



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LEYLA GERLANE DE OLIVEIRA ADRIANO**

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL PARA O  
CUIDADO PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO**

**Teresina  
2022**

LEYLA GERLANE DE OLIVEIRA ADRIANO

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL PARA O  
CUIDADO PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge

**Teresina  
2022**

**Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**  
**Serviço de Processamento Técnico**

A243d

Adriano, Leyla Gerlane de Oliveira.

Desenvolvimento de protocolo interprofissional para o cuidado pré-natal especializado / Leyla Gerlane de Oliveira Adriano. -- 2022.

114 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

“Orientadora: Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge.”

Bibliografia

1. Gravidez de alto risco. 2. Cuidado pré-natal. 3. Relações interprofissionais. I. Jorge, Herla Maria Furtado. II. Título.

CDD 618.2

LEYLA GERLANE DE OLIVEIRA ADRIANO

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL PARA O  
CUIDADO PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 12/12/2022

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Dra. Herla Maria Furtado Jorge (UFPI)  
(Presidente-Orientador)

Prof. Dra. Marilene Loewen Wall (UFPR)  
(Primeiro examinador)

Prof. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães (UFPI)  
(Segundo examinador)

Prof. Dra. Ana Roberta Vilarouca Silva (UFPI)  
(Examinador suplente)

Dedico este trabalho à minha família, meu alicerce, em especial minha mãe por ter me incentivado à trilhar este caminho e ser uma inspiração na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, doutora Herla Maria Furtado Jorge, pela sua confiança, gentileza, paciência, disponibilidade e suas valiosas orientações que tornaram sem sombra de dúvida minha trajetória mais leve. Além disso, passou a ser uma fonte de inspiração profissional na vida acadêmica.

Ao GEPSM- Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher, por me proporcionar aprendizado científico e estímulo à pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, as professoras doutoras Rosilane Magalhães, Marilene Wall e Ana Roberta por suas contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF da Universidade Federal do Piauí, por me proporcionar tamanho crescimento, em especial, aos docentes que fizeram parte desta trajetória ao longo dos dois anos, docentes a qual eu sempre tive admiração e apreço desta casa.

Por fim, aos meus colegas da turma que mesmo não nos conhecendo pessoalmente, compartilhamos muitas trocas, vivências, nos ajudamos remotamente e dividimos muitas incertezas, mas também as alegrias.

## RESUMO

ADRIANO, Leyla Gerlane de Oliveira. **Desenvolvimento de protocolo interprofissional para o cuidado pré-natal especializado.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2022.

**Introdução:** O cuidado pré-natal consiste em um cuidado singularizado por meio do manejo adequado de fatores de riscos e monitoramento clínico até o final da gestação. Além disso, contribui para a prevenção de doenças, redução de riscos, promoção da saúde e diminuição de mortes materna e infantil. Entende-se que a equipe de saúde precisa estar articulada, integrada e preparada para identificar os possíveis fatores de riscos, sejam eles clínico, socioeconômico ou emocional. **Objetivos:** Desenvolver um protocolo interprofissional para o cuidado pré-natal especializado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa pautada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), realizada em um Centro de Atenção Especializado Materno Infantil- CAEMI. A coleta de dados ocorreu no período de março a novembro de 2022. Constituiu-se população da pesquisa os profissionais integrantes da equipe multiprofissional do referido serviço. A coleta de dados se deu por meio de Observação Participante e oficinas temáticas utilizando o processo denominado Quatro Erres, norteadas com o uso de um roteiro. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática de Bardin e uso do Software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), para auxiliar na codificação e análise dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 5.303.026, CAAE:54377221.0.0000.5214. Para a revisão integrativa de literatura a busca dos artigos ocorreu nos meses de janeiro a fevereiro de 2022, mediante a busca nas bases de dados LILACS, BDNF, SCOPUS, CINAHL, WEB OF SCIENCE e MEDLINE, totalizando em 19 artigos. **Resultados:** Evidenciou-se na revisão integrativa uma assistência fragmentada, sem a participação de forma compartilhada da equipe multiprofissional; os resultados mostram uma assistência centralizada no profissional médico em alguns serviços. Identificou-se por meio das oficinas a fragilidade da assistência como a ausência da sistematização do cuidado por meio de protocolo e fragilidades inerentes a gestão como estrutura física, falta de recursos, insumos e falta de articulação entre os serviços da rede. **Conclusão:** A assistência a nível ambulatorial especializado tem se mostrado ainda incipiente no que diz respeito a atuação da equipe multiprofissional no planejamento de cuidados. Identificou-se a necessidade de utilização de protocolos assistenciais, direcionados para a rotina de trabalho, de modo a ampliar os olhares e diálogos no planejamento do cuidado. Evidenciou-se que as oficinas temáticas se configuraram como uma estratégia metodológica, a fim de provocar mudanças e, por meio dos saberes e das experiências dos profissionais, fosse possível a construção compartilhada do protocolo. Os profissionais reconhecem a necessidade de protocolos adaptados à realidade de modo a flexibilizar as práticas do cuidado centralizando o cuidado da gestante.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco; Cuidado pré-natal; Relações interprofissionais.

