



Ruth Andrea Dotta Miranda

**Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na Atenção Primária no município de Corumbá-MS**

Campo Grande - MS  
2021

Ruth Andrea Dotta Miranda

**Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária no município de Corumbá-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Junior Henrique Duarte.

Título do trabalho em inglês: Analysis of pregnancy risk assessment in prenatal care carried out in Primary Care in the city of Corumbá-MS.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M672a      Miranda, Ruth Andrea Dotta.  
                Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na  
                atenção primária no município de Corumbá-MS / Ruth Andrea Dotta  
                Miranda. -- 2020.  
                78 f. : il. color. ; graf. ; tab.  
  
                Orientador: Sebastião Junior Henrique Duarte.  
                Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
                Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Campo Grande-MS,  
                2020.  
  
                1. Cuidado Pré-Natal. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Atenção  
                Primária à Saúde. 4. Emergências. 5. Exames Médicos. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.24098171

Ruth Andrea Dotta Miranda

**Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária no município de Corumbá-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 30 de junho de 2021.

Banca examinadora

Profa. Dra. Ana Lúcia Lyrio

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Fundação Oswaldo Cruz - Polo Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Sebastião Junior Henrique Duarte (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz - Polo Mato Grosso do Sul

Campo Grande -MS

2021

Dedico, com muita emoção este produto à minha família, meus pais, esposo e filhas. É por eles, e para eles, quem sou e a quem devo muitas horas de ausência. São eles o meu motor, meu exemplo e fonte de energia. A satisfação de terminar esta etapa se torna mais emocionante e prazerosa por eles serem os partícipes, embora indiretos na elaboração deste trabalho, mas imprescindíveis, em cada um dos meus dias.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me permitir viver esta experiência;

Aos colegas de trabalho, por aceitarem participar desta pesquisa;

Aos professores, que com a sua experiência e conhecimento me entregaram ferramentas para a construção de um olhar mais profundo nas áreas de assistência da Atenção Primária, e no processo de ensino aprendizagem na faculdade;

Aos colegas de turma, família e amigos, que sempre apoiaram meu desafio e deram o suporte, tempo e paciência necessários para que eu pudesse vivenciar este processo de amadurecimento;

À Secretaria Municipal de Saúde, de Corumbá-MS, pelo apoio;

A todos e todas, que de maneira direta ou indireta contribuíram para este momento;

Em especial, agradeço ao meu Orientador que sempre esteve firme, me acompanhando me dando força e luz para realizar este intento.

*Fazer falta, este deve ser o sentido da vida. Ter-se consciência de que se é necessário, este é o caminho e o dever do homem nessa efêmera passagem entre os outros humanos*

(SANT'ANA, Paulo 2002, online).

## RESUMO

No Brasil, a redução das causas evitáveis da mortalidade materna constitui um grande desafio aos profissionais de saúde, haja vista a necessidade de melhorias na assistência ao pré-natal, parto e nascimento. Mesmo com as diretrizes do Ministério da Saúde, que recomenda rotinas institucionais fundamentadas em critérios científicos visando a prevenção, diagnóstico e manejo de fatores que podem causar morbidade ou mortalidade materna ou neonatal, ainda assim nem todos os serviços as seguem. Assim, tem-se por objetivo analisar como é avaliado o risco gestacional em gestante, com pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde. Pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Fiocruz. Foi realizada no município de Corumbá, Mato Grosso do Sul, em Unidades Básicas de Saúde da Família. Participaram 37 profissionais entre médicos e enfermeiros. Incluiu-se aqueles que realizam assistência pré-natal, localizados após no máximo três tentativas para a coleta de dados e somente os que atuavam em zona urbana. Solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aos profissionais e às gestantes para autorizar a observação da consulta. Um instrumento para a caracterização dos profissionais e outro do tipo *check-list* guiou a coleta de dados, cujos procedimentos foram assinalados como: realizado, não realizado ou não se aplica. As variáveis do estudo constituíram todas aquelas recomendadas pelo Ministério da Saúde para a classificação de risco gestacional. Os dados foram digitados em planilhas do Excel e posteriormente receberam tratamento da estatística descritiva. Os resultados mais frequentes mostram que 70, 27% dos profissionais são do sexo feminino, com mais de 7 anos de formação (67, 5%), mais de 7 anos de trabalho com gestantes (62, 3%), com dúvidas quanto aos procedimentos a serem feitos na consulta pré-natal (72, 97%). Com relação a observação do que foi realizado nas consultas de pré-natal, que apresentaram a maior frequência estão: anotações em cartão da gestante (100%), a infecção urinária nas doenças preexistentes (41, 4%), o diabetes mellitus (22, 9%) dos antecedentes familiares, os sinais vitais foram aferidos em 94, 3%. Concluiu-se que os profissionais não seguem todas as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde. A qualificação para o atendimento pré-natal se deu mais no cotidiano, situação que requer a intervenção por meio da educação permanente. Recomenda-se a implementação de protocolo assistencial capaz de padronizar condutas a serem realizadas em consultas de pré-natal, desse modo a reorganização da atenção à saúde das gestantes.

Palavras-chave: Assistência pré-natal. Gravidez de alto risco. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

In Brazil, the reduction of preventable causes of maternal mortality is a major challenge for health professionals, given the need for improvements in prenatal care, delivery and birth. Even with the guidelines of the Ministry of Health, which recommends institutional routines based on scientific criteria aimed at the prevention, diagnosis and management of factors that can cause maternal or neonatal morbidity or mortality, still not all services follow them. Thus, the objective is to analyze how gestational risk is evaluated in pregnant women, with prenatal care performed in Primary Health Care. Descriptive research, with a quantitative approach, approved by the Ethics Committee for research involving human beings at Fiocruz. It was carried out in the municipality of Corumbá, Mato Grosso do Sul, in Basic Family Health Units. Descriptive research, with a quantitative approach, approved by the Ethics Committee for research involving human beings at Fiocruz. It was carried out in the municipality of Corumbá, Mato Grosso do Sul, in Basic Family Health Units. 37 professionals participated, including physicians and nurses. Those who performed prenatal care, located after a maximum of three attempts to collect data, and only those who worked in urban areas, were included. Professionals and pregnant women were asked to sign the free and informed consent form to authorize the observation of the consultation. An instrument for the characterization of professionals and another of the check-list type guided the data collection, whose procedures were marked as: performed, not performed or not applicable. The study variables were all those recommended by the Ministry of Health for the classification of gestational risk. Data were entered into Excel spreadsheets and later received descriptive statistics treatment. The most frequent results show that 70.27% of professionals are female, with more than 7 years of training (67.5%), more than 7 years of work with pregnant women (62.3%), with doubts about the procedures to be performed in the prenatal consultation (72, 97%). Regarding the observation of what was performed in prenatal consultations, which presented the highest frequency are: notes on the pregnant woman's card (100%), urinary infection in preexisting diseases (41, 4%), diabetes mellitus (22, 9%) of the family history, vital signs were measured in 94, 3%. It was concluded that professionals do not follow all the recommendations proposed by the Ministry of Health. Qualification for prenatal care took place more often in daily life, a situation that requires intervention through continue education. The implementation of a care protocol capable of standardizing behaviors to be performed in prenatal consultations is recommended, thus reorganizing the health care of pregnant women.

Keywords: Prenatal care. High-risk pregnancy. Primary Health Care.

## RESUMEN

En Brasil, la reducción de causas evitables de mortalidad materna es un gran desafío para los profesionales de la salud, dada la necesidad de mejoras en la atención prenatal, el parto y puerperio. Incluso con los lineamientos del Ministerio de Salud, que recomiendan rutinas institucionales basadas en criterios científicos dirigidos a la prevención, diagnóstico y manejo de factores que pueden causar morbimortalidad materna o neonatal, todavía no todos los servicios los siguen. Así, el objetivo es analizar cómo se evalúa el riesgo gestacional en gestantes, con la atención prenatal realizada en Atención Primaria de Salud. Investigación descriptiva, con enfoque cuantitativo, aprobada por el Comité de Ética para investigaciones con seres humanos de Fiocruz. Se llevó a cabo en el municipio de Corumbá, Mato Grosso do Sul, en Unidades Básicas de Salud de la Familia. Participaron 37 profesionales, entre médicos y enfermeras. Se incluyeron aquellas que realizaron atención prenatal, ubicadas luego de un máximo de tres intentos de recolección de datos, y solo aquellas que laboraron en áreas urbanas. Se solicitó a los profesionales y mujeres embarazadas que firmen el formulario de consentimiento libre e informado para autorizar la observación de la consulta. Un instrumento para la caracterización de profesionales y otro del tipo *check-list* guiaron la recolección de datos, cuyos procedimientos fueron marcados como: realizado, no realizado o no aplicable. Las variables de estudio fueron todas las recomendadas por el Ministerio de Salud para la clasificación de riesgo gestacional. Los datos se ingresaron en hojas de cálculo de Excel y posteriormente se trataron con estadísticas descriptivas. Los resultados más frecuentes muestran que el 70,27% de los profesionales son mujeres, con más de 7 años de formación (67,5%), más de 7 años de trabajo con gestantes (62,3%), con dudas sobre la determinación del riesgo gestacional al realizar la consulta pre natal (72,97%). En cuanto a la observación de lo realizado en las consultas prenatales, las que presentaron mayor frecuencia son: notas en la tarjeta de gestante (100%), infección urinaria en enfermedades preexistentes (41,4%), diabetes mellitus (22,9%) de los antecedentes familiares, los signos vitales se midieron en el 94,3%. Se concluyó que los profesionales no siguen todas las recomendaciones propuestas por el Ministerio de Salud, la cualificación para la atención prenatal se dio con mayor frecuencia en la vida diaria, situación que requiere intervención a través de la educación continua. Se recomienda la implementación de un protocolo de atención capaz de estandarizar los comportamientos a realizar en las consultas prenatales, reorganizando así la atención de la salud de la gestante.

Palabras clave: Atención prenatal. Embarazo de alto riesgo. Atención Primaria de Salud.

## LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1 -	Amostra de participantes da pesquisa.....	33
Tabela 1 -	Distribuição de categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021, segundo o sexo.....	38
Tabela 2 -	Profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021, por tempo de formação.....	39
Tabela 3 -	Tempo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na assistência pré-natal do município de Corumbá-MS em 2021.....	40
Tabela 4 -	Distribuição da frequência de treinamento de 37 (trinta e sete) profissionais da Estratégia de Saúde da Família na assistência pré-natal do município de Corumbá-MS em 2021.....	40
Tabela 5 -	Distribuição da frequência de parâmetros subjetivos na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes, realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	42
Tabela 6 -	Distribuição da frequência de duração em minutos da consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes, realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	43
Tabela 7 -	Distribuição da frequência das características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis averiguadas na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	45
Tabela 8 -	Distribuição da frequência da história reprodutiva anterior averiguada na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	48
Tabela 9 -	Distribuição da frequência das condições clínicas preexistentes averiguadas na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	49
Tabela 10 -	Distribuição da frequência dos antecedentes familiares averiguados na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	52

Tabela 11-	Distribuição da frequência dos parâmetros do exame físico geral e específico averiguados na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.....	54
------------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPN	Cuidados Pré-Natais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidades
MI	Mortalidade Infantil
MM	Mortalidade Materna
MS	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NT	Nota Técnica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RMM	Razão da Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Metas em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
2.1	PRÉ-NATAL.....	19
2.1.1	<b>A Assistência pré-natal pela equipe multiprofissional</b> .....	20
2.2	AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL.....	23
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	29
4.1	TIPO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	29
4.1.1	<b>Características do município de Corumbá-MS</b> .....	30
4.1.2	<b>Breve caracterização dos serviços de saúde e de profissionais, no município</b> ...	30
4.1.2.1	<i>Rede de Atenção Primária</i> .....	30
4.1.2.2	<i>Rede de Atenção Especializada</i> .....	30
4.1.2.3	<i>Rede de Urgência e Emergência públicas</i> .....	31
4.1.2.4	<i>Rede Hospitalar</i> .....	31
4.1.2.5	<i>Estrutura da Secretaria de Saúde de Corumbá – Recursos Humanos</i> .....	31
4.1.2.5.1	<i>Profissionais de saúde</i> .....	31
4.2	PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO/EXCLUSÃO.....	32
4.2.1	POPULAÇÃO PESQUISADA.....	32
4.3	COLETA DE DADOS.....	34
4.	ANÁLISE DE DADOS.....	36
4.5	PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	36
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
5.1	<b>Distribuição de categorias profissionais, por sexo</b> .....	38
5.2	<b>Tempo de formação dos profissionais que atuam na assistência pré-natal</b> .....	39
5.3	CONSULTAS AVERIGUADAS: ACOLHIMENTO, TEMPO, INFORMAÇÃO. PARÂMETROS SUBJETIVOS.....	41
5.3.1	<b>Parâmetros subjetivos na consulta pré-natal</b> .....	41
5.3.2	<b>Tempo de duração das consultas</b> .....	42

5.4	CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES AVERIGUADAS NAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS.....	44
5.4.1	<b>Características sociodemográficas.....</b>	44
5.4.2	<b>Características Individuais.....</b>	47
5.5	HISTÓRIA CLÍNICA DAS GESTANTES: DOENÇAS PREEXISTENTES E ANTECEDENTES FAMILIARES.....	48
5.5.1	<b>Doenças preexistentes.....</b>	49
5.5.2	<b>Antecedentes familiares.....</b>	51
5.6	EXAMES FÍSICO GERAL E ESPECÍFICOS.....	53
6	<b>CONCLUSÃO.....</b>	57
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	59
	<b>APÊNDICE A - Relação das Unidades de Saúde de Corumbá-MS.....</b>	65
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes.....</b>	68
	<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestantes.....</b>	69
	<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis de Gestantes Menores de 18 Anos.....</b>	70
	<b>APÊNDICE E - Termo de Assentimento.....</b>	71
	<b>APÊNDICE F - Caracterização e informações dos participantes.....</b>	72
	<b>APÊNDICE G - Roteiro de Observação Primeira Consulta.....</b>	73
	<b>APÊNDICE H - Roteiro de Observação Consultas Subsequentes.....</b>	74
	<b>ANEXO A - Carta de Anuência para pesquisa.....</b>	76
	<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Pesquisa – CEP.....</b>	77

## 1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde organizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram melhorias no acesso ao pré-natal contribuindo, principalmente, para a redução da morbidade e mortalidade materna e fetal, de 1990 até 2015, por meio do direcionamento do monitoramento da saúde da gestante, através da avaliação de critérios que possam levar à gestação de risco habitual à condição de gravidez de alto risco (BRASIL, 2012).

Entretanto, com o crescimento dos números da mortalidade materna e infantil no Brasil, a partir de 2016, essa redução foi alterada. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS, 2018, p. 6), o país reportou 64,4 mortes maternas por 100 (cem) mil nascidos, em 2016. Para a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2018), esses índices de mortalidade materna são altos e inaceitáveis.

Ainda, de acordo com as pesquisas da OPAS/OMS (2018) 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”.

Segundo Laurenti, *et al* (2000, p. 24) “A mortalidade materna é um bom indicador de saúde da população feminina e, de certa forma, da população em geral”. De acordo com os autores, esse indicador serve também para revelar “[...] grandes disparidades, ao se compararem áreas ou regiões de diferentes graus de desenvolvimento”. Entretanto, alertam que apesar de todos esses fatos, “[...] sua mensuração, por vários motivos, poucas vezes traduz a realidade de sua magnitude [...]”.

A mortalidade materna é a taxa que relaciona o número de mortes maternas por 100 (cem) mil nascidos vivos (BRASIL, 2012b). A gravidez de risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2010, p. 11, *apud* CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Risco é definido como a probabilidade de um indivíduo sofrer danos. Em perinatologia ou medicina materno-fetal, esse risco na maioria das vezes surge da combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas no sistema de saúde. “As causas diretas de morte materna, fetal e neonatal, ou seja, a situação clínica final decorre de uma sequência de eventos prejudiciais ao longo do ciclo de vida, assim como das etapas da assistência da saúde” (FEBRASGO, 2013, p. 9).

Esta pesquisa partiu do pressuposto que, se o risco gestacional fosse avaliado em toda consulta de pré-natal, de acordo com as recomendações científicas haveria maior probabilidade

de redução dos quadros que podem levar à mortalidade materna. Para tanto se faz necessária a implementação de recursos científicos, humanos, tecnológicos e econômicos, na assistência à saúde das gestantes e de seus filhos (BRASIL, 2013).

