e faz encaminhamentos quando necessário, para os diversos níveis da assistência. Estratégias como rodas de conversa, oficinas temáticas, reuniões com equipe, são desenvolvidas como recurso para que as gestantes valorizem o pré-natal, realizem as consultas e os exames laboratoriais preconizados, cumpram o calendário de vacinas e se sintam acolhidas.

A organização dos serviços, no que se refere à garantia de vinculação da gestante à maternidade, exames laboratoriais e de imagem com resultados em tempo, capacitação da equipe de saúde envolvida na assistência e dos familiares que atuam como apoio à mulher nesse momento dinâmico e singular, assim como a própria mulher, quando devidamente orientada, acolhida e ciente de suas potencialidades, são considerados elementos essenciais para efetivação de um pré-natal eficaz e humanizado.

O estudo sinaliza a necessidade de melhorias na assistência ao pré-natal de risco habitual, qualificando a equipe de saúde e implementando ações direcionadas às gestantes e parcerias por meio da educação, promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 462-474, 2016.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 783-836.

ASSIS, M. M. M.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: aspectos da ginecologia e neonatologia. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 5 maio 2019.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>
. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**. Brasília, DF, 2017. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012a. (Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. (Legislação em Saúde, E).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF, 2002.

BRITO, P. J. et al. A importância do cuidado multiprofissional na assistência pré-natal da atenção básica: um relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2., 2017, Campina Grande. **Anais...** Campina Grande, 2017. Disponível em:
<https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID1765_15052017134245.pdf>. Acesso em: 8 maio 2019.

CARREIRO, J. A. et al. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 430-438, 2018.

COSTA, A. C. P. et al. Maternal mortality in regional health jurisdiction in the Brazilian State of Maranhão: a retrospective study. **Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 4, p. 1005-1009, 2013.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização no curso de odontologia da Universidade de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1865-1873, 2010.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

FERRARI, R. A. P. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 354-359, maio/jun. 2014.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-538, abr./jun. 2012.

FRANCO, T.; MAGALHÃES JÚNIOR H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-132.

GARBIN, C. A. S. et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 40, n. 4, p. 161-165, 2011.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 349-353, maio/jun. 2008.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, 2016.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes clínicas/protocolos assistenciais**: manual operacional. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2247.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer do colo de útero: conceito e magnitude**. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

JORGE, H. M. F. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 937-944, 2009.

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da família na atenção da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará**. 2005. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARQUI, A. et al. Caracterização das equipes de saúde da família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARTINS, A. C.; MATOS, D. V.; SANTOS, H. F. L. Autonomia da mulher no processo parturitivo. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4509-4516, 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e processos de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, Bellaterra, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MENDES, A. D. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903- 2912, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. **A produção do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. F. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2011000400002&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2019.

NARDCHI, N. Z. Atenção ao pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo-Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-273, 2010.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OKOROH, E. M. et al. Are neonatal orbidities associated with no prenatal care diferente from those associated with inadequate prenatal care? **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, Irvine, v. 2, n. 2, p. 89-97, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa**: Mortalidade materna. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 4 maio 2019.

ORTIZ, M. C. **Utilidad del score mamá no Hospital Matilde Hidalgo de Procel y Centro de sal nº 10**. 2017. 52 f. Tese (Doutorado) - Facultad de Ciencias Medicas, Universidad de Guayaquil, 2017.

PACHECO, A. J. **Vacinação da gestante no pré-natal**: revisão integrativa da literatura. 2011. 56 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 313-324, 2014.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Práticas Educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 257-633, 2012.

RIBEIRO, J. F. et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 161-170, jan./mar. 2016.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, jun. 2012.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

SAITO, R. X. S. Atenção primária à saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 79-90.

SANTOS, T. M. M. G.; ABREU, A. P. S. B.; CAMPOS, T. G. C. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 11, p. 2939-2945, jul. 2017. Suplemento 7.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

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. 1-11, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2019.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014. Suplemento 1.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

I PERFIL DO PROFISSIONAL

Sexo: () M () F

Formação: () Médico () Enfermeiro () Dentista

Idade: () 25 - 30 anos () 31 – 40 anos () 41 – 50 anos () 51 +

Tempo de atuação na APS: () 0 – 5 anos () 6 – 10 anos () 10 +

II DADOS DA PESQUISA

- 1) Em sua opinião, qual seria atualmente a principal causa da mortalidade materna?
- 2) Para você, o que seria uma assistência adequada no pré-natal?
- 3) Em quantos dias da semana a sua UBS realiza atendimento pré-natal?
(1) UM (2) DOIS (3) TRÊS
(4) QUATRO (5) CINCO (6) SEIS
- 4) Existe protocolo de atendimento pré-natal na sua UBS?
(1) Sim (2) Não
- 5) Quem produziu esse protocolo?
Ministério da Saúde
(0) NÃO
(1) SIM
Secretaria de Estado da Saúde
(0) NÃO
(1) SIM

Secretaria Municipal de Saúde

(0) NÃO

(1) SIM

- 6) Nos dias em que a sua UBS realiza atendimento pré-natal, ele acontece em todos os turnos?

(0) NÃO (1) SIM

- 7) Quem realiza atendimento pré-natal em sua UBS?

Enfermeiro

(0) NÃO

(1) SIM

Médico clínico geral ou de família

(0) NÃO

(1) SIM

Odontólogo

(0) NÃO

(1) SIM

Nutricionista

(0) NÃO

(1) SIM

Assistente Social

(0) NÃO

(1) SIM

Técnico/ auxiliar de enfermagem

(0) NÃO

(1) SIM

8) Existem gestantes fora da área de cobertura de sua UBS que realizam o pré-natal na sua UBS?