## ABSTRACT

ADRIANO, Leyla Gerlane de Oliveira. Development of an interprofessional protocol for specialized prenatal care. Dissertation (Master in Nursing) - Federal University of Piauí, Teresina-PI, 2022.

**Introduction:** Prenatal care contributes to disease prevention, risk reduction, health promotion, and reduction of maternal and infant deaths. It consists of a singularized care through the appropriate management of risk factors and clinical monitoring until the end of pregnancy. It is understood that the health team needs to be articulated and prepared to identify possible risk factors, whether they are clinical, socioeconomic, or emotional, that is, in its totality. **Objectives:** To develop an interprofessional protocol for specialized prenatal care. **Method:** This is a qualitative research based on the methodological framework of the Convergent Care Research (CSR), conducted in a Center for Specialized Maternal and Child Care - CAEMI. Data collection took place from March to November 2022. The population of the research consisted of professionals who are part of the multiprofessional team of this service. Data were collected through participant observation and thematic workshops using the Four Mistakes process, guided by a script. For data analysis, we used Bardin's thematic content analysis technique, and the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), to help in the coding and analysis of the data. The study was approved by the Research Ethics Committee under opinion no. 5.303.026, CAAE:54377221.0.0000.5214. For the integrative literature review the search for articles occurred from January to February 2022 by searching the LILACS, BDNF, SCOPUS, CINAHL, WEB OF SCIENCE and MEDLINE databases, totaling 19 articles. **Results:** the integrative review evidenced a fragmented care, without the participation of the multiprofessional team; the results also show a centralized care in the medical professional in some services. It was identified through the workshops the fragility of assistance as the absence of systematization of care through protocol, and other weaknesses inherent in the management as the physical structure, lack of resources, inputs, and lack of coordination between network services. **Conclusion:** it was concluded that the assistance at the specialized outpatient level has been shown to be still incipient regarding the performance of the multiprofessional team in care planning. We identified the need for the use of care protocols, directed to the work routine in order to broaden the perspectives and dialogues in care planning. It was identified that the thematic workshops were configured as a great methodological strategy in order to provoke changes, and through the knowledge and experiences of the professionals, it was possible to build a shared protocol. Professionals recognize the need for protocols adapted to reality in order to make care practices more flexible so as to centralize care for pregnant women.