Além disso, é da responsabilidade dos profissionais pré-natalistas<sup>1</sup>, a assistência pré-natal de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e das rotinas institucionais baseadas em critérios científicos visando a prevenção, diagnóstico e manejo de fatores que podem causar morbidade ou mortalidade materna ou perinatal.

Desse modo, esta pesquisa demonstra como é realizada a avaliação do risco gestacional, em pacientes da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul. A pesquisa considera o índice apresentado pelo município de Corumbá, em 2016, de 03 (três) óbitos evidenciando uma taxa de 167,5 (cento e sessenta e sete e cinquenta), para cada 100 (cem) mil nascidos vivos, quando a média estadual era de 69,68 (sessenta e nove e sessenta e oito) para cada 100 (cem) mil, no mesmo período de 2016 (GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL/CEPMMI, 2016).

O município de Corumbá, em pesquisa recente foi “[...] município do estudo, sede de Região de Saúde e único da fronteira com a Bolívia, resultando numa RMM de 112,0”, por nascidos vivos. segundo estudos atuais de Silva *et al* (2020, p. 65216), ou seja, Corumbá também apresentou o maior número de mortes maternas, entre os municípios do Mato Grosso do Sul, que fazem fronteira com outros países.

Destaca-se o compromisso internacional assumido pelo Brasil no que se refere a mortalidade materna, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente o objetivo de número três: saúde e bem-estar, cuja meta global de redução da mortalidade materna para 70 por 100 mil nascidos vivos.

Assim, é relevante estudos que possam contribuir com a identificação de fatores possíveis de serem modificados, com isso reduzir os indicadores de mortalidade e morbidade materno e infantil.

Diante do exposto, esta pesquisa pode trazer uma série de benefícios à assistência pré-natal, na rede pública de saúde do município de Corumbá-MS, dentre eles, melhorar a eficácia na aplicação dos protocolos assistenciais tornando o atendimento mais resolutivo; direcionar a

---

<sup>1</sup> De acordo com o Dicionário de Expressões Médicas da UNB “É muito mais usada a forma com uso do hífen pré-natalista, procedente de pré-natal, forma que está amplamente registrada nos dicionários. Por coerência, torna-se a forma preferencial.” Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/11206041/dicionario-de-expressoes-medicas>. Acesso em: 14 jun 2021.

educação permanente dos profissionais de saúde e toda a equipe da ESF; bem como oportunizar um diagnóstico situacional.

Tem-se como questão de pesquisa:

- a) Quem são os profissionais que oferecem consulta pré-natal na Atenção Primária à Saúde?
- b) Quais as informações e procedimentos realizados pelos profissionais de saúde na consulta de pré-natal?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Osis (1998, p. 26) em se tratando de políticas públicas no Brasil, o marco legal de atenção à saúde da mulher - na abordagem à saúde reprodutiva - foi a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Anteriormente, a política de cuidados da mulher se dava no campo materno-infantil, ou seja, o objetivo dos programas que atendiam gestantes centrava-se “em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social” (OSIS, 1998, p. 26 *apud* CANESQUI, 1987; OSIS, 1994).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, de acordo com seus princípios constitucionais e organizativos<sup>2</sup>, explicita que é necessário organizar os sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério visando a uma assistência hierarquizada e integralizada.

Ainda conforme o SUS se faz importante estabelecer estratégias e garantir ações para que as brasileiras tenham direito à maternidade segura, como compromisso real da União, estados e municípios, e dos profissionais que atuam na área da saúde. É preciso garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, além de dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres que podem desenvolver uma gravidez de alto risco (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é vista hoje em todo o mundo como a estratégia mais efetiva para porta de entrada de usuários na rede e na universalização do acesso à saúde, cujos objetivos são a integralidade, a centralização na família, a coordenação e continuidade do cuidado (longitudinalidade), a orientação comunitária e a consequente resolubilidade desejada em face dos principais problemas apresentados pela população (DF/SES, 2017, p.3).

Na perspectiva da OMS (2016), se a mulher tem uma experiência positiva durante uma gravidez, isso:

[...] significa uma normalidade física e sociocultural, uma gravidez saudável para a mãe e o bebê (incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte), uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia) (OMS, 2016, p. 1).

Vale ressaltar que, no âmbito do SUS, está instituída a Rede Cegonha, que se consiste em rede de cuidados que assegura à mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede encontra-se organizada em

---

<sup>2</sup> Universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização, regionalização e participação popular.

quatro componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento: vinculação da gestante à maternidade, próxima ao local onde ela reside, favorecendo o acesso e a vaga sempre, para o momento do nascimento do bebê; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: continuidade do cuidado no pós-parto e atenção à saúde da criança (0 a 24 meses); IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação que garantem internação em unidade de saúde com condições de atendimento compatíveis com o risco da mãe e do bebê (BRASIL, 2019).

## 2.1 PRÉ-NATAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os processos de cuidados da saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) “constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças” (OMS, 2016, p. 1).

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento pré-natal - como promotor da saúde e da prevenção de riscos - assegura o desenvolvimento da gestação “permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2012, p. 33). Desse modo, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, e garantir a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, “assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal” (BRASIL, 2012, p. 40).

Nas áreas técnicas da saúde pública existe marco legal que define os cuidados com a gravidez. A saúde da mulher, do homem e da criança, considerando a necessidade de normatização e padronização de condutas no que se refere ao acompanhamento da mulher e de seu parceiro/a durante o pré-natal, puerpério e o cuidado ao recém-nascido (RN) têm como embasamento os seguintes documentos que norteiam a rede de cuidados: 1. Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), Ministério da Saúde; 2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); 3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015); 4. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009). (DF/SES, 2018).

Todas essas políticas, implementadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, têm como objetivo uma rede de cuidados, que constituem um importante instrumento para redução da morbidade e mortalidade materna e infantil.

Poucas mulheres têm conhecimento ou utilizam o serviço, mas, o SUS oferece o acompanhamento pré-concepcional: consulta realizada antes de uma gravidez, para identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. É a proposta do planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada que incentive a dupla proteção (prevenção da gravidez e demais DST) durante as consultas de puericultura, puerpério, atividades de vacinação e em locais de parcerias estratégicas (BRASIL, 2013, p. 27).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), na avaliação pré-concepcional devem ser realizados a anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional, focando em situações de saúde que podem complicar a gravidez (BRASIL, 2012, p. 27).

Dados do Ministério da Saúde (2012, p. 27) informam que “do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada”. Supõe-se, portanto, que o não planejamento “se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes”.

Desse modo, o pré-natal se torna essencial quando não há esse acompanhamento anterior a gestação. Para o Ministério da Saúde, o número mínimo de consultas do pré-natal ainda não tem um consenso. Para a OMS (2011) o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Para o Ministério da Saúde “[...] mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, pode ser não que haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A)” (BRASIL, 2012, p. 33). Nesse caso, o grau de “recomendação A” deve ser dispensado às grávidas com maiores riscos.

### **2.1.1 A Assistência pré-natal pela equipe multiprofissional.**

Todas as Unidades de Saúde, na Atenção Básica devem estar preparadas para assistir uma gestante. Para tanto é preciso, segundo o Ministério da Saúde, que as ações sejam organizadas, a partir da integralidade do cuidado e articuladas com outros pontos de atenção, o que “impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde”. Toda essa movimentação

contribui para que a equipe possa colaborar com a “solução dos problemas apresentados pela população, sob sua responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2012, p. 37).

Para o Ministério da Saúde, essa integralidade do cuidado significa a capacidade de:

- Integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações;
- Integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas equipes;
- integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos;
- ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extras setoriais dentro de seu território de atuação (BRASIL, 2012, p. 37).

Desse modo e, principalmente com a capacidade de a Unidade Básica de Saúde (UBS) ser um espaço de articulação social e de humanização, antes da gestante acessar a UBS, “a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil”. É preciso conhecer o território e estabelecer o vínculo com a população para isto se faz necessário conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e que demonstrem ter interesse em engravidar (BRASIL, 2012, p. 37).

A orientação do Ministério da Saúde é que quanto maior for o vínculo “entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal” (BRASIL, 2012, p. 37).

Compreende-se, portanto, que as equipes de Atenção Básica são responsáveis pela população de sua área de abrangência, dos serviços de saúde e deve coordenar o cuidado “mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde” (BRASIL, 2012, p. 37). Ou seja, de acordo com a necessidade de cada usuária e cumprindo o protocolo local, a gestante deve ter o acesso a outras redes assistenciais pelos sistemas de referência e contra referência vigentes.

O Ministério da Saúde considera importante a execução de ações que denomina como os “10 passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica”. Antes é preciso que a mulher tenha fácil acesso aos serviços de saúde e ao teste rápido de gravidez.

- 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".

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° 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)".

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012, p. 38).

A equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ou de Saúde da Família (UBSF) tem um papel primordial no cuidado com a gestante, por se tratar de uma assistência complexa, desde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na condução da busca ativa de gestantes e puérperas, numa atividade rotineira, até as consultas pré-natais realizadas por médicos e enfermeiros assegurando as práticas educativas e integrativas em saúde. A recomendação do Ministério da Saúde é de que os profissionais de saúde, devem realizar ações de atenção integral incluindo a promoção em saúde, viabilizando o vínculo dos usuários a equipe (BRASIL, 2012, p. 45).

Segundo Duarte e Almeida (2014, p. 1030, *apud* BRASIL, 2006) o pré-natal orientado pelo Ministério da Saúde refere-se ao período que antecede o nascimento da criança. Neste período, a equipe planeja e organiza um conjunto de ações que envolvam o uso de ferramentas clínico laboratoriais e farmacológicas sempre que seja demandado.

Não somente na Atenção Básica (AB), mas em todos os serviços referenciados, os profissionais de saúde têm um papel importante na assistência às gestantes, desde o processo educativo, até e principalmente, a identificação do risco gestacional.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de PréNatal e no Cartão da Gestante (BRASIL, 2012, p. 56).

A partir da confirmação da gravidez, além de todas as orientações deverão ser fornecidos à gestante:

- O Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares) (BRASIL, 2012, p. 56).

Para Duarte e Almeida (2014, p. 1030), com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) os indicadores epidemiológicos tiveram uma melhora substancial, “em todas as regiões brasileiras e a participação do Enfermeiro (a) nas equipes do PSF tem sido de fundamental importância”. Sendo assim, os profissionais de enfermagem desempenham um papel importante “nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal”.

Outro item fundamental para a assistência a gestantes, pela equipe das Unidades de Saúde é o Acolhimento, inserido nos princípios da humanização em saúde, que segundo Duarte e Andrade “é proporcionado toda vez que o usuário entra em contato com o serviço de saúde e obtém resposta às suas necessidades, por meio de assistência propriamente dita ou através de informações [...]” (DUARTE; ANDRADE, 2008, p. 134). O acolhimento também significa demonstração de interesse da Equipe de Saúde pelos problemas do paciente. Ainda de acordo com os autores, “O acolhimento contribui com as diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, destacando a integralidade, universalidade e equidade em saúde” (DUARTE; ANDRADE, 2008, p. 134).

Nesse contexto, da integralidade em saúde, as afirmações de Duarte e Andrade (2008) são pertinentes, haja vista que a saúde da mulher, segundo os autores, ultrapassa a condição biológica e deve ser sentida e atendida na sua totalidade.

A assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem (DUARTE; ANDRADE, 2008, p. 134).

Duarte e Andrade (2008) corroboram com Aquino e Souto (2015). Estes reforçam que na Atenção Primária a Saúde (APS), o pré-natal é estratégico para rastrear prováveis “agravantes da gestação, com destaque para a condição social, ambiental, psicológica e de saúde orgânica da gestante e para seus antecedentes pessoais e familiares”. E mais importante ainda, segundo os autores é o monitoramento da “evolução clínica da gestação em si, correlacionando essa evolução com os aspectos destacados anteriormente e valorizando a promoção da saúde não menos que os outros aspectos do cuidado” (AQUINO; SOUTO, 2015, p. 575).

## 2.2 AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 9), a gestação é um “fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências”. Apresenta-se como um momento de grandes transformações para as mulheres e, durante esse período, o corpo vai se modificando, preparando-se para o parto e para a maternidade. Apesar de ser um

“fenômeno fisiológico”, há uma parcela de gestantes que, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, denominada “Gestação de Alto Risco”.

A gravidez de alto risco se traduz nas maiores chances de impor risco de morte à mãe, feto ou recém-nascido, em relação aos da média da população considerada (BRASIL, 2012, *apud* CALDEYRO-BARCIA, 1973).

De acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2012) são vários os fatores que determinam o risco na gestação. Inclusive alguns podem ser detectados antes mesmo de a mulher engravidar, como o diabetes, por exemplo. Já durante a gravidez, os fatores de risco podem ser identificados na consulta pré-natal em todas as etapas do encontro, seja anamnese, exame físico e, ainda em ocasião da visita domiciliar por outros membros da equipe de saúde (BRASIL, 2012, p. 11).

Segundo Aquino e Souto (2015) considerando os agravos determinantes de risco gestacional, os problemas mais comuns verificados no âmbito da Atenção Básica são: “[...] a vulnerabilidade social, o tabagismo, o alcoolismo, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, algumas cardiopatias, a epilepsia, a pré-eclâmpsia, a aloimunização e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana” (AQUINO; SOUTO, 2015, p. 569).

Reforçando a importância do cuidado pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (2012) muitas mulheres têm deficiências nutricionais no início da gravidez. Para a OMS (2011), as deficiências de ferro e deficiências de vitamina A e iodo são comuns, portanto, as deficiências nutricionais estão vinculadas às condições de vida da gestante:

Estima-se que quase metade de todas as mulheres grávidas e um terço das não grávidas no mundo tem anemia, uma deficiência que aumenta significativamente os riscos à saúde para mães e bebês. As deficiências maternas em micronutrientes podem também afetar o peso do bebê ao nascer e suas chances de sobrevivência[...] (OMS, 2011, p. 40).

Para a OMS, “As desigualdades socioeconômicas têm efeitos adversos sobre a saúde” (OMS, 2011, p. 8), sobretudo das mulheres. Nessa perspectiva das desigualdades sociais e econômicas que afetam as mulheres, a OMS (2011, p. 9) demonstra que também se incluem as “iniquidades de gênero” afirmando que essas iniquidades agravam o “impacto adverso do baixo status socioeconômico na saúde”. Isso significa que, em muitas sociedades, a violência contra as mulheres também é fator determinante de doenças.

A OMS afirma, categoricamente que “A violência durante a gravidez é comum” (OMS, 2011, p. 42), o que aumenta os riscos de abortamento, de crianças natimortas ou baixo peso ao nascer.

A violência durante a gravidez está associada a um risco aumentado de aborto espontâneo, natimortos e baixo peso ao nascer. O aborto inseguro é a causa de uma proporção importante de óbitos maternos e quase 70.000 mulheres morrem anualmente devido a suas complicações. Evidências mostram que as mulheres que procuram realizar um aborto o farão independentemente de restrições legais (OMS, 2011, p. 42).

Nas relações de trabalho, além das responsabilidades com a família, as mulheres também estão expostas ao risco de adoecerem:

Na força laboral, com frequência, as mulheres enfrentam desafios relacionados ao seu status de inferioridade, sofrem discriminações e assédio sexual, e devem equilibrar as demandas de emprego remunerado e domiciliar, originando cansaço, infecções, problemas de saúde mental e outros relacionados ao trabalho (OMS, 2011, p. 10, *apud* HALL, 1989; PAOLI, 2001; ÖSTLIN, 2002).

Segundo Rodrigues, *et al* (2017) fazer uma avaliação de risco na Atenção Primária é uma recomendação do Ministério da Saúde e que identifica:

[...] 35 fatores a serem considerados, assim agrupados: 1) características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; 2) história reprodutiva anterior; 3) doenças obstétricas na gravidez atual; e 4) intercorrências clínicas que podem levar uma gestação ao risco (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 24 *apud* BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços na prevenção e promoção da saúde das mulheres, especialmente das gestantes, segundo a OMS (2011, p. 40) “Ao longo da história humana, a gravidez e o parto contribuíram significativamente para a ocorrência de óbitos e incapacidades entre as mulheres” (OMS, 2011, p. 40).