(0) NÃO (1) SIM

9) São realizadas oficinas temáticas, rodas de conversa, com as gestantes?

(0) NÃO (1) SIM

10) As parcerias e/ou familiares são convidados e estimulados a participar dessas ações?

(0) NÃO (1) SIM

11) A equipe de saúde participa do planejamento e execução dessas atividades?

(0) NÃO (1) SIM

12) Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada?

(0) NÃO (1) SIM

13) Quais ações são desenvolvidas em sua UBS no cuidado às gestantes?

Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral:

(0) NÃO (1) SIM

Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal:

(0) NÃO (1) SIM

Controle dos cânceres de colo de útero e mama:

(0) NÃO (1) SIM

Imunizações:

(0) NÃO (1) SIM

Planejamento familiar:

(0) NÃO (1) SIM

Promoção do aleitamento materno:

(0) NÃO (1) SIM

Outra(s):

(0) NÃO (1) SIM

Qual(is)?

14) Os profissionais utilizam alguma avaliação e classificação do risco gestacional?

(0) NÃO (1) SIM

15) Os profissionais de saúde da UBS utilizam protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde?

(0) NÃO (1) SIM

16) Quais protocolos são utilizados?

Encaminhamento para atendimento nas especialidades:

(0) NÃO (1) SIM

Encaminhamento para internação hospitalar:

(0) NÃO (1) SIM

Encaminhamento para serviços de pronto-atendimento:

(0) NÃO (1) SIM

17) Quando a carteira de pré-natal está disponível na consulta, os profissionais de saúde preenchem com as informações atuais da gestante?

(0) NÃO (1) SIM, ÀS VEZES (2) SIM, SEMPRE

18) Os profissionais de saúde chamam atenção para a data da próxima vacina?

(0) NÃO (1) SIM, ÀS VEZES (2) SIM, SEMPRE

19) Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre as práticas de promoção do aleitamento materno?

(0) NÃO (1) SIM, ÀS VEZES (2) SIM, SEMPRE

20) Os profissionais de saúde recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto?

(0) NÃO (1) SIM, ÀS VEZES (2) SIM, SEMPRE

21) Na sua UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-Natal?

(0) NÃO (1) SIM

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, profissional da Estratégia Saúde da Família, para participar do Projeto de Pesquisa chamado “Estudo sobre o Pré-natal de Risco habitual, como estratégia de redução da mortalidade materna”, que será desenvolvido pela Professora Dra. Nair Portela Silva Coutinho e pela mestrandia Maria de Fátima Portela Silva Boueres, pesquisadoras da Universidade Federal do Maranhão.

O objetivo desta pesquisa é estudar o pré-natal de risco habitual, como estratégia de redução da mortalidade materna.

Caso você participe da pesquisa, você será entrevistado(a) individualmente e esta entrevista, será realizada na unidade de saúde em que você trabalha.

Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum privilégio ou prejuízo em seu trabalho na Unidade de Saúde.

Sua participação na pesquisa não terá nenhum custo. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade das pesquisadoras.

Pela sua participação na pesquisa você não receberá nenhum valor em dinheiro.

Os benefícios estarão relacionados a identificação de dados relativos à atenção no pré-natal para estudo e melhoria da qualidade da assistência, possibilitando planejamento e execução de ações de específicas na referida assistência.

Nenhum procedimento deste estudo oferece risco físico ou a dignidade do participante. Os riscos serão mínimos, podendo estar relacionado com a possibilidade de algum desconforto ao responder a alguma pergunta, e ao tempo gasto com as entrevistas, mas se ocorrer algum fato nesse sentido, o participante

será informado da importância de sua participação, e que poderá desistir de responder a alguma pergunta. Quanto ao tempo, a equipe irá se empenhar em usá-lo de forma mais prática possível para não trazer transtorno ao profissional.

As informações relacionadas aos relatórios só poderão ser acessadas pelos pesquisadores ou autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação científica, isto será feito sob forma de código, sem a divulgação de nome dos participantes, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

A sua participação neste projeto é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

Estão garantidas todas as informações que você desejar saber sobre a pesquisa, antes durante e depois do projeto.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será em duas vias de igual teor e deverá, obrigatoriamente, conter rubricas do participante da pesquisa e das pesquisadoras em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante.

Se for necessário qualquer esclarecimento, você pode entrar em contato com a pesquisadora Prof.^a Dr.^a. Nair Portela Silva Coutinho, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão, pelo telefone

(98) 98431-4234 ou pelo e-mail nairportelaufma@gmail.com, das 08h00 às 17h00 durante a semana, ou com Maria de Fátima Portela Silva Boueres, aluna do Mestrado Profissional Saúde da Família da mesma instituição, pelo telefone (98) 8194-6218 ou pelo e-mail mariafatima.portela@hotmail.com das 08h00 às 17h00.

Caso precise de maiores esclarecimentos você, também, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão HU/ UFMA, situado na rua Barão de Itapary, nº227, 4º andar, Centro, São Luís-MA, CEP 65.020-070, fone (98) 2109-1250. O Comitê de Ética em Pesquisa é composto por um grupo de diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do Projeto de Pesquisa,

da qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no projeto a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho na Unidade de Saúde. Fui informado de que não haverá custos para mim.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital
Universitário da Universidade Federal do
Maranhão HU/UFMA Endereço: Rua Barão
de Itapary, nº227, Centro, São Luís – MA
/Fone (98) 2109-1250

Rubricas:

Participante da Pesquisa: _____

Pesquisador Responsável: _____

Pesquisadora de campo: _____

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

São Luís, de 2019.

Participante da pesquisa