**Keywords:** High-risk pregnancy; Prenatal care; Interprofessional relationships.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 Objetivo geral.....	16
1.1.2 Objetivos específicos.....	16
<b>2 REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	16
2.1 Políticas Públicas e a Estruturação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.....	16
2.2 Cuidado Interprofissional no Pré-Natal de Alto Risco.....	19
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	23
3.1 Desenho de Estudo.....	23
3.2 Referencial Metodológico-Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).....	24
3.2.1 Primeira fase da PCA- Concepção.....	25
3.2.2 Segunda fase da PCA- Instrumentação.....	26
3.2.2.1 Espaço Físico da Pesquisa.....	26
3.2.2.2 Participantes da Pesquisa.....	27
3.2.2.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	27
3.2.2.4 Negociação da Proposta.....	31
3.2.3 Terceira fase da PCA- Perscrutação.....	32
3.2.4 Quarta fase da PCA- Análise.....	32
3.3 Aspectos éticos.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>4.1 ARTIGO I-</b> Atuação da Equipe Multiprofissional no Pré-Natal Ambulatorial Especializado.....	35
<b>4.2 ARTIGO II</b> - Protocolo Interprofissional de atenção ao pré-natal Ambulatorial Especializado.....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
<b>APÊNDICE 1-</b> TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE.....	85
<b>APÊNDICE 2-</b> CHECKLIST PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	87
<b>APÊNDICE 3-</b> QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS-PROFISSIONAIS.....	90
<b>APÊNDICE 4- PRODUTO DA DISSERTAÇÃO:</b> Protocolo Interprofissional de atenção ao pré-natal do Centro de Atenção Especializada Materno Infantil.....	92

<b>ANEXO 1-</b> CARTA DE ANUÊNCIA.....	111
<b>ANEXO 2-</b> PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	112
<b>ANEXO 3-</b> COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO I.....	113

## **APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA**

A trajetória para escolha e definição desta temática surgiu a partir da minha experiência vivenciada como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Timon-MA, durante as consultas de pré-natal com as gestantes de alto risco. Nesse período atuava em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) considerada de risco, com elevada procura de gestantes em situação de menor condição socioeconômica e maior fator de risco, situação na qual necessitava de uma atenção maior com essas gestantes e contato com mais frequência.

Nesse município as gestantes estratificadas de alto risco eram encaminhadas para a Atenção Ambulatorial Especializada e esse serviço é oferecido pelo Centro de Atenção Especializada Materno Infantil (CAEMI), serviço de referência para o acompanhamento da gestante de alto risco. Após o encaminhamento para o CAEMI, as gestantes continuavam sendo acompanhadas concomitantemente na UBS pela equipe da qual eu tinha atuação. Ao chegar do CAEMI, muitas gestantes relatavam espontaneamente suas impressões acerca do serviço e os aspectos positivos e negativos dos mesmos.

Após muitos relatos, percebi de forma empírica que muitas delas, a preferência em continuar com a realização de suas consultas na UBS. O que contribui para a motivação para a realização desse estudo no sentido de avaliar o serviço de pré-natal de alto risco, considerando a inexistência de avaliação com base em métodos científicos

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENF/UFPI), já com meu objeto de estudo definido, resolvi prosseguir na linha de pesquisa de avaliação de serviços. Porém, não foi possível, por motivos de saúde da orientadora desta linha de pesquisa. Com isso, passei a ser orientada pela Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge, a qual desenvolve pesquisas na linha de saúde materno-infantil. A partir daí, aliada à linha de pesquisa da orientadora com a minha motivação em estudar o serviço de pré-natal de alto risco, surgiu a necessidade de desenvolver um protocolo, a fim de sistematizar o cuidado deste serviço.

Para isso, foi necessária uma investigação prévia no serviço, com intuito de conhecer os documentos que norteiam a prática. A assistência pré-natal de alto risco no nível da Atenção Ambulatorial Especializada, constitui fator importante para a saúde materna infantil, visto que muitas patologias e agravos podem ser evitadas durante o pré-natal. Além disso, o pré-natal de alto risco deve oferecer apoio e suporte necessários para atender as necessidades das gestantes,

orientar quanto as alterações e agravos e promover o cuidado em saúde, especialmente no contexto do pré-natal de alto risco.