As taxas de mortalidade materna e perinatal estão diretamente ligadas a gestações de alto risco e, no Brasil, ainda se encontram elevadas, sendo prevenível a maioria das complicações na gestação, no parto e no puerpério, desde que haja participação direta dos profissionais de saúde no processo de identificação e tratamento dos agravos (OLIVEIRA E SOUZA; *et al*, 2018, *apud* BRASIL, 2012)

A mortalidade materna, segundo a OMS (2011) é o óbito de uma mulher durante o período da gravidez, parto ou pós-parto e se configura como importante indicador das condições de saúde da mulher e ainda “[...] mostra de forma gritante a diferença entre ricos e pobres, nos países e entre eles” (OMS, 2011, p. 40).

De acordo com o Ministério da Saúde e explicitado no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, a morte materna é:

[...] a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2009, p. 12)

Este é um conceito definido pela OMS (1994), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e seguido por todos os países, signatários dos acordos internacionais.

Em 2011, a OMS publicou um índice global de óbitos maternos na década de 90, apontando que “mais de meio milhão de óbitos maternos ocorrem cada ano e, destes, 99% ocorrem em países em desenvolvimento”, e afirmando, ainda, que essas mortes são evitáveis e que, se houvesse um cuidado maior, poderiam se tornar um evento raro (OMS, 2011, p. 40-42).

Dados da OMS demonstram uma redução significativa na mortalidade materna em toda América latina e Caribe, de 1990 a 2015, cumprindo as metas de número 3 (três) do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas: “reduzir as mortes maternas para menos de 70 por 100 mil nascimentos”. A reportagem do Banco Mundial, em julho de 2016 afirma que o “número de mortes por cada 100,000 nascimentos caiu de 135, em 1990 para 67 em 2015” (Mariana Ceratti, para Rádio ONU, 2016).

Para os pesquisadores Silva *et al* (2020, p. 65211-65212), sobre a redução da Mortalidade Materna (MM), consideram que “Embora tenha ocorrido uma importante expansão nas políticas de saúde voltadas à atenção pré-natal e parto, nos últimos 30 anos, seu impacto na redução da MM não se mostrou expressivo e homogêneo nas diferentes regiões”.

Na mais recente atualização, sobre o tema em questão, o Ministério da Saúde (2019, *apud* BRASIL, 2016) aponta que os índices de Razão da Mortalidade Materna (RMM) e sobre Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresentaram, no período do último triênio disponível nos sistemas de informação (2015 a 2017), uma variação. Entretanto, a Nota Técnica do Ministério afirma que a preocupação, sobre essa redução dos índices tem aumentado, diante de outras informações e da realidade brasileira, como o acesso aos serviços, atendimento inadequado, prematuridade, e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs):

[...] 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ou intermediário ao pré-natal; 55,7% dos nascimentos foram por cesariana; a taxa de prematuridade ainda é superior a 10% dos nascimentos; foram registrados em torno de 49 mil casos de sífilis materna, com 25.377 casos de sífilis congênita, dos quais 37,8% foram diagnosticados tardiamente – no momento do parto ou após o parto (BRASIL, 2019, p. 11).

A pesquisa de Feitosa-Assis e Santana (2020) evidencia que, em 2015 “a razão de mortalidade materna variou entre as categorias ocupacionais, com as maiores estimativas para as trabalhadoras de serviços e da agropecuária [...]” (FEITOSA-ASSIS; SANTANA, 2020, p. 7), no país. Seus achados sugerem que o tipo de trabalho também pode ser um fator influenciador da RMM, “ou pelas desigualdades sociais determinadas pelo tipo de trabalho”. Os grupos que apresentaram maior risco de morte materna foram o das empregadas domésticas e o das manicures.

Ainda de acordo com a pesquisa de Feitosa-Assis e Santana, sobre as causas obstétricas que prevaleceram nesses grupos pesquisados estão: “a eclampsia, hemorragia pós-parto e hipertensão gestacional; entre as indiretas, doenças da mãe que complicaram a gravidez, o parto e o puerpério. Sobre as características dessas mulheres pesquisadas, “A maior parte era de mulheres jovens, pardas, solteiras e de baixa instrução” (FEITOSA-ASSIS; SANTANA, 2020, p. 7).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Analisar como é avaliado o risco gestacional em gestantes, com pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar quem são os profissionais que assistem pré-natal na Atenção Primária à Saúde, do município de Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul;
- b) Descrever quais são os procedimentos realizados em consulta pré-natal;
- c) Identificar como é o manejo de gestantes de alto risco na rede de atenção à saúde do município de Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa de abordagem descritiva/quantitativa, é também uma pesquisa de caráter exploratório, e por fim, trata-se de um estudo transversal.

Foi realizada no município de Corumbá-MS, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no período de maio de 2019 a fevereiro de 2021.

Cada Unidade Básica de Saúde da Família do município de Corumbá-MS possui uma ou mais equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, e Agentes Comunitários, entre outros profissionais.

Apesar da existência de equipes de saúde que atendem a população ribeirinha e rural, o estudo limitou-se aos profissionais atuantes na zona urbana. Portanto, das 26 (vinte e seis) Equipes de Estratégia de Saúde da Família existentes no Município, foram estudadas, para os fins desta pesquisa, 22 (vinte e duas) equipes, visto que 03 (três) são destinadas à assistência da população rural e ribeirinha, e 01 (uma) foi desativada por falta de profissionais.

#### 4.1.1 Características do município de Corumbá-MS

Conhecida como a Cidade Branca, Corumbá, município do estado de Mato Grosso do Sul, tem características peculiares em relação aos demais municípios do estado, que não fazem fronteira com outros países. Localizado na porção sul do Pantanal Brasileiro, abriga uma relevante comunidade ribeirinha e indígena, possui forte relação com o Rio Paraguai, convive com períodos de enchentes anuais do rio e incêndios em sua flora nas épocas de seca, e abrange uma região de difícil acesso.

Considerada como uma das 4 (quatro) macrorregiões de saúde, conforme definição no Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR (SES, 2012), Corumbá localiza-se na região oeste de Mato Grosso do Sul. O município é o 4º (quarto) maior do estado, possuindo uma população estimada (IBGE 2020) de 112.058 (cento e doze mil e cinquenta e oito) habitantes. Seu vizinho, o município de Ladário, é o único agregado municipal microrregional de Corumbá-MS, que também faz fronteira com a Bolívia, formando uma conurbação na região.

O Estado de Mato Grosso do Sul faz fronteira com o Paraguai e com a Bolívia. E, de acordo com Silva, *et al* (2020), essa linha de fronteira tem características em comum, visto que, “[...] a maioria dos municípios possui área urbana próxima ou contígua à sede do município do

país vizinho, o que facilita o trânsito de pessoas em busca dos diversos serviços de saúde” (SILVA *et al.*, 2020, p. 65212), como é o caso do município de Corumbá-MS.

Ainda segundo Silva, *et al* (2020, p. 65212), essa “linha” de fronteira “gera vulnerabilidades que devem ser levadas em consideração para que as ações de prevenção à mortalidade materna possam ser efetivas nos municípios de fronteira” (SILVA *et al.*, 2020, p. 65212), haja vista que o Sistema Único de Saúde – SUS se define pela universalização do acesso, pela integralidade e equidade do atendimento e serviços.

#### **4.1.2 Breve caracterização dos serviços de saúde e de profissionais, no município**

##### **4.1.2.1 Rede de Atenção Primária**

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a rede de atenção básica de saúde “é composta por 21 Unidades de saúde e 26 equipes de saúde da família, [...]. Possuem dois núcleos ampliados da saúde da família (NASF), distribuído estrategicamente em duas grandes regiões nas equipes de saúde da família” (CORUMBÁ, 2017, p. 42). Nota-se, pelo Plano Municipal, que houve uma ampliação de unidades e equipes de Estratégia de Saúde da Família-ESF entre os anos de 2014 e 2016, o que permitiu melhor cobertura dos serviços de saúde oferecidos à população.

A cobertura da assistência pré-natal no município de Corumbá-MS, descrita no Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio 2017-2018, atende às diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde e de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS). O Plano evidencia uma cobertura do SUS na Atenção Básica (AB), em 2016, de 88,6% (CORUMBÁ, 2017, p. 34). Ou seja, embora a cobertura de saúde no município não fosse de 100%, todas as gestantes teriam acesso e assistência eficazes, sobretudo as gestantes de alto risco, que tem a assistência referenciada.

##### **4.1.2.2 Rede de Atenção Especializada**

A Atenção Especializada compreende os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), tratando dos problemas e agravos à saúde da população da cidade de Corumbá-MS. Para assistência das mulheres corumbaenses, o município dispõe do Centro de Saúde da Mulher Dr. Nicolau Fragelli, que, conforme Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio 2018-2021 (CORUMBÁ, 2017, p. 48), atua “[...] com consultas especializadas em ginecologia, mama, pré-natal, gestação de alto risco, puerpério, consultas odontológicas, além de serviços

de coleta de exames especializados no pré-natal, imunização e ultrassonografia”. Em relação aos exames por imagem, o Centro de Saúde da Mulher oferta exames “para população em geral com agendamento e encaminhamento de toda rede de saúde” (CORUMBÁ, 2017, p. 48).

#### ***4.1.2.3 Rede de Urgência e Emergência públicas.***

A rede de atenção às Urgências e Emergências é composta por um Pronto Socorro Municipal, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU e Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. O SAMU possui 03 (três) ambulâncias em atividade, sendo 02 (duas) unidades móveis de suporte básico (tripuladas por um socorrista e um técnico de enfermagem) e 01 (uma) unidade móvel de suporte avançado (tripulada por um médico, um enfermeiro e um socorrista treinado) (CORUMBÁ, 2017).

#### ***4.1.2.4 Rede Hospitalar***

Conforme o PMS de Corumbá-MS o município possui apenas 1 (um) Hospital Geral, cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2001, com 180 (cento e oitenta) leitos existentes e 145 (cento e quarenta e cinco) cadastrados para o SUS. Este hospital é classificado como filantrópico, de natureza privada, e, atualmente, está sob intervenção da Prefeitura Municipal de Corumbá-MS. “Possui atividades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade com gestão municipal por meio de contrato de prestação de serviços”, e uma ala destinada à Maternidade – composta de 8 (oito) leitos para obstetrícia clínica regulados para o Sistema Único de Saúde-SUS, e 24 (vinte e quatro) leitos para obstetrícia cirúrgica, sendo que destes, 16 (dezesesseis) são para atendimentos do SUS (CORUMBÁ, 2017, p. 56 *apud* SNES/MS, s.d.).

#### ***4.1.2.5 Estrutura da Secretaria de Saúde de Corumbá – Recursos Humanos***

##### ***4.1.2.5.1 Profissionais de saúde***

De acordo com o PMS de Corumbá (Prefeitura de Corumbá, 2017, p. 22) a Prefeitura Municipal de Corumbá consta de “75,6% de profissionais com vínculo de estatutário”, ou seja, admitidos por concurso público. Em relação aos profissionais de saúde vinculados ao SUS, o município informou o número de 991 (novecentos e noventa e um) profissionais distribuídos em toda a rede de saúde.

## 4.2 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO/EXCLUSÃO

Foram convidados a participar deste estudo, todos os profissionais que realizam consulta de pré-natal nas ESFs urbanas do município de Corumbá-MS. Estimou-se, no projeto inicial, um total de 52 (cinquenta e dois) participantes, entretanto, em virtude de diversos fatores – incluindo a pandemia do novo coronavírus – a pesquisa foi concluída com a participação de 37 (trinta e sete) profissionais, sendo 20 (vinte) enfermeiros e 17 (dezesete) médicos.

Os critérios de exclusão foram: a) profissional que não foi localizado, em até três tentativas para a coleta de dados, b) profissional que não realiza assistência pré-natal, c) profissional do local de trabalho da pesquisadora para evitar conflitos de interesses, e d) os profissionais de férias, os afastados pelas restrições ao novo coronavírus, ou a não existência de profissionais nas Unidades.

### 4.2.1 População pesquisada

A população do estudo constituiu-se de 37 (trinta e sete) profissionais, atuantes em 22 (vinte e duas) equipes de ESF. Foram excluídos 11 (onze) profissionais, desses, 3 (três) não foram localizados após três tentativas para a coleta de dados; 2 (dois) recusaram-se participar do estudo; outros 2 (dois) por atuarem na equipe da ESF que a pesquisadora está lotada; 2 (dois) por estarem afastados em decorrência do Decreto municipal da Covid-19; e 01 (uma) equipe não dispunha de enfermeiro e médico.

Algumas equipes são atendidas pelos mesmos profissionais, ou seja, trabalham em mais de uma Unidade de Saúde: 03 (três) médicos e 02 (duas) enfermeiras. Sobre a jornada de trabalho dos profissionais de saúde, todos devem cumprir uma carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, exceto os médicos, que tiveram sua carga horária flexibilizada pela portaria nº 2.027, do dia 25 de agosto de 2011, publicada pelo Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, os médicos poderão ser contratados para trabalhar 20 (vinte) ou 30 (trinta) horas semanais. No caso da Estratégia da Saúde da Família, a equipe deve ser composta por, no mínimo, um profissional médico e os demais profissionais. A ESF deve ter, portanto:

[...] equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL/PNAB, p. 54).

Em relação ao número de Equipes de ESF *versus* o número de médicos e enfermeiros que atendem a APS do município de Corumbá-MS, considerando-se o número de equipes

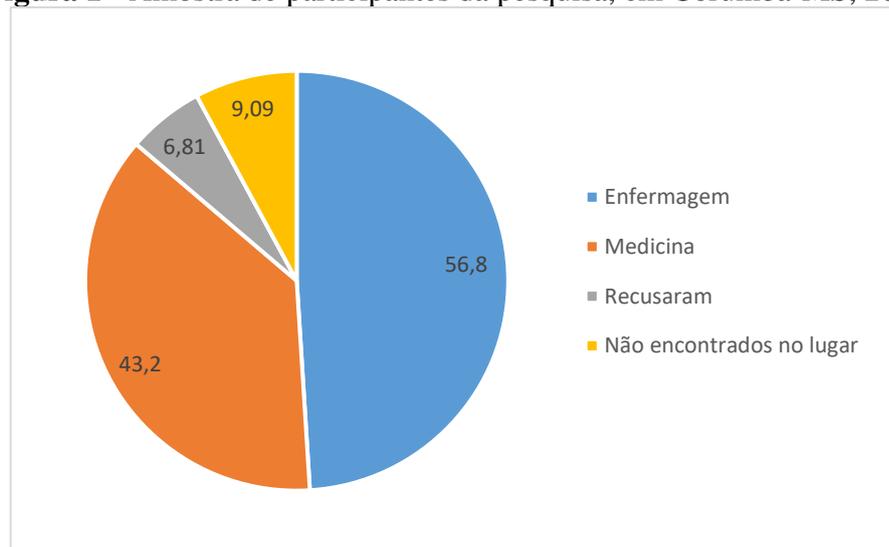
pesquisadas (22), e o número de profissionais necessários, de acordo com as diretrizes da Atenção Básica (AB) – 01 (um) profissional de medicina (30 horas ou 20 horas) e enfermagem por equipe – esta pesquisa encontrou uma defasagem de 07 (sete) profissionais.

Desse modo, considerando que o pré-natal demanda um tempo determinado para o acompanhamento de uma gestante; considerando que dentre os objetivos da ESF, esta deve intervir sobre os fatores de risco aos quais a população adscrita está exposta, além de eleger a família e a região onde mora como espaço de abordagem na assistência à saúde; e, considerando a “longitudinalidade do cuidado”, que “pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de vínculo<sup>3</sup>, relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde” (KESSLER *et al*, 2019, p.187), observou-se a existência de rotatividade de profissionais, o que pressupõe a escassez de profissionais e permite a precarização do trabalho dos que estão atuando, em virtude da necessidade em cobrir serviços em Unidades que não dispõem desses profissionais.

Esse deslocamento de profissionais contraria as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o qual o profissional deveria estar lotado de forma permanente na Equipe, para acompanhar os indivíduos referenciados naquela ESF, fortalecendo a integralidade do cuidado.

Desse modo, e da forma como está articulada a APS no município, a qualidade do pré-natal sofre relevantes impactos negativos, principalmente às gestantes com pré-natal de alto risco gestacional e enfraquece a relação de vínculo com a gestante.

**Figura 1** - Amostra de participantes da pesquisa, em Corumbá-MS, 2021



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

<sup>3</sup> Grifo nosso

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Solicitou-se autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS para acesso aos profissionais participantes e, bem como todos os pedidos de documentos oficiais e outros, o requerimento foi atenciosamente atendido.

Foram verificados todos os procedimentos rotineiros de assistência à gestante corumbaense, que, segundo o manual técnico (BRASIL, 2012) e a Nota Técnica (NT) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE (BRASIL, 2019)<sup>4</sup>, a rotina da assistência pré-natal estabelecida nas unidades de saúde devem respeitar as características locais, com máximo aproveitamento do tempo e das instalações.

Essas NTs consistem em normatizações sobre os procedimentos de: busca ativa; visitas domiciliares; educação em saúde; recepção e registro; convocação de pacientes; dispensação de medicamentos; fornecimento de laudos e atestados médicos; verificação de dados físicos; rotina das consultas e da solicitação de exames. Também estão inclusos nas NTs, os aspectos sobre a atuação em casos de urgência, considerando a assistência preliminar para esses casos e como deverá ser feito o acionamento do serviço de remoção.

Foi elaborado e verificado o cronograma de atendimento, de modo que a pesquisadora compareceu, nas Unidades de Saúde, somente nos períodos da realização da consulta de pré-natal. Foram observadas, no mínimo, duas consultas de pré-natal realizadas por cada profissional.

Um formulário contendo as variáveis do estudo guiou a coleta de dados de caracterização (APÊNDICE E), por meio de perguntas ao profissional e da observação não participante dos procedimentos investigados e realizados pelo profissional, na primeira consulta de pré-natal (APÊNDICE F), e nas consultas subsequentes (APÊNDICE G), de modo que a gestante não participou do estudo, apenas autorizou que sua consulta fosse observada.

O formulário foi elaborado no modelo de *check list*, contendo as variáveis do estudo, que foram marcadas como: realizado, não realizado e/ou não se aplica.

---

<sup>4</sup> Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - Nota Técnica: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

## Variáveis

### A) Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos
- Altura menor que 1,45m
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30)
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos
- Situação conjugal insegura
- Conflitos familiares
- Baixa escolaridade
- Condições ambientais desfavoráveis
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
- Hábitos de vida – fumo e álcool
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

### B) História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual
- Morte perinatal explicada e inexplicada
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
- Parto pré-termo anterior
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- Nuliparidade e grande multiparidade
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
- Diabetes gestacional
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

### C) Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
- Hemopatias
- Epilepsia
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
- - Doenças autoimunes
- - Ginecopatias
- - Neoplasias.

D) Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

E) Doença obstétrica na gravidez atual:

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| ➤ Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; | ➤ Diabetes gestacional;         |
| ➤ Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;                                   | ➤ Amniorrexe prematura;         |
| ➤ Ganho ponderal inadequado;   | ➤ Hemorragias da gestação;      |
| ➤ Pré-eclâmpsia e eclampsia;   | ➤ Insuficiência istmo-cervical; |
|  | ➤ Aloimunização;                |
|  | ➤ Óbito fetal.                  |

F) Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha do Excel, para organização e cálculo descritivo destes e posteriormente realizar a análise estatística correspondente.

Nesta pesquisa, os dados estão dispostos e ilustrados, em formato de figuras e tabelas, e debatidos com a literatura pertinente, sobre cada variante.

#### 4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Foram obedecidas todas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determinado na Resolução nº 466/2010 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), sob o Parecer nº 3.978.357, esta pesquisa entrou em contato com os profissionais convidados para a participação voluntária, ocasião em que foram apresentados os objetivos da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) àqueles que aceitaram o convite (APÊNDICE A).

Também foi solicitada a autorização de cada gestante, para a observação da consulta de pré-natal (APÊNDICE B). Especificamente no caso da única paciente menor de 18 anos observada pelo estudo, foi solicitada, ainda, a assinatura do TCLE do responsável (APÊNDICE C) e o termo de assentimento da gestante menor de idade (APÊNDICE D).

Estão mantidos o sigilo e o anonimato de todos os participantes, que foram tratados por letra e números sequenciais, ou seja, P1 (participante 1), P2 (participante 2) e assim sucessivamente.

Os dados coletados foram analisados e transformados em informações para este trabalho *strictu sensu*. Os resultados da pesquisa, após defesa, serão tornados públicos em fóruns e fontes apropriadas, sejam eles favoráveis ou não.

Não houve nenhum impedimento em relação a continuidade da pesquisa. Ao contrário, encontrou-se todo o apoio tanto dos participantes, quanto da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá, sobretudo na solicitude em apresentar documentos, relatórios, dados e informações, dentre outros, para fundamentar o estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 DISTRIBUIÇÃO DE CATEGORIAS PROFISSIONAIS, POR SEXO.

Os 37 (trinta e sete) profissionais pesquisados dividem-se entre 25 (vinte e cinco) mulheres e 12 (doze) homens, sendo evidenciada uma maior proporção de mulheres: (70,27%) dos participantes. Os homens representam 29,73% dos profissionais pesquisados. Os números, que constam na Tabela 1 corrobora com dados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2020), onde se identificou que “As mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica”.

A distribuição por categoria profissional mantém o predomínio do sexo feminino, representado por 85% de enfermeiras e 52,9 % por médicas, conforme ilustrado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição de categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021, segundo o sexo.

Variáveis	Enfermeiros n=20		Médicos n=17	
	F	%	F	%
Sexo				
Feminino	17	85,0	9	52,9
Masculino	3	15,0	8	47,1

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Com relação a medicina, o sexo feminino também tem se destacado ao longo dos anos, sobre uma profissão que era, em um passado recente, considerada predominantemente masculina. Scheffer e Cassenote (2013, p. 269) afirmam que desde 2009, os novos registros médicos têm evidenciado um número crescente de médicas.

Segundo Eli Iola Gurgel<sup>5</sup> (2015, online) “[...], as mulheres tecem uma imensa rede de solidariedade que acolhe diariamente milhões de brasileiros, justamente nos momentos delicados de grande fragilidade e sofrimento”, se referindo ao atendimento das mulheres no sistema de saúde público e privado. Entretanto, apesar de todas as evidências da importância da dedicação dessas trabalhadoras, essa tendência ainda não foi suficiente para reduzir as desigualdades nos serviços de saúde, tampouco permitir que ocupem cargos de chefia na gestão da saúde.

<sup>5</sup>Integrante do NESCON, professora da Faculdade de Medicina da UFMG e vice-presidente da ABRASCO. Essa citação foi extraída da matéria “A mulher na Saúde: visões das abrasquianas”. Publicado em 08 de março de 2015. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/a-mulher-na-saude-visoes-das-abrasquianas/9435/>.

Mesmo com os avanços do sexo feminino na conquista de seu espaço de trabalho, as desigualdades ainda persistem e, segundo a ABRASCO (2015) um dos motivos dessa desigualdade está evidenciada na pesquisa<sup>6</sup>, que demonstra que, entre “14 profissões regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), as únicas que apresentam maior presença masculina são Medicina (56,7%) e Medicina Veterinária (55%), justamente as de maior prestígio social e retorno financeiro”. Ou seja, os dados apontam a necessidade de considerar que as desigualdades entre os sexos e a feminização das funções podem nortear a gestão da saúde acerca da força de trabalho da mulher, em todas as áreas, sobretudo na Atenção Básica.

## 5.2 TEMPO DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Em relação ao tempo de formação profissional, dos 37 (trinta e sete) entrevistados, 40,5% têm um tempo superior a 10 (dez) anos, tendo concluído sua formação, entre os anos de 1975 e 2012, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** - Profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021, por tempo de formação.

<b>Tempo de formação</b>	<b>%</b>
< 1 ano	0,0
1-3 anos	13,5
4 - 6 anos	19,0
7 a 10 anos	27,0
>10 anos	40,5

Fonte: Elaborada pela autora 2021.

Os dados demonstram que a maioria dos participantes (67,5%) têm mais de 07 (sete) anos de experiência profissional e, espera-se que, com o passar dos anos ocorra a qualificação para o exercício na APS e, de alguma forma, qualifica também o nível de atendimento pré-natal, dentro das suas funções específicas.

<sup>6</sup>Dados do IBGE e compilados pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/ NESCON/UFMG, 2014).

**Tabela 3** – Tempo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na assistência pré-natal do município de Corumbá-MS em 2021.

Tempo de trabalho na assistência pré-natal em anos	%
<1 ano	8,1
1-3 anos	13,4
4-6 anos	16,2
7 a 10 anos	35,3
Mais de 10 anos	27,0

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Em se tratando do conhecimento sobre assistência pré-natal, nota-se que os profissionais foram adquirindo experiência, a partir de suas atividades diárias, no atendimento às gestantes, ou seja, o conhecimento se deu no cotidiano para 81,08% dos entrevistados. De todo o grupo de profissionais, somente 51,4% recebeu treinamento específico para atuar na assistência pré-natal, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Por iniciativa própria, 10 (dez) profissionais custearam sua formação.

Ao adquirir o conhecimento apenas pela prática, observa-se certa insegurança na assistência às gestantes, em 72,97% dos profissionais, sobretudo, em estimar um risco gestacional, de acordo com a Tabela 4.

Apesar de mais da metade dos profissionais terem recebido treinamento, 72,97% do total ainda apresenta dúvida quando se estima o risco gestacional. Esse é um dado preocupante que sugere a necessidade urgente de formação continuada e permanente em favor dos profissionais que atendem as gestantes.

Em relação às atividades dispensadas ao cuidado das gestantes, 92 % dos participantes referiram conhecer o fluxo de atendimento municipal no pré-natal. Destes, apenas 03 (três) profissionais não tinham domínio sobre o fluxograma (ferramenta utilizada para representar uma sequência das atividades de cuidado com as gestantes, por meio de símbolos gráficos).

**Tabela 4** - Distribuição da frequência de treinamento de 37 (trinta e sete) profissionais da Estratégia de Saúde da Família na assistência pré-natal do município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos verificados*	Profissionais	
	F	%
Conhecimento sobre fluxograma na atenção do pré-natal de alto risco	34	92,0
Conhecimento adquirido no serviço	30	81,08
Profissional que sente dúvidas ao estimar risco gestacional	27	72,97
Treinamento oferecido pelo serviço	19	51,4
Treinamento com recursos próprios	10	27,0

\*Nota: Em relação aos conhecimentos adquiridos, os profissionais pesquisados poderiam escolher uma, ou mais alternativas.

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Os dados chamam atenção para o modo como se deu o conhecimento a respeito da assistência pré-natal, esse não pode se limitar apenas à prática dos procedimentos realizados dentro da Unidade de Saúde. É preciso uma formação teórica que permita também melhorar a qualidade das orientações às gestantes, da solicitação de exames, do acolhimento, do tratamento humanizado, visto que, segundo Nota Técnica da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE (2019, p. 15), uma atenção pré-natal de boa qualidade inclui tanto ações simples, quanto a mais elaborada, a exemplo: como conhecer a “complexidade clínica e socio-funcional da gestação, o que possibilita a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, ofertando a uma gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual”.

Contudo, a situação descrita requer investimentos na capacitação profissional que promova o cuidado qualificado na atenção pré-natal. Tal premissa deve fazer parte das ações municipal de educação permanente.

### 5.3 CONSULTAS AVERIGUADAS: ACOLHIMENTO, TEMPO, INFORMAÇÃO. PARÂMETROS SUBJETIVOS.

#### 5.3.1 Parâmetros subjetivos na consulta pré-natal

Para a elaboração da Tabela 5 e tabelas subsequentes houve o acompanhamento de consultas de 70 (setenta) gestantes, nas UBSF do município de Corumbá-MS. As observações subsidiaram a coleta de dados, por meio do *checklist*, dos procedimentos realizados em cada uma das consultas (APÊNDICE F e G).

Na assistência às gestantes, dois aspectos são fundamentais, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002): 1. As unidades de saúde devem acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido de forma digna, e instituir “rotinas de cuidados que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher” (BRASIL, 2002, p. 5-6); 2. Adoção de “medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias” (BRASIL, 2002, p. 5-6).

Para a elaboração das Tabelas 5 e 6 foi observado o quantitativo de gestantes, no universo de 70, que os profissionais realizaram os procedimentos como acolhimento da gestante, tempo da consulta, cuidados com a exposição, dentre outros.

**Tabela 5** - Distribuição da frequência de parâmetros subjetivos na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes, realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos Verificados	Consultas	
	F	%
Preenchimento do cartão da gestante	70	100,0
Cumprimentou a paciente	65	92,9
Perguntou se a paciente tinha dúvidas	62	88,6
Viu a data da última consulta prévia	58	82,9
Explicou a frequência das consultas	54	77,1
Cobriu a paciente para o exame físico	13	18,6

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Na Tabela 5, no item “cobriu a paciente para o exame físico” observou-se que somente a minoria das mulheres receberam os cuidados em relação à privacidade do corpo. Entre as diretrizes definidas para a organização e cuidados da assistência pré-natal, a privacidade é essencial na consulta e no exame clínico ou ginecológico. O que ficou evidenciado não corresponde com as normas técnicas publicadas pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE (2019) que diz: “O atendimento deve ser sempre realizado em ambiente que garanta segurança, privacidade e sigilo<sup>7</sup>, à gestante e parceiro, com escuta aberta e não julgadora, acolhimento das expectativas, conforto e apoio para resolução de conflitos” (SBIBAE, 2019, p. 25). Ao comparar com os itens do conjunto da tabela verificou-se que todos os outros procedimentos tiveram maior atenção do profissional, embora, o esperado era que todas as variáveis fossem contempladas em 100%. Esta nota técnica representa o conjunto de informações mais recente publicado no tema no Brasil até a data de elaboração do presente trabalho. Vale a pena ressaltar a necessidade de mais publicações abordando o tema em particular no Brasil em vista da carência de estudos que possam aportar maiores pontos de debate no assunto.

### 5.3.2 Tempo de duração das consultas

A Tabela 6 trata do “tempo de duração de cada consulta, para a paciente gestante”. Sobre este tema, durante a análise dos dados observou-se que as recomendações e normatizações do Ministério da Saúde não “determinam um tempo”, mas descrevem quais são procedimentos necessários para a realização de uma consulta eficaz.

De acordo com Viellas *et al* (2014) o cuidado pré-natal deve se dar sem intervenções desnecessárias, porém, sempre com condutas acolhedoras e em observância às situações de risco gestacional que possam ser detectadas o mais precoce. Além disso, é recomendado o

<sup>7</sup>Grifo nosso.

estabelecimento de vínculo entre o serviço de pré-natal e a maternidade, ou seja, que contemple desde o atendimento ambulatorial ao hospitalar no caso de gestação de alto risco.

O estudo de Domingues *et al* (2012) chama a atenção para uma redução de mortes evitáveis, quando há uma assistência eficiente, excetuando aquelas não receberam atenção pré-natal adequadas, sugerindo baixa qualidade dessa assistência<sup>8</sup>.

Ainda sobre o tempo de consulta, nos Conselhos de Medicina, a orientação que tem eco é a do item VIII dos Direitos do Médico, que consta no Código de Ética Médica (2010): “Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo”. Os Conselhos de Medicina ainda orientam que, a definição de tempo e quantidade, por qualquer instituição “Fere normas éticas a imposição de horários rígidos e insuficientes que comprometam a qualidade do atendimento”. Isto posto, o Conselho Federal de Medicina (CFM), não estipula nenhum período, mínimo ou máximo de consulta. (CRM/MG, 2018).

Compreende-se, portanto, que diante da ausência de regulamentos, se faz necessário pautar pela ética profissional, e bom senso, levando em consideração que o paciente aguarda o tempo para agendamento da consulta, aguarda na sala de espera no dia da consulta. Todo esse tempo gera expectativas em relação ao atendimento.

A Tabela 6 apresenta um tempo médio de 10 (dez) minutos para cada consulta realizada com as gestantes, no município de Corumbá. Importante observar que cinco pacientes foram atendidas em 05(cinco) minutos, e três foram atendidas em 15 (quinze) minutos ou mais.