É importante destacar que o produto desta dissertação tem o apoio e a colaboração dos profissionais que atuam no CAEMI, onde eles estiveram envolvidos por meios dos encontros das oficinas temáticas, os quais emergiram discussões e reflexões necessárias para este fim.

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal de alto risco consiste em um cuidado singularizado por meio do manejo adequado de fatores de riscos e monitoramento clínico até o final da gestação. Também contribui para a prevenção de doenças, redução de riscos, promoção da saúde e diminuição de mortes materna e infantil. Dentre as principais patologias e complicações que mais acometem com as gestantes destacam-se as Síndromes Hipertensivas, Diabetes Mellitus, Infecções do Trato Urinário (ITU), Síndromes Hemorrágicas, Anemia, Ameaças de aborto; Descolamento da Placenta e Toxoplasmose (FERREIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018).

Dessa forma, constitui como grande desafio a melhoria das condições de saúde reprodutiva para evitar complicações, tendo em vista que os fatores de riscos atingem principalmente as mulheres com difícil acesso aos serviços de saúde (GARCIA *et al.*, 2019).

A morbimortalidade materna, fetal e infantil está diretamente relacionada ao surgimento de morbidades durante a gestação e consiste na violação aos direitos reprodutivos da mulher, uma vez que a maioria das causas de mortes maternas e complicações podem ser evitadas durante o pré-natal de qualidade (BRASIL, 2019).

A redução da mortalidade materna, é considerada uma das principais metas do desenvolvimento do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta era reduzir até 2015 a Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 35,8 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Atualmente, a meta é reduzir, até 2030, a RMM para 30 óbitos, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No Brasil, os indicadores de mortalidade materna sempre se mantiveram em patamares elevados, e o país ainda está progredindo em relação as melhorias na saúde materna (BRASIL, 2020; CAMACHO *et al.*, 2020; NUNES *et al.*, 2017).

No Brasil, em 2019, a RMM foi de 57,9 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos; e em 2020 de 74,7; o que este último representa um aumento acentuado e preocupante para a RMM e ainda bem distante das metas firmadas com a ONU (BRASIL, 2022).

O aumento da RMM ocorreu em todos as regiões, com destaque para Norte e Nordeste no qual a RMM, em 2020, foi acima de 100 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos nos estados do Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Maranhão e Piauí. Esse aumento importante no Brasil em 2020, está associado a covid-19, onde o país sofrera uma onda de mortes maternas alcançando índices máximos nos meses de maio a agosto, com pico maior da onda em maio.

No que se refere as regiões, em especial a região norte esteve associada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para o pré-natal de risco habitual e alto risco, favorecendo para os desfechos desfavoráveis às gestantes, puérperas e recém-nascidos (BRASIL, 2022; BRASIL 2021).

A morte materna ainda é considerada uma realidade complexa enfrentada pelos gestores. O que se pode observar nessa parcela de gestantes de alto risco são fatores relacionados com a demora na assistência, seja pela demora na detecção precoce dos profissionais das complicações ou a falta de intervenções apropriadas, ou até mesmo no próprio sistema de saúde na falta de articulação entre os pontos de atenção da rede (BRASIL, 2020; CAMACHO *et al.*, 2020; LEAL *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2021).

A ONU e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm desenvolvido esforços a nível mundial, a fim de reduzir os indicadores definindo-os como metas globais. Nas duas últimas décadas, o Brasil apresentou significativa redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, porém não conseguiu atingir as metas desejáveis, demonstrando uma estagnação na situação (NUNES *et al.*, 2017; WHO, 2004).

O Brasil tem desenvolvido políticas públicas e programas de saúde em prol de melhorias ao cuidado pré-natal. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e recomendou, dentre outras ações, práticas de assistência pré-natal ao parto e puerpério (BRASIL, 2000; MARIO *et al.*, 2019).