**Tabela 6** - Distribuição da frequência de duração em minutos da consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes, realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.

Tempo em minutos	Consultas	
	F	%
5	5	7,14
6	2	2,85
7	1	1,42
10	59	84,28
15 ou mais	3	4,28

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Para as pesquisadoras Gomes *et al* (2012) uma das condições que interferem na “interação clínica satisfatória”, além do tempo de espera prolongado, da falta de médicos e do

<sup>8</sup>Esse trabalho de Domingues *et al* (2012) foi realizado tomando como base o modelo de assistência pré-natal preconizado pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento-PPHN, do Ministério da Saúde.

difícil acesso, é o tempo de consulta (de menos de 15 minutos) que as autoras consideram prejudicial ao processo de humanização e à qualidade do atendimento dispensado às pacientes.

Diante do exposto, é possível afirmar que um tempo mínimo de 05 (cinco) minutos não é suficiente para identificar possíveis variáveis que levam ao alto risco gestacional. Nas consultas entre 15 (quinze) e 20 (vinte) minutos têm mais chances de captar informações relevantes e reduzir as probabilidades de erros.

A orientação da SBIBAE (2019, p. 27) é que todos os profissionais de saúde “devem seguir as recomendações das diretrizes clínicas para avaliação, diagnóstico e conduta [...]. O número de atendimentos deve ser definido a partir da avaliação da gestante, considerando principalmente as situações de risco gestacional”.

#### 5.4 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES AVERIGUADAS NAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS

##### 5.4.1 Características sociodemográficas

Uma das variáveis estudadas foi a frequência com que os profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal do município de Corumbá-MS investigavam as condições sociodemográficas das gestantes. A Tabela 7 observou duas importantes variáveis: condições de moradia e saneamento básico. As condições precárias de moradia e saneamento são apontadas como alguns dos fatores determinantes de risco na gestação, conforme a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE:

Os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade. Podem ser agrupados de acordo com as características individuais da mulher, seus comportamentos e estilos de vida, a influência das redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e a possibilidade de acesso a serviços, relacionando-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (SBIBAE, 2019, p. 14)<sup>9</sup>.

Foi identificado que poucos profissionais fizeram uma entrevista inicial sobre as condições de vida da gestante. Os resultados para moradia e saneamento básico identificam que, dos 37 (trinta e sete) profissionais participantes, apenas 10 (dez) perguntaram sobre moradia ou condições de moradia, ou mesmo onde moravam e como moravam as pacientes e,

---

<sup>9</sup>Grifos nosso.

somente 02 (dois) questionaram sobre o saneamento básico, sobre distribuição de água, ou esgoto ou condições de higiene.

**Tabela 7** - Distribuição da frequência das características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis averiguadas na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos verificados	Consultas	
	F	%
Moradia	10	14,3
Saneamento da residência	2	2,9

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Sobre os procedimentos realizados na consulta, principalmente no momento da anamnese e sobre os aspectos sociodemográficos a pergunta sobre “moradia e saneamento básico” muitas vezes ficou subentendida pelo fato de a paciente ser moradora da área ou não foi dado, na anamnese, o valor devido aos temas.

Ainda sobre as condições de moradia e saneamento básico é importante levar em consideração os níveis socioculturais da família, a superlotação da residência (quantas pessoas coabitam e dormem no mesmo quarto ou mesma cama, em que situação o bebê será instalado), se tem privacidade, se há instalações mínimas que promova as práticas de higiene.

Em um espaço muito reduzido e superlotado, as possibilidades de tensão familiar tendem a surgir ou aumentar e, conseqüentemente afetar o estado emocional e psicológico da gestante, puérpera e do bebê. A condição de vida da gestante também contribui para o surgimento de doenças infectocontagiosas, parasitárias, gastrointestinais, gastrite crônica, dentre outras.

Observa-se ainda, que estes elementos que envolvem as condições de moradia e saneamento básico estão diretamente ligados à qualidade de vida. Entretanto, a noção de “qualidade de vida” é um conceito dialético, segundo Castro e Fracolli:

[...] é um conceito dialético, sendo em parte objetivo e em parte subjetivo. No âmbito subjetivo, a qualidade de vida depende do contexto histórico e cultural do sujeito. Ela pode ser geral ou relacionada a uma dada enfermidade. Ela é a expressão no sujeito e na coletividade dos meios de produção e reprodução social. No âmbito objetivo, a qualidade de vida está relacionada com acesso à educação, saúde, moradia, saneamento básico, entre outros aspectos (CASTRO E FRACOLLI, 2013, p. 160, apud MINAYO et al, 2000; RIBEIRO, 2001).

Ainda sobre investigar a Qualidade de Vida (QV) das gestantes, como possibilidade de reduzir os riscos gestacionais, na ESF, a pesquisa de Ribeiro (2001) considera importante que a gestão de saúde e equipes tenham uma noção que seja norteadora sobre os significados

de QV, para que “possam efetivamente conduzir sua prática profissional, em busca do objetivo de inovar o modelo de atenção em saúde”:

Estão as equipes de saúde conscientes e preparadas para serem promotores do desenvolvimento social influenciando pois, na moradia, emprego, renda, saneamento..., uma vez que se põe esta expectativa como linha de frente do trabalho das equipes? Não estariam as equipes de saúde muito limitadas em termos dos profissionais que a compõe, médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde, se suas ações prioritárias são as do desenvolvimento social? Como dar respostas através PSF dos aspectos qualitativos da QV, uma vez que se mantém prioridades relacionadas a problemas clássicos de saúde tais como os distúrbios físicos crônicos? (RIBEIRO, 2001, p. 109 e 114)

Sobre fatores de risco, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE (2019) afirma ainda, que a maioria desses fatores estão presentes na vida das mulheres em idade fértil, sobretudo aquelas que compõem o quadro da desigualdade social, “[...] antes mesmo da gestação, devendo ser mapeados e abordados. Porém, com o início da gestação, ganham em gravidade, pela maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe” (SBIBAE, 2019, p. 15). Desse modo, a vigilância constante desses fatores e determinantes de risco deve ser contínua, acompanhada de medidas de prevenção.

A SBIBAE (2019, p. 51) orienta, portanto, que a equipe de saúde “deve garantir o cuidado completo e de qualidade para as gestantes e puérperas residentes no território de abrangência”. Para alcançar esse nível de cuidado, os instrumentos de gestão sobre a condição de saúde da gestação e puerpério apontados pelo SBIBAE (2019) devem ser utilizados categoricamente, como o *checklist* do macroprocesso de cuidado, proposto na NT. Nesse *checklist* constam “65 (sessenta e cinco) afirmações sobre a organização dos processos da Atenção Primária à Saúde (APS) voltados para o cuidado da gestante e puérpera”. A equipe deve discutir e pontuar de acordo com os critérios definidos no Anexo I da Nota Técnica da SBIBAE (2019, p. 53).

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE (2019) preconiza que, “Todos os atendimentos, individuais ou coletivos, e procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário clínico da gestante/puérpera, por todos os profissionais responsáveis” (SBIBAE, 2019, p. 51). Assim, a Unidade de Saúde deve dispor de um sistema funcional de registro.

Recomenda ainda, um registro eletrônico, “configurado em suas funcionalidades de acordo com a lógica do modelo de atenção e que ofereça relatórios úteis para a gestão da saúde da população”. Entretanto, alguns municípios, como o de Corumbá-MS, se deparam com dificuldades no campo das tecnologias da informação, tais como sinais de internet e telefonia

muito abaixo do ideal, inclusive para organizar uma rede de informações (SBIBAE, 2019, p. 51).

#### 5.4.2 Características Individuais

A Tabela 8 aponta o resultado do atendimento às gestantes sobre a história reprodutiva anterior, onde foi verificado que a maioria dos profissionais de saúde foca mais nos aspectos relativos à quantidade de gestações das pacientes. Os outros itens são de alta relevância e se complementam para a realização de um histórico clínico e de vida dessas gestantes.

Todos os itens contidos na Tabela 8 têm uma relação com o processo de estratificação de risco que, de acordo a SBIBAE (2019, p. 26) trata do foco no pré-natal: 1. Risco Habitual: a gestante é assistida pela APS que deve observar a) o bem-estar da gestante, do bebê e de sua família, b) as ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas e c) o fortalecimento da capacidade de autocuidado; 2. Risco Intermediário: atendimento realizado também pela APS e, desta feita, com o apoio da Assistência a Atenção Especializada-AAE, que compreende a) a mitigação dos fatores de risco, b) as ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco, c) o fortalecimento da capacidade de autocuidado e d) o fortalecimento do apoio sociofamiliar; e 3. Alto Risco: atendimento compartilhado entre as equipes da APS e da AAE, que se caracteriza por a) estabilização clínica, b) vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas, c) fortalecimento do apoio sociofamiliar e d) suporte direto à gestante e sua família.

Os dados analisados evidenciam que o foco dos profissionais se encontra direcionado para os números de gestação, parto, aborto e intercorrências na gestação anterior. Segundo Rodrigues *et al* (2017) a avaliação de risco na gravidez está fundamentada e recomendada pelo Ministério da Saúde (MS), “[...] que aponta 35 fatores a serem considerados, assim agrupados: 1) características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; 2) história reprodutiva anterior; 3) doenças obstétricas na gravidez atual; e 4) intercorrências clínicas que podem levar uma gestação ao risco” (RODRIGUES *et al*, 2017, p. 24).

Dentre os 04 (quatro) grupos, destacados por Rodrigues *et al* (2017), no grupo dois estão os procedimentos que devem ser verificados, em conjunto com os outros grupos:

O segundo compreende morte perinatal, recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado, abortamento habitual, esterilidade ou infertilidade, intervalo temporal entre os partos (menor que dois ou maior que cinco anos), nuliparidade ou multiparidade, síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva e cirurgia uterina anterior (RODRIGUES *et al*, 2017, p. 24).

As autoras Rodrigues *et al* (2017) afirmam que é de extrema relevância conhecer e compreender as condições sociais das gestantes, compreender e conhecer o modo de vida e de trabalho dessas pessoas para tornar possível uma assistência, onde os riscos possam ser eliminados ou minimizados.

**Tabela 8** - Distribuição da frequência da história reprodutiva anterior averiguada na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos verificados	Consultas	
	F	%
Número de gestações	40	57,1
Número de partos	24	34,3
Intercorrência na gestação anterior	17	24,3
Número de abortos	16	22,9
Intervalo da gestação	9	12,9
Número de filhos	9	12,9
Idade da primeira gestação	5	7,1
Idade gestacional do recém-nascido	0	0,0
Mortes neonatais	0	0,0
História do aleitamento anterior	0	0,0

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

## 5.5 HISTÓRIA CLÍNICA DAS GESTANTES: DOENÇAS PREEEXISTENTES E ANTECEDENTES FAMILIARES

As Tabelas 9 e 10 demonstram como é elaborada a história clínica das pacientes assistidas pelos profissionais da Atenção Básica do município de Corumbá-MS, e participantes desta pesquisa, durante a consulta de pré-natal em 2021.

A história clínica de uma paciente pressupõe o resultado da formação, ou técnica, sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)<sup>10</sup> e a crescente demanda pela qualidade do cuidado. Segundo Barbosa e Ribeiro

[...] o modelo biomédico tradicional vem sendo substituído gradativamente pelo ensino do MCCP, apoiado no atendimento médico do indivíduo de forma integral e na premissa de que comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas. É recomendado que os programas de ensino médico incluam formação interdisciplinar que permita uma compreensão da maneira pela qual as pessoas de diversas culturas e crenças percebem a saúde e a doença (BARBOSA; RIBEIRO, 2016, p. S220, apud BRASIL, 2010 e BALLESTER *et al*, 2010).

Um dos elementos da elaboração de um histórico clínico é a entrevista médica (ou da enfermagem), também chamada de anamnese que, segundo Soares *et al*. (2014), “[...] tem valor

<sup>10</sup>De acordo com Wanderley *et al* (2020, p. 284) “Embora não haja consenso sobre a definição do MCCP, a sua essência consiste na tentativa de entender a experiência da doença a partir do ponto de vista do doente. Stewart e seus colaboradores desempenharam um papel importante na conceitualização do MCCP, que foi desenvolvido inicialmente na década de 1980 e descrito em 1995, como um tipo de abordagem mais estudada na área de medicina de família e comunidade”.

quando se encontra, no profissional, capacidade de respeito, interesse, autenticidade, coerência e compreensão empática” (SOARES *et al.*, 2014, p. 315). Também é “[...] revestida de grande potencialidade para o reconhecimento do outro, da pessoa, de suas necessidades e desejos implícitos, medos e ansiedades” (SOARES *et al.*, 2014, p. 315).

Para Souto e Pereira (2011, p. 178) as consultas, baseadas na formação tradicional (anamnese estruturada e o exame físico sistemático) não captam o contexto subjetivo do paciente, ou seja, o contexto do “[...] adoecimento na história existencial do sujeito por meio da qual torna-se possível compreender não só a doença em sua fisiopatologia orgânica, mas, também, o porquê e como a doença entrou na vida da pessoa”. Para os autores é preciso

[...] transformar a consulta médica num encontro (forma horizontal de reconhecimento mútuo destinado a uma troca interpessoal) por meio do qual é possível corporificar uma história clínica capaz de decifrar o sujeito e, dentro dele, em sua existência, identificar suas necessidades de saúde. Apoiada por um exame físico que, além da visão biológica do corpo, compreenda também seus significados e representações na percepção da pessoa examinada, essa entrevista permitirá a providência de um cuidado que servirá prioritariamente ao bem-estar existencial do sujeito (SOUTO; PEREIRA, 2011, p. 178).

### 5.5.1 Doenças preexistentes

A Tabela 9 se encaixa no grupo definido pelos estudos de Rodrigues *et al* (2017), como o quarto grupo que corresponde as doenças preexistentes ou existentes, como as “cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, hipertensão arterial, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes e ginecopatias” (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 24). Esse grupo está diretamente relacionado à “morbimortalidade materna, fetal e infantil”, segundo a SBIBAE (2019).

Nesta pesquisa observou-se que, sobre as condições clínicas averiguadas pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde do município de Corumbá-MS, nas consultas de pré-natal quase todas as doenças listadas na Tabela 9 receberam a atenção mínima de um profissional, exceto: cardiopatias, neoplasias, doenças renais crônicas e epilepsia.

**Tabela 9** - Distribuição da frequência das condições clínicas preexistentes averiguadas na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos verificados	Consultas	
	F	%
Infecção de trato urinário	29	41,4
Uso de medicações	23	32,9
Doenças infecciosas	16	22,9
Hipertensão Arterial	14	20,0
Diabetes Mellitus	12	17,1
Desvios nutricionais	11	15,7
Anemias	9	12,9

Tabagismo	9	12,9
Alcoolismo	9	12,9
Uso de Drogas	8	11,4
Fator RH	6	8,6
Alergias	6	8,6
Último exame Preventivo	6	8,6
Cirurgias	1	1,4
Transfusões	1	1,4
Cardiopatia	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0
Epilepsia	0	0,0
Neoplasias	0	0,0

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Ainda em relação as condições preexistentes das gestantes, alguns fatores foram investigados com maior frequência, sobretudo sobre infecção de trato urinário e uso de medicações. Entretanto, outros parâmetros não apresentaram maior incidência na anamnese e é motivo de atenção, como exemplo o questionamento dos profissionais sobre realização de exames preventivos ginecológicos, que alcançou apenas 06 (seis) consultas.

A investigação sobre o uso de drogas, tabagismo e alcoolismo foi realizada em poucas pacientes, em um universo de 70 (setenta) gestantes, observadas nas consultas. O uso dessas substâncias está associado à restrição do crescimento do bebê, “perímetro cefálico menor”, peso abaixo do padrão de normalidade, aborto espontâneo e parto prematuro, dentre outros. Como afirma o Ministério da Saúde, as drogas e alcoolismo são características individuais e de condições sociodemográficas desfavoráveis para a gestante e para o bebê, e são “situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou avaliação com especialista” (BRASIL, 2010, p. 12)

Portanto, as literaturas pertinentes ao tema orientam que esses problemas devem ser, permanentemente, investigados “[...] pelo profissional de saúde, sendo a assistência um momento especial para desenvolver uma relação de confiança que possibilite identificar o uso dessas substâncias e conseqüentemente proporcionar medidas de redução e prevenção” (RODRIGUES, *et al*, 2018, p. 53-62)

O mesmo aconteceu em relação a investigação sobre aspectos nutricionais da gestante. Observou-se que esse tema foi investigado em apenas 11 (onze) consultas. Nesse processo de anamnese, ao traçar todo o histórico clínico, é importante ter a impressão referente a alimentação habitual, estilo de vida e estado nutricional da gestante (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde: “É indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. A avaliação de risco não é tarefa fácil. O

conceito de risco está associado ao de probabilidades e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado” (BRASIL, 2005, p. 20).

### 5.5.2 Antecedentes familiares

A Tabela 10 trata da investigação de antecedentes familiares para evitar riscos futuros. O Ministério da Saúde orienta toda a Rede de Saúde do SUS sobre as consultas de pré-natal:

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. 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, 2005, 23).

Esses fatores de risco, segundo o Ministério da Saúde (2010) podem ser identificados no decorrer da realização do pré-natal, a partir da anamnese eficiente, exames físico e gineco-obstétrico.

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2010, p.11).

De acordo com o que foi observado nas consultas, durante o processo da pesquisa, a anamnese realizada pelos profissionais, acerca dos antecedentes familiares, não indagou a totalidade das gestantes, haja vista que 80% ficaram sem questionamento sobre esses antecedentes. Evidenciaram, nas consultas, apenas os dois fatores de risco: a hipertensão arterial e a diabetes mellitus.

Se faz necessário ressaltar (e reforçar) que a anamnese bem construída e completa é capaz de identificar os fatores de risco gestacional e minimizar ou mesmo eliminar as mortes evitáveis.

Outro aspecto importante, na Tabela 10 e que não houve indagação na totalidade das gestantes, é em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Apenas 01 (uma) gestante foi indagada se o parceiro ou algum dos parceiros tem ou não tem HIV. Faz-se importante ressaltar que, em 2020, o município de Corumbá apresentou cumprimento das metas pactuadas atingindo índices de controle e redução de casos de DSTs, de acordo com os indicadores estaduais (MS, 2020).

**Tabela 10:** Distribuição da frequência dos antecedentes familiares averiguados na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos verificados	Consultas	
	F	%
Diabetes mellitus	16	22,9
Hipertensão Arterial	15	21,4
Gemelaridade	3	4,3
Malformações	1	1,4
Câncer de mama	1	1,4
Câncer de colo de útero	1	1,4
Tuberculose	1	1,4
Hanseníase	1	1,4
Neoplasia	1	1,4
Doença de Chagas	1	1,4
Parceiro HIV	1	1,4

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Por outro lado, também em 2020, o município de Corumbá apresentou um índice elevado da taxa de mortalidade infantil neonatal, com um indicador superior ao do Estado; A macrorregião foi a “[...] que menos investiu nas investigações de MI, somente 25,8% dos casos foram investigados [...]” (MATO GROSSO DO SUL, 2020 p. 3), sobre óbitos de mulheres em idade fértil. Sobre a taxa de mortalidade infantil “A macrorregião de Corumbá apresentou o maior aumento na taxa em relação as outras regiões. Um aumento significativo de 82,51% no indicador”, conforme o Relatório de Gestão e Indicadores de Saúde do Mato Grosso do Sul (MATO GROSSO DO SUL, 2020, p. 15)<sup>11</sup>.

Em relação a esses índices, o relatório de gestão do Estado de Mato Grosso do Sul é taxativo: “Essa situação causa preocupação pelo fato da baixa sensibilidade do serviço de vigilância epidemiológica de priorizar a investigação de causas evitáveis por ações da Atenção Básica, capaz de reduzir os óbitos maternos e infantis” (MATO GROSSO DO SUL, 2020, p. 3)<sup>12</sup>

Desse modo supõe-se que, a investigação eficiente sobre os antecedentes familiares, proposto pelo MCCP, que explora as experiências de saúde e doença na família; que permite elaborar “um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificando a relação entre a pessoa e o médico” (WANDERLEY *et al.*, 2020, p. 284) é capaz de reduzir os riscos de uma gestação evitando assim a morbimortalidade materna e infantil.

<sup>11</sup> Estado de Mato Grosso do Sul/Secretaria de Estado de Saúde/SES – Resultados dos Indicadores de Saúde, 2020. Disponível em <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/INDICADORES-DE-SAUDE-RESULTADO-2020.pdf>

<sup>12</sup> Grifo nosso

Outra ação importante sobre a história clínica e de vida do paciente, uma prática que deve ser adotada continuamente são os registros – sejam eles impressos ou eletrônicos – pois se trata, conforme Demarzo *et al.* de “[...] memória valiosa para o profissional de saúde, assim como um instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado” (DEMARZO, *et al.*, s. d, p. 4). Para os autores,

Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo também eventualmente dados para investigação científica ou prova para diligências legais (DEMARZO, *et al.*, s. d, p. 4).

Sobre os registros, um dos pontos positivos e relevantes é que, da totalidade das consultas que foram observadas é que 100% dos profissionais que estavam no atendimento pré-natal preencheram o cartão da gestante. Obviamente que se trata de uma ação protocolar e obrigatória, mas, importante. De outro lado, também pode se caracterizar como um dado totalmente subjetivo, haja vista que o fato de preencher o cartão ou prontuário da paciente não significa que os apontamentos correspondem à totalidade dos dados que precisam ser registrados. Esse fato não foi considerado no momento da coleta de dados, em virtude do tempo disponibilizado para observação e para não interferir no processo da consulta.

Destaca-se que, todos os parâmetros de investigação de risco se encontram disponíveis nos manuais e notas técnicas do Ministério da Saúde e de fácil acesso a todos os cidadãos.

## 5.6 EXAMES FÍSICO GERAL E ESPECÍFICOS.

A Tabela 11 ilustra os dados sobre os exames físico geral e específicos, realizados ou solicitados nas consultas de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, no município de Corumbá-MS, em 2021.

Lima et al (2014) descrevem sobre o exame físico geral, no pré-natal:

O exame físico na gestante deverá ser completo, constando da avaliação da cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores e inferiores, utilizando os procedimentos propedêuticos de inspeção, palpação, percussão, ausculta e verificação dos sinais vitais; solicitação de exames rotineiros; avaliação da idade gestacional (IG) e risco gestacional, maturidade e vitalidade fetal; orientação nutricional e aleitamento materno; profilaxia do tétano; encorajamento para que a gestante possa expor suas dúvidas e angústias relativas à gravidez (LIMA *et al.*, 2014, p. 1503-1504).

Nesta variável ressalta-se que, em quase 95% das pacientes consultadas foram aferidos os sinais vitais. O que é considerado um parâmetro bom, porém deveria ter ocorrido em 100% das gestantes, no momento da triagem inicial e que colabora, sobremaneira, para a classificação de risco gestacional. Nesse mesmo nível de relevância estão os valores aceitáveis sobre o

aferimento de peso e altura, que determina o índice de massa corporal, entretanto, o cálculo de índice de massa corpórea somente foi realizado em 22,9% dos casos.

Outros exames realizados e que se configuraram como preocupantes, por não terem sido realizados em 100% das mulheres grávidas - apresentando um índice de 60% a 81%, de gestantes atendidas - foram os exames do abdômen, ausculta cardiopulmonar e batimentos cardíofetais, que ajudam a determinar o risco gestacional. Entretanto, um dado importante sobre a ausculta dos batimentos cardíofetais, observada nas consultas, é o fato de que mesmo sendo realizada a ausculta, os batimentos cardíacos por minuto, do feto, não foram contabilizados. Este é um parâmetro que contribui, significativamente, para identificar um possível sofrimento fetal, especialmente nas consultas do último trimestre gestacional.

Assim, é possível pressupor que, mesmo a gestante tendo a variável examinada, não é garantida a técnica correta e a situação requer a reestruturação das atividades realizadas na assistência pré-natal.

**Tabela 11** - Distribuição da frequência dos parâmetros do exame físico geral e específico averiguados na consulta de pré-natal de 70 (setenta) gestantes atendidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS em 2021.

Procedimentos verificados	Consultas	
	F	%
Sinais vitais	66	94,3
Ausculta de batimentos cardíofetais	57	81,4
Palpação obstétrica	56	80,0
EF do abdome	54	77,1
Altura	44	62,9
Peso	43	61,4
Busca de movimentos fetais	42	60,0
EF dos membros inferiores	33	47,1
Ausculta Cardiopulmonar	20	28,6
Cálculo do IMC	16	22,9
TESS	5	7,1
EF das mamas	1	1,4
EF ginecológico	1	1,4

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Os exames físicos e gerais, na Estratégia Saúde da Família (ESF) são acompanhados e ou realizados por médicos e enfermeiros, além de atividades educativas e visitas domiciliares e devem ser completos, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

O exame físico na gestante deverá ser completo, constando da avaliação da cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores e inferiores, utilizando os procedimentos propedêuticos de inspeção, palpação, percussão, ausculta e verificação dos sinais vitais; solicitação de exames rotineiros; avaliação da idade gestacional (IG) e risco gestacional, maturidade e vitalidade fetal; orientação nutricional e aleitamento materno; profilaxia do tétano; encorajamento para que a gestante possa expor suas dúvidas e angústias relativas à gravidez (BRASIL, 2006, p. 25).

A avaliação clínica detalhada e adequada da paciente grávida e o exame físico minucioso são determinantes para identificar o risco habitual ou o alto risco gestacional, ou qualquer alteração no organismo da mulher.

Ressalta-se, nesta pesquisa, a possibilidade de uma reflexão crítica construtiva, sobre a relevância dos exames, que devem ser realizados de forma humanizada, com qualidade na assistência à gestante e que contribuam na avaliação do risco gestacional o mais precoce possível, visando a intervenção para evitar complicações gestacionais, puerperais e neonatais.

Os dados revelaram parte das fragilidades no cuidado pré-natal, principalmente no que se refere às ações profissionais. As observações permitem destacar que há profissionais que não seguem as recomendações do Ministério da Saúde para a assistência às mulheres grávidas.

Ademais, existe vasta literatura que discorre sobre o Pré-natal e a qualidade desse procedimento no Brasil, tanto na rede pública de saúde, quanto na rede privada (BRASIL, 2002; 2005; 2006; 2009; 2010; FEBRASGO, 2013), dentre outros e, sobre a Mortalidade Materna (MM) ou Risco Gestacional (DUARTE e MIRANDA, 2020; OLIVEIRA E SOUZA, *et al*, 2018; DOURADO e PELLOSO, 2006; AQUINO *et al*, 2015), dentre outros.

A assistência pré-natal é imprescindível para promoção e proteção da saúde das gestantes e das crianças nascidas, nesse país, e possibilita, segundo Nunes *et al* “[...] a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos” (NUNES *et al.*, 2016, p. 253 *apud* BASSO *et al*, 2012). O grande debate, dos pesquisadores que compõe o referencial teórico desta pesquisa, em torno da assistência pré-natal é sobre a qualidade, eficiência e eficácia desse atendimento, análise proposta por esta pesquisa.

O estudo foi capaz de demonstrar a transformação da realidade na APS em relação a cobertura populacional do SUS, contida no Plano Municipal de Saúde (PMS), para o quadriênio de 2017-2021. Houve a desativação de 01(uma) equipe de Saúde da Família, por falta de profissionais e o deslocamento de profissionais, de uma Unidade para outra, o que compromete o acesso da população aos serviços de saúde, pela escassez de profissionais.

Estas duas situações ocasionam uma redução da cobertura de saúde, e mudanças na qualidade da assistência à saúde na AB. Primeiro, e considerando que cada ESF atende no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas, a desativação de uma Unidade pressupõe a transferência do atendimento dessas pessoas para outras ESFs, o que aumentaria a demanda da equipe e conseqüentemente diminuiria a atenção e a qualidade do atendimento, visto que não houve aumento de profissionais – ao contrário, houve redução – o que também permite a precarização

do trabalho desses profissionais; segundo, o deslocamento de profissionais e a transferência da população a ser atendida não garantem a criação de vínculo com a comunidade referenciada na Unidade de Saúde, e não permitem a longitudinalidade do cuidado, que está vinculado às práticas dos profissionais.

Outro elemento que pressupõe a necessidade de mudança de olhares, na assistência pré-natal do município de Corumbá são os elevados índices de Mortalidade Materna (MM) e Mortalidade Infantil (MI), que se encontram muito acima do índice estadual e brasileiro.

As evidências destacadas sugerem a necessidade de revisão/adequação da Atenção Básica na assistência pré-natal, e uma melhor interação/comunicação entre APS e Vigilância Epidemiológica, para que as notificações sobre MM e MI sejam próximas da realidade e, conseqüentemente, promover um diagnóstico concreto que seja capaz de identificar possíveis ações para redução dos índices de MM e MI, no município.

Destaca-se a pouca informação publicada ao respeito de classificação de risco na gestação que possa permitir referenciar evidências alternas e debater entre si.

## 6 CONCLUSÃO

A análise de como é avaliado o risco gestacional em gestantes, com pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde de Corumbá-MS não segue as recomendações do Ministério da Saúde. A realidade descrita é preocupante, visto o compromisso de reduzir a morte materna e neonatal na região.

O pré-natal conta com enfermeiros e médicos, que assistem as gestantes na Atenção Primária à Saúde do município de Corumbá-MS. Ficou demonstrado que a qualificação para o cuidado ao pré-natal foi adquirida, muito mais pela prática, do que pela educação continuada oferecida pela Rede Municipal de Saúde.

Constatou-se que não há padronização nos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, tanto pelos enfermeiros quanto pelos médicos. Como exemplo, citamos o momento da anamnese, que auxilia na identificação de possíveis riscos e esta não atendeu à totalidade dos protocolos de saúde. Esse é um momento considerado de alta relevância, mas, que infelizmente não é realizado de forma satisfatória, por vários motivos observados: pelo excesso de pacientes (baixa cobertura de saúde, no município); ou pela falta de profissionais; ou pela rotatividade de profissionais (profissionais atendendo em uma ou mais ESFs); ou pela ausência de formação contínua (pela Secretaria de Saúde); ou ainda pela ausência de um plano eficaz de entrevista, para uma tomada de decisão (ancoragem diagnóstica); ou pelo conjunto dos motivos.

Muitos pontos da anamnese, que deveriam seguir o rito protocolar, não foram realizados. Outro procedimento não realizado foi o pré-natal do parceiro, devido à pandemia pelo novo coronavírus.

Dentro dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, e que ajudam na identificação de problemas e no manejo de gestantes de alto risco, a pesquisa identificou a existência de itens, ações e/ou atitudes, que deveriam ser reforçadas no momento das consultas e no acompanhamento dessas gestantes, durante todo o pré-natal na rede de atenção à saúde do município de Corumbá-MS.

A pesquisa também demonstrou que: a rotatividade do pessoal; o desconhecimento de importante parcela de profissionais acerca do fluxograma de atendimento às mulheres gestantes; e a falta de questionamento de vários itens na anamnese daquela gestante poderiam influenciar negativamente na detecção do alto risco em uma gravidez.

Da mesma forma, positivamente, a pesquisa observou o alto percentual de gestantes que foram avaliadas no exame físico geral, sobretudo em relação aos sinais vitais, em cada

rotina de controle, o que facilita muito a identificação dos indicadores e/ou fatores de alto risco gestacional.

Diante dos resultados apontados sugerimos a elaboração de uma ferramenta específica, que possa uniformizar os parâmetros de risco gestacional, no prontuário da paciente gestante. A proposta é que essa ferramenta seja aplicada em todas as consultas, para promover detecção adequada dos riscos gestacionais, do primeiro ao terceiro trimestres. Além disso, as diretrizes do Ministério da Saúde apontam, há muito, para a necessidade de um preenchimento adequado dos registros, inclusive para salvaguardar os profissionais e garantir os direitos das gestantes.

Outro ponto insistente desta pesquisa é sobre a formação dos profissionais. Se faz necessária a elaboração de um programa de educação continuada – com ênfase na qualidade do atendimento, do controle e do acompanhamento do pré-natal – para a totalidade dos profissionais da ESF, e não apenas para os profissionais de medicina e enfermagem. A sugestão se funda na importância e responsabilidade que as ESFs têm na produção de cuidados às gestantes, bem como na devida classificação de risco, sobretudo da gestação de alto risco, levando em consideração que essas gestantes demandam cuidados e protocolos diferenciados, além de maior intensidade nas consultas e no acompanhamento.

Destaca-se a importância de estudos que sejam capazes de revelar as fragilidades do pré-natal, ao mostrar como é realizado o atendimento das gestantes, haja vista que o trabalho deve ser realizado seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, das rotinas fundamentadas em critérios científicos que permitam identificar fatores que podem causar morbidade ou mortalidade materna ou perinatal.

Que este estudo possa auxiliar nas tomadas de decisão da gestão do SUS, no município de Corumbá-MS, sobretudo na humanização do atendimento e, além disso, no processo de fortalecimento das políticas públicas de saúde, principalmente aquelas direcionadas à redução da mortalidade materna e infantil.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Rev Med Minas Gerais** 2015; 25(4): 568-576.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais** 2016; 26 (Supl 8): S216-S222

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde -Atenção Primária em Saúde [online]. **Processo de Trabalho na APS: Quais as recomendações para o cálculo da média de consulta/habitante/ano ou consulta/habitante/hora para os atendimentos médicos, de enfermagem e de odontologia em uma equipe de ESF?** Núcleo de Telessaúde Santa Catarina | 12 ago 2014 | ID: sof-6919. Disponível em <https://aps.bvs.br/aps/quais-as-recomendacoes-para-o-calculo-da-media-de-consultahabitanteano-ou-consultahabitantehora-para-os-atendimentos-medicos-de-enfermagem-e-de-odontologia-em-uma-equipe-de-esf/>. Acesso 15 mar 2021.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59 .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. [recurso eletrônico] Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso 08 abr, 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde: Brasília, 2011. Publicada no D.O.U. de 24/10/2011, Seção 1, páginas 48-54.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Ministério da Saúde: Brasília, 2015. Publicada no DOU nº 149, em 6 de agosto de 2015 – seção 1 – páginas 37 -39.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009. Publicado no DOU em 28 de agosto de 2009 – Página 61.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento: Manual Técnico.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos.** Brasília; 2000. 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília; 2000.

COLLUCCI, C. Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta para 2030. **Jornal Folha de São Paulo** – São Paulo, 13 ago. 2018 às 2h00 – Edição online. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-ja-reve-meta-de-reducao-para-2030.shtml>. Acesso em: 20 jul 2019.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS.** Publicado em 06/03/2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 14/05/2021.

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde **A organização da agenda da equipe da ESF: Passo a Passo** [online], 2015. Disponível em <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-5-A-ORGANIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-AGENDA-DA-EQUIPE-DA-ESF.pdf>. Acesso em 08 abr 2021.

CORUMBÁ. Mato Grosso do Sul/Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Secretaria Municipal de Saúde: Corumbá, novembro de 2017.

DEMARZO, M M P; OLIVEIRA, C A de; GONÇALVES, D A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família – organização e registro** (sem data). Disponível em [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf). Acesso em: 18 mai. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde/ Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde/ Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde: Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. 2018.** Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao\\_a\\_Saude\\_da\\_Mulher\\_no\\_Prenatal\\_Puerperio\\_e\\_Cuidados\\_ao\\_Recem\\_nascido.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Prenatal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem_nascido.pdf) Acesso em: 28 jul 2019.

DUARTE, S J H, MIRANDA, R A D. *Research of Gestational Risk by Primary Health Care Professionals in Brazil*. 2020 - 11(3). **AJBSR.MS.ID.001624**. DOI: 10.34297/AJBSR.2020.11.001624

DUARTE, S J H; ALMEIDA, E P de. O papel do enfermeiro do Programa Saúde da Família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro – RECOM**, 2014 jan/abr; 4(1):1029-1035

DUARTE, S J H; ANDRADE, S M O de. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FEBRASGO - Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Perinatalogia** [coordenado por] Eduardo Sérgio Valério Borges da Fonseca. – São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013. 118 p. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/987069/manual-de-perinatologia--prematividade-> Aces.so em 18 jul 2019

\_\_\_\_\_ - Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Reunião de Mortalidade Materna**. FEBRASGO/OPAS [online] 08 novembro 2018 10:41. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/685-reuniao-de-mortalidade-materna-febrasgo-opas> . Acesso em 29 jul 2019

FEITOSA-ASSIS, A I; SANTANA. V S. Ocupação e mortalidade materna. **Rev Saude Pública**, 2020; 54:64. Disponível em <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/64/pt>. Acesso em: 05 mai 2021.

FIOCRUZ. **Roteiro para elaboração do trabalho de conclusão do Mestrado-PROFSAÚDE DE 20 julho 2020**. Disponível em <http://www.prppg.ufpr.br/site/profsaude/wp-content/uploads/sites/42/2020/10/roteiro-tcm-ajustes-novo-20-07-2020.pdf>. Acesso em 08 jun 2021.

FONTELLES, M J; SIMÕES, M G; FARIAS, S H; FONTELLES, R G S. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Universidade da Amazônia– UNAMA / Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa. 20/08/2008. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo\\_C8\\_NONAME.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf). Acesso em 15 set 2019.

GOMES, A M de A; CAPRARA A; LANDIM, L O P; VASCONCELOS, M G F. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [3]: 1101-1119, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/14.pdf>. Acesso em 15 abr 2021.

GURGEL, E.L. **A mulher na Saúde: visões Abrasquianas**. Matéria de Bruno C Dias. ABRASCO, publicada em 08 março de 2015. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/a-mulher-na-saude-visoes-das-abrasquianas/9435/>. Acesso em 13 mai 2021.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Normas de apresentação tabular I**. - 3. ed. IBGE - Rio de

Janeiro, 1993. 62 p. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>. Acesso em 08 jun 2021.

KESSLER, M; LIMA, S B, WEILLER, T H; LOPES, L P; FERRAZ, L; EBERHARDT T D; *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul Enfer.** 2019;32(2):186-93. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n2/1982-0194-ape-32-02-0186.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M. H P. de; GOTLIEB, S L D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1):23-30, jan-mar, 2000

LIMA, L. F. C.; DAVIM, R M B; SILVA, R A R da; COSTA, D A R da S; MENDONÇA, A E de O. Importância do exame físico à gestante na consulta do Enfermeiro. **Rev enferm UFPE** (online)., Recife, 8(6):1502-9, jun., 2014. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9838/10039>. Acesso em: 21 mai. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde - SES. **Boletim 2016**. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. Disponível em: <http://www.hospitalregional.ms.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Boletim-2016-CEPMMI-MS.pdf> . Acesso em: 10 set 2019

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde - SES. **Demonstrativo de indicadores de saúde do SISPACTO**. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/INDICADORES-ANUAL-2018-FINAL.pdf> Acesso em: 16 set 2019.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saude-SES/Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. **Boletim Epidemiológico Mato Grosso do Sul 2020** - Novembro de 2020.

MINAYO, M C de S; HARTZ, Z M de A e; BUSS, P M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.7-18. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

OLIVEIRA E SOUSA, D M de; SALES, F A G; MARTINS DE OLIVEIRA, J H; CHAGASD, A C F. Caracterização das gestantes de alto risco atendidas em um centro de atendimento à mulher e o papel do enfermeiro nesse período **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 56, p. 54-62, abr./jun., 2018. Disponível em [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5120](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5120). Acesso 16 set 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. [online] 2016. Disponível no Website: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/antenatal-care>. Acesso em 12 set 2019

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *10 datos sobre la salud materna*. Washington, DC, nov 2015. Disponível no website: [https://www.who.int/features/factfiles/maternal\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/) Acesso em 01 ago 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evidência e Inteligência para la Acción en Salud / Análisis de Salud, Métricas y Evidencia: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018*. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2018. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1), Acesso em 12 set 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS... Folha informativa - **Mortalidade materna**. Atualizada em agosto de 2018. Disponível em <https://www.paho.org/pt/search/r?keys=folha+informativa+mortalidade+materna+Brasil> Acesso em 12 set 2019.

OSIS, M J M D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online] - vol.14, supl.1, pp.S25-S32, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?lang=pt> Acesso 31 jul 2019.

RODRIGUES, A L.; SOUZA, D R de; BORGES, J de L. Consequências do uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe/feto. **DêCiência em Foco**. [online], 2018; 2(1): 53-62 <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/146/44>. Acesso em: 18 mai. 2021.

RODRIGUES, A R M; DANTAS, S L da C; PEREIRA, A M M; SILVEIRA, M A M da; RODRIGUES, D P. Gravidez de Alto Risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE**, Sobral - V.16 Suplemento n.01, p.23-28, 2017.

SANT'ANA, P. Você tem de fazer falta. **Zero Hora Blog do Paulo Sant'Ana** - Publicado em 10 fev. 2002. Disponível em <http://wp.clicrbs.com.br/paulosantana/2011/09/04/voce-tem-de-fazer-falta/?topo=13,1,1,,13>. Acesso em 07 jun 2021.

SBIBAE-Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na gestação, parto e puerpério**. SBIBAE. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

SCHEFFER, M C; CASSENOTE, A J F. A feminização da medicina no Brasil . **Rev. bioét. (Impr.)**. 2013; 21 (2): 268-77 <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a10v21n2.pdf> Acesso 16 abr 2021

SILVA, R D F da; CAZOLA L H de O; TAMAKI, E M; PÍCOLI, R P. Mortalidade Materna nas Fronteiras Brasil/Paraguai e Brasil/Bolívia em Mato Grosso do Sul, 2012-2018. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 65210-65220, sep. 2020.

SOUSA, A M C de. **Manual de normalização de trabalhos acadêmicos** / Alexandre Medeiros Correia de Sousa e Janaina Leal. – Rio de Janeiro: INCQS, 2019.

TELESTE, P. Quanto tempo deve durar minha consulta médica? **Blog IMedicina** – Belo Horizonte/MG, 24 de agosto de 2016. Disponível em <https://blog.imedicina.com.br/quanto-tempo-deve-durar-a-minha-consulta-medica-artigo-st/>. Acesso em 20 abr de 2021.

WANDERLEY, V. S. *et al.* Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 41, n. 2, Supl., p. 283-308, nov. 2020.

WERMELINGER, M.; MACHADO M H; TAVARES, M de F L; OLIVEIRA, E dos S de; *et al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em 15 maio 2021.

**APÊNDICE A – Relação das Unidades de Saúde de Corumbá-MS.**

Fonte: Sítio Oficial da Prefeitura de Corumbá. Disponível em:  
<http://www.corumba.ms.gov.br/site/cidadao/3/unidades-de-saude/21/>.

**ESF São Bartolomeu**

Tel.: 3233 - 3337

Rua: Pernambuco s/n, João de Deus

**ESF Ênio Cunha I**

Tel.: 3907-5372

Rua: Alameda Tamengo s/n, Cervejaria

**ESF Ênio Cunha II**

Tel.: 3907- 5302

Alameda: Laranjeira 170-B, Dom Bosco

**ESF Popular Velha**

Tel.: 3907-5373

Rua. Teodomiro Serra s/n, Popular Velha

**ESF Walter Victório**

Tel.:3231-0903

Rua: Santa catarina, s/n, Cravo Vermelho

**ESF Fernando Moutinho I**

Tel.: 3907-5571

Al. José de Barros Maciel, 48, Cristo Redentor

**ESF Breno de Medeiros I**

Tel.: 3907 -5375/ 3233-5200

Rua. Ciriaco de Toledo s/n, Popular Nova

**ESF Breno de Medeiros II**

3907 -5375

Rua. Ciriaco de Toledo s/n, Popular Nova

**ESF Jardim dos Estados**

Tel.: 3907 - 5433

Rua. Ciriaco de Toledo s/n, Bairro Jardim dos Estados

**ESF Nova Corumbá**

Tel.: 3907 - 5381

Rua Ciriaco de Toledo, s/n, Nova Corumbá

**ESF Kadweus I / Lucia Mª**

Tel.: 3907 - 5377

Rua: Ciríaco de Toledo s/n, Guanã

**ESF/Kadweus II / Lucia Mª**

Tel.: 3907-5377

Rua: Ciríaco de Toledo s/n, Guanã

**ESF Beira Rio**

Tel.: 3907- 5278

R: Delamare, 384, Centro

**ESF Gastão De Oliveira I**

Tel.: 3907-5321

R. N. Senhora da Conceição s/n, Maria Leite

**ESF Gastão de Oliveira II**

Tel.: 3907-.5321

R. N. Sra da Conceição s/n, Maria Leite

**ESF Luís Fragelli**

Tel.: 3907-5388

Av. Rio Branco, s/n, Universitário

**ESF Padre Ernesto Sassida**

Tel.: 3907-5004

Rua. José Fragelli s/nº Esq. Rua Dom Aquino, Dom Bosco

**ESF Dr João Fernandes – Aeroporto I**

Tel.: 3907-5331

R. Marechal Floriano, 141, Aeroporto

**ESF Dr Ranulfo Jesus de Vasconcelos - Aeroporto II**

Tel.: 3907-5967

R: Santos Dumont, 47, Aeroporto

**ESF –Mato Grande II - Albuquerque(rural)**

Tel.:s/telefone

Endereço

**ESF Mato Grande I -(rural)**

Tel.: 3275-1411

Endereço

**ESF- Taquaral/Tamarineiro I e II (rural)**

Tel.: 9987-5685

**ESF Pedro Paulo I**

Tel.: 3231-1857

Rua: Tenente Melquiades, 714, Centro

**ESF Pedro Paulo II**

Tel.: 3907-5940

Rua: Batista das Neves, 119, Centro

**ESF Humberto Pereira**

Tel.: 3907-5008

Rua Luiz Feitosa Rodrigues s/n, Esq. Com a Duque de Caxias, Nossa Senhora de Fátima

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes.

Eu, \_\_\_\_\_ Declaro que fui convidado a participar da pesquisa intitulada “Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária”, e tenho a informação de que:

- a) Tenho garantia de ter resposta a qualquer pergunta referente aos procedimentos da pesquisa;
- b) Os riscos que poderão acontecer são o constrangimento ou desconforto em ser observado(a) durante a consulta de pré-natal e tenho o direito de desistir em qualquer momento. Como benefícios, minha experiência contribuirá para a reorganização de serviços de pré-natal.
- c) Tenho a autonomia e a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa, o que imediatamente informarei à responsável e tal decisão não acarretará prejuízos à minha pessoa;
- d) Estarei colaborando voluntariamente na melhoria do serviço de saúde ofertado às gestantes, pois estou contribuindo com minha experiência e vivência, por meio da autorização em ser observado(a) nos atendimentos realizados às gestantes, com tempo estimado de 20 minutos para cada consulta;
- e) Afirmando que realizo assistência pré-natal por meio de consultas às gestantes;
- f) A coleta de dados será em formulário próprio da pesquisadora e será arquivado pelo período de 5 anos;
- g) Será mantida em sigilo qualquer informação que possa me identificar, principalmente meu nome e endereço e desse modo serão mantidos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa.
- h) O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação Osvaldo Cruz (CEP/FIOCRUZ), e qualquer dúvida a respeito da aprovação do projeto poderei esclarecer através do telefone do CEP/FIOCRUZ (61) 3329-4607/3329-4638;
- j) Os resultados do estudo serão agrupados e apresentados aos participantes da pesquisa e divulgados nos meios científicos (relatório de iniciação científica, dissertação de mestrado, jornais, revistas, congressos, simpósios, etc);
- k) Sei que minha participação é voluntária, ou seja, não receberei nenhum benefício financeiro;
- l) O termo é assinado em duas vias sendo uma minha e outra do pesquisador.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que concordo em participar voluntariamente desse estudo.

Corumbá, MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

### APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestantes.

Eu, \_\_\_\_\_ Declaro que fui convidada a participar da pesquisa intitulada “Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária”, e fui igualmente informada que:

- a) Tenho garantia de ter resposta a qualquer pergunta referente aos procedimentos da pesquisa;
- b) Os riscos que poderão acontecer são o constrangimento ou desconforto em falar alguma queixa na frente da pesquisadora e tenho o direito de desistir em qualquer momento. Como benefícios, minha experiência contribuirá para a melhoria na assistência para as gestantes;
- c) Tenho a autonomia e a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa, o que imediatamente informarei à pesquisadora e tal decisão não acarretará prejuízos à minha pessoa;
- d) Estarei colaborando voluntariamente na melhoria do serviço de saúde ofertado às gestantes, pois permiti que minha consulta de pré-natal seja observada, com tempo estimado de 20 minutos;
- e) Afirmo que não tenho impedimento legal, físico e/ou mental para autorizar a observação de minha consulta de pré-natal;
- f) não terei que preencher nenhum questionário ou conceder entrevista;
- g) Será mantida em sigilo qualquer informação que possa me identificar, principalmente meu nome e endereço e desse modo serão mantidos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa.
- h) O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação Osvaldo Cruz (CEP/FIOCRUZ), e qualquer dúvida a respeito da aprovação do projeto poderei esclarecer através do telefone do CEP/FIOCRUZ (61) 3329-4607/3329-4638;
- j) Os resultados do estudo serão agrupados e apresentados aos participantes da pesquisa e divulgados nos meios científicos (relatório de iniciação científica, dissertação de mestrado, jornais, revistas, congressos, simpósios, etc.);
- k) Sei que minha participação é voluntária, ou seja, não receberei nenhum benefício financeiro;
- l) O termo é assinado em duas vias sendo uma minha e outra da pesquisadora.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que concordo em participar voluntariamente desse estudo.

Corumbá, MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis de gestantes menores de 18 anos.**

Eu, \_\_\_\_\_ Declaro que fui informado(a) da pesquisa intitulada “Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária”, e, na qualidade de responsável pela gestante \_\_\_\_\_, estou ciente de que:

- a) Tenho garantia de ter resposta a qualquer pergunta referente aos procedimentos da pesquisa;
- b) Os riscos que poderão acontecer são o constrangimento ou desconforto em ser observado(a) durante a consulta de pré-natal e tenho o direito de desistir em qualquer momento.
- c) Tenho a autonomia e a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa, o que imediatamente informarei à responsável e tal decisão não acarretará prejuízos à minha pessoa;
- d) Os resultados da pesquisa poderão contribuir com as melhorias na assistência pré-natal;
- e) não será realizado nenhum procedimento ou perguntas à gestante;
- f) A coleta de dados será em formulário próprio da pesquisadora e será arquivado pelo período de 5 anos;
- g) Será mantida em sigilo qualquer informação que possa me identificar, principalmente meu nome e endereço e desse modo serão mantidos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa.
- h) O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação Osvaldo Cruz (CEP/FIOCRUZ), e qualquer dúvida a respeito da aprovação do projeto poderei esclarecer através do telefone do CEP/FIOCRUZ (61) 3329-4607/3329-4638;
- j) Os resultados do estudo serão agrupados e apresentados aos participantes da pesquisa e divulgados nos meios científicos (relatório de iniciação científica, dissertação de mestrado, jornais, revistas, congressos, simpósios, etc.);
- k) Sei que minha participação é voluntária, ou seja, não receberei nenhum benefício financeiro;
- l) O termo é assinado em duas vias sendo uma minha e outra do pesquisador.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que concordo em participar voluntariamente desse estudo.

Corumbá, MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE E – Termo de Assentimento.**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: “Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária”. Seus pais ou seu representante legal permitiram que você participe.

Queremos saber quais os procedimentos são realizados na consulta pré-natal. Sua consulta será feita pelo profissional do posto de saúde e não será interrompida, apenas observarei sua consulta, caso você autorize.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone: (67) 998700766 da pesquisadora Ruth Andrea.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as pessoas que participaram da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode perguntar a pesquisadora Ruth Andrea. Eu escrevi o telefone na parte de cima desse texto.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa, e entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso.

Corumbá, MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE F – Caracterização e informações dos participantes.**

Participante número: \_\_\_\_\_

Formação: Enfermeira/o ( ) Médica/o ( ) Outra, qual? \_\_\_\_\_

Sexo: masculino ( ) feminino ( )

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ano em que se formou: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo (em anos) trabalha com assistência pré-natal? \_\_\_\_\_

Com relação aos seus conhecimentos a respeito da classificação de risco no pré-natal:

( ) aprendi os procedimentos e estudei minha formação, ano: \_\_\_\_\_

( ) participei de treinamentos/cursos oferecidos pelo serviço, ano: \_\_\_\_\_

( ) fiz treinamentos/cursos custeados por mim, ano: \_\_\_\_\_

( ) não participei de treinamentos, aprendi aqui no serviço.

Sente alguma dúvida em estimar o risco gestacional?

Sim ( ) não ( )

No caso de gestante classificada com alto risco, quais os procedimentos são realizados?

Quem coordena o pré-natal de alto risco?

A gestante de alto risco realiza algum procedimento nesta unidade de saúde?

Não ( ) sim ( ), qual? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE G - Roteiro de observação primeira consulta.****Nº de consultas de pré-natal:****Forma de registro no prontuário: ( ) manual ( ) eletrônico**

ANAMNESE	
<p><b>- Identificação e dados socioeconômicos</b></p> <p>( ) Idade</p> <p>( ) Ocupação</p> <p>( ) Estado civil</p> <p>( ) Escolaridade</p> <p>( ) Renda familiar</p> <p>( ) condições de moradia</p> <p>( ) condições de saneamento</p> <p><b>- Antecedentes obstétricos</b></p> <p>( ) N° de gestações</p> <p>( ) N° de partos</p> <p>( ) N° de abortos</p> <p>( ) Idade da primeira gestação</p> <p>( ) Intervalo entre as gestações</p> <p>( ) Fator RH</p> <p>( ) N° filhos vivos</p> <p>( ) RN de baixo peso, pré-termo ou pós termo</p> <p>( ) Mortes neonatais</p> <p>( ) Natimortos</p> <p>( ) Intercorrências em gestação passada</p> <p>( ) História de aleitamento anterior</p> <p><b>- Antecedentes pessoais gerais</b></p> <p>( ) HAS crônica</p> <p>( ) DM</p> <p>( ) cardiopatias</p> <p>( ) DRC</p> <p>( ) Anemias/ déficit de nutrientes</p> <p>( ) Desvios nutricionais</p> <p>( ) Epilepsia</p> <p>( ) Neoplasias</p>	<p>( ) Doenças infecciosas</p> <p>( ) HIV</p> <p>( ) Doenças neurológicas</p> <p>( ) Vírus</p> <p>( ) Doenças endócrinas</p> <p>( ) ITU</p> <p>( ) Cirurgias</p> <p>( ) Transfusões sanguíneas</p> <p>( ) Alergias</p> <p>( ) Uso de medicamentos</p> <p>( ) Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo</p> <p>( ) Último exame preventivo</p> <p><b>- Antecedentes familiares</b></p> <p>( ) HAS</p> <p>( ) DM</p> <p>( ) malformações</p> <p>( ) Gemelaridade</p> <p>( ) câncer de mama ou colo uterino</p> <p>( ) Tuberculose</p> <p>( ) Hanseníase</p> <p>( ) Doença de chagas</p> <p>( ) Parceiro com HIV</p> <p><b>- Gestação atual</b></p> <p>( ) DUM</p> <p>( ) Peso e altura</p> <p>( ) Sintomas</p> <p>( ) Hábitos alimentares</p> <p>( ) Internações</p> <p>( ) Medicamentos</p> <p>( ) Hábitos</p> <p>( ) Gravidez planejada</p> <p>( ) Cálculo da IG</p>
EXAME FÍSICO	
<p><b>- Exame físico geral</b></p> <p>( ) <b>Sinais Vitais</b></p> <p>( ) <b>Auscul ta cardiopulmonar</b></p> <p>( ) <b>Exame do abdome m</b></p> <p>( ) <b>Exame dos membros inferiores</b></p> <p>( ) <b>Peso e altura</b></p> <p>( ) <b>IMC</b></p>	<p><b>- Exame físico específico</b></p> <p>( ) Palpação obstétrica</p> <p>( ) Auscul ta dos BCF</p> <p>( ) Movimentos fetais</p> <p>( ) Exame clínico das mamas</p> <p>( ) Exame ginecológico</p> <p>( ) TESS</p>

**APÊNDICE H – Roteiro de observação consultas subsequentes.**

**Nº de consultas de pré-natal:**

**Forma de registro no prontuário: ( ) manual ( ) eletrônico**

**Revisou os dados da Anamnese? Não ( ) Sim, quais?**

ANAMNESE	
<p><b>- Identificação e dados socioeconômicos</b></p> <p>( ) Idade ( ) Ocupação ( ) Estado civil ( ) Escolaridade ( ) Renda familiar ( ) condições de moradia ( ) condições de saneamento</p> <p><b>- Antecedentes obstétricos</b></p> <p>( ) N° de gestações ( ) N° de partos ( ) N° de abortos ( ) Idade da primeira gestação ( ) Intervalo entre as gestações ( ) Fator RH ( ) N° filhos vivos ( ) RN de baixo peso, pré-termo ou pós termo ( ) Mortes neonatais ( ) Natimortos ( ) Intercorrências em gestação passada ( ) História de aleitamento anterior</p> <p><b>- Antecedentes pessoais gerais</b></p> <p>( ) HAS crônica ( ) DM ( ) cardiopatias ( ) DRC ( ) Anemias/ déficit de nutrientes ( ) Desvios nutricionais ( ) Epilepsia ( ) Neoplasias</p>	<p>( ) Doenças infecciosas ( ) HIV ( ) Doenças neurológicas ( ) Víruses ( ) Doenças endócrinas ( ) ITU ( ) Cirurgias ( ) Transfusões sanguíneas ( ) Alergias ( ) Uso de medicamentos ( ) Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo ( ) Último exame preventivo</p> <p><b>- Antecedentes familiares</b></p> <p>( ) HAS ( ) DM ( ) malformações ( ) Gemelaridade ( ) câncer de mama ou colo uterino ( ) Tuberculose ( ) Hanseníase ( ) Doença de chagas ( ) Parceiro com HIV</p> <p><b>- Gestação atual</b></p> <p>( ) DUM ( ) Peso e altura ( ) Sintomas ( ) Hábitos alimentares ( ) Internações ( ) Medicamentos ( ) Hábitos ( ) Gravidez planejada ( ) Cálculo da IG</p>
EXAME FÍSICO	
<p><b>- Exame físico geral</b></p> <p>( ) <b>Sinais Vitais</b> ( ) <b>Ausculta cardiopulmonar</b> ( ) <b>Exame do abdome</b> ( ) <b>Exame dos membros inferiores</b> ( ) <b>Peso e altura</b></p>	<p><b>- Exame físico específico</b></p> <p>( ) Palpação obstétrica ( ) Ausculta dos BCF ( ) Movimentos fetais ( ) Exame clínico das mamas ( ) Exame ginecológico</p>

<input type="checkbox"/> IMC	<input type="checkbox"/> TESS
<b>Histórico - Consultas Subsequentes</b>	
<b>- Anamnese direcionada</b> <input type="checkbox"/> Sintomas <input type="checkbox"/> Sinais de intercorrência	<b>- Exame Específico</b> <input type="checkbox"/> Sinais Vitais <input type="checkbox"/> Avaliação de membros inferiores <input type="checkbox"/> Palpação obstétrica <input type="checkbox"/> Ausculta dos BCF <input type="checkbox"/> Movimentos fetais <input type="checkbox"/> Peso e altura <input type="checkbox"/> Exame ginecológico e mamas <input type="checkbox"/> TESS

**ANEXO A - Carta de Anuência para pesquisa.**



**PREFEITURA DE  
Corumbá**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilmo Sr.  
Dr Rogério dos Santos Leite  
Secretário Municipal de Saúde de Corumbá

Projeto de pesquisa: "Análise da avaliação do risco gestacional em pré-natal realizado na atenção primária no município de Corumbá, MS"

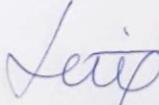
Pesquisadora: Ruth Andrea Dotta Miranda  
Orientador: Professor Dr Sebastião Júnior Henrique Duarte

A presente **CARTA DE ANUÊNCIA** visa atender diligência demandada pelo Comitê de Ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Fundação Oswaldo Cruz (Fio-cruz), que analisa o mencionado projeto de pesquisa, com o objetivo de "analisar como é avaliado o risco gestacional em gestantes, com pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde", no município de Corumbá-MS.

De acordo com a **CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**, já emitida anteriormente, bem como assinada por Vossa Senhoria, nela informou-se que serão convidados a participar voluntariamente os profissionais que realizam a consulta pré-natal, quais sejam, enfermeiros e médicos atuantes em todas as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde de Corumbá-MS, localizadas na zona urbana: ESF São Bartolomeu; ESF Ênio Cunha I; ESF Ênio Cunha II; ESF Popular Velha; ESF Walter Victório; ESF Fernando Moutinho I; ESF Breno de Medeiros I; ESF Breno de Medeiros II; ESF Jardim dos Estados; ESF Nova Corumbá; ESF Kadweus I / Lucia M<sup>a</sup>; ESF/Kadweus II / Lucia M<sup>a</sup>; ESF Beira Rio; ESF Gastão De Oliveira I; ESF Gastão de Oliveira II; ESF Luís Fragelli; ESF Dr João Fernandes – Aeroporto I; ESF Dr Ranulfo Jesus de Vasconcelos – Aeroporto II; ESF Pedro Paulo I; ESF Pedro Paulo II; ESF Humberto Pereira.

Informa-se que toda a infraestrutura para a condução adequada do projeto já está disponível. No que se refere ao armazenamento e controle dos dados resultantes no estudo, fica este, sob a responsabilidade do pesquisador.

Assim, a assinatura de Vossa Senhoria expressa a **ANUÊNCIA** para a realização da pesquisa, conforme detalhamento no projeto de pesquisa em anexo.

 Corumbá, 10 de Fevereiro de 2020.

Dr Rogério dos Santos Leite  
**Secretário Municipal de Saúde de Corumbá**

ROGÉRIO DOS SANTOS LEITE  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA Nº 5 DE 01.01.17

Rua Gabriel Vandoni de Barros, 01 •  
Fone: (67) 3322.2000  
Email: [ouvidoriageral@corumba.ms.gov.br](mailto:ouvidoriageral@corumba.ms.gov.br)

**ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Pesquisa – CEP.**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL NO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CORUMBÁ MS

**Pesquisador:** RUTH ANDREA DOTTA MIRANDA

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 24957719.7.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.978.357

**Apresentação do Projeto:**

Estudo abordagem descritiva/quantitativa e exploratório. Os participantes da pesquisa serão médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família e estima-se o total de 52 profissionais a serem abordados. Os dados serão coletados em formulário contendo um check-list com as variáveis propostas pelo Ministério da Saúde para avaliação do risco gestacional.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar como é avaliado o risco gestacional em gestantes, com pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde.

**Objetivos Secundários:**

- Caracterizar quem são os profissionais que assistem pré-natal na Atenção Primária à Saúde em Corumbá;
- Descrever quais os processos realizados em consulta pré-natal;
- Identificar como é o manejo de gestantes de alto risco na rede de atenção à saúde de Corumbá-MS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.978.357

Serão mínimos, podendo estar relacionado ao constrangimento em ser observado durante a consulta pré-natal. Todos os participantes terão direito de declinar da participação em qualquer fase da pesquisa, bastando informar à pesquisadora.

#### Benefícios

Os benefícios do estudo relacionam-se a possibilidade de os resultados subsidiarem a construção de protocolos assistenciais, direcionar a educação continuada e permanente de profissionais pre-natalista, bem como oportunizar um diagnóstico situacional referente a assistência às gestantes com risco gestacional.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com uma abordagem descritiva/quantitativa e exploratório. Os participantes da pesquisa serão médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família e estima-se o total de 52 profissionais. Serão excluídos do estudo aqueles que não realizam pré-natal e os não localizados após três tentativas para a coleta de dados. Os dados serão coletados em formulário contendo um check list com as variáveis propostas pelo Ministério da Saúde para avaliação do risco gestacional,

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresentou de maneira adequada todos os Termos de apresentação obrigatória (Projeto básico, folha de rosto, TCLE, cronograma e orçamento). Além disso, também apresentou carta de anuência para acesso ao campo (Atenção primária da Secretaria de Saúde da Corumbá).

#### Recomendações:

Ajustar apenas o cronograma do projeto básico presente na plataforma Brasil com o apresentado no projeto que foi encaminhado no dia 30.03.20.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br