No ano 2000, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que objetivou desenvolver estratégias para promover a humanização para melhoria da qualidade da atenção com impacto na redução da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país (BRASIL, 2000; MARIO *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2017). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi implantada em 2004 pelo MS, com o objetivo de promover melhorias das condições de vida e saúde das mulheres, com enfoque nos direitos sexuais, reprodutivos e atenção obstétrica (BRASIL, 2011).

Em 2011, o MS instituiu, através da Portaria 1.459 de 24/06/2011, a Rede Cegonha em busca da melhoria da assistência materno infantil objetivando a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil e redução da morbimortalidade materna infantil. Apesar dos avanços no modelo de atenção, os desafios ainda são visíveis necessitando buscar esforços para melhorar a assistência. Dentre as iniciativas que precisam ser estimuladas, inclui a qualificação da

assistência e a disseminação do conhecimento (BRASIL, 2011; BITTENCOURT *et al.*, 2021; NUNES *et al.*, 2017).

Posteriormente, em 2013, com o intuito de contemplar todos os níveis de complexidade, surgiu a Política de Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco, definindo os pontos de atenção e competências correspondentes. Ela garante que a atenção ao pré-natal de alto risco deverá ser realizada de acordo com a singularidade de cada usuária; esta, encaminhada pela atenção básica, garantindo o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado de alto risco (BRASIL, 2013; BRASIL 2019).

A assistência pré-natal de alto risco possibilita intervir de forma ágil no curso de uma gestação que tenha maior chance de obter um resultado desfavorável e diminuir os riscos que a gestante e o feto estarão expostos. Sendo assim, entende-se que a equipe de saúde precisa estar articulada e preparada para identificar os possíveis fatores de riscos, sejam eles, clínico, socioeconômico ou emocional, ou seja, na sua total integralidade (BRASIL, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

Dessa forma, ressalta-se a importância do acompanhamento da gestante de alto risco por uma equipe multiprofissional, composta por médico obstetra, enfermeiro obstetra, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo. Assim, o manejo clínico especializado para a gestante de alto risco, vai muito além de uma avaliação clínica realizada pelo médico, ela precisa ser aprofundada nos seus aspectos orgânico, nutricional, psíquico, sociofamiliar e funcional (WINNIKOW, 2016; BRASIL, 2019).

Diante da crescente complexidade de problemas e fatores que interferem na saúde das gestantes e da fragmentação da atenção à saúde prestada, cada vez mais tem-se requerido um cuidado na perspectiva da interprofissionalidade. Essa perspectiva visa a realização do cuidado de forma coletiva entre diferentes categorias profissionais resultando em uma atenção de acordo com as necessidades centradas na gestante (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; ESCALDA; PEREIRA, 2018).

Estudos apontam que mesmo com o avanço na atenção pré-natal de alto risco em todo o país ao longo dos dez anos, ainda existem fragilidades e dificuldades que afetam a qualidade da assistência pré-natal. Parte das fragilidades identificadas consiste na falta de profissionais para compor a equipe multiprofissional, posto que muitas gestantes são acompanhadas apenas pelo enfermeiro, médico e médico ultrassonografista. Outra fragilidade consiste na estrutura física e na dificuldade de realização de exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo

com as limitações evidenciadas, o cuidado realizado pelos profissionais vai de encontro com o exposto nas políticas vigentes à gestante (MEDEIROS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019; WINNIKOW, 2016).

Os profissionais de saúde que atuam na área de atenção à saúde devem aprimorar o seu conhecimento para fortalecimento do planejamento estratégico na saúde, possibilitando mudanças transformadoras, tomada de decisões e aplicação do planejamento como instrumento de processo de trabalho (TELES *et al.*, 2020). É importante destacar que avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, do processo de trabalho, resultados, as fragilidades de acesso, à satisfação dos usuários, configura-se em uma ferramenta imprescindível no planejamento do sistema. (BRASIL, 2015).

Os protocolos são elaborados a partir do conhecimento científico atual e com base em evidências científicas por profissionais da área com expertise. Nesse sentido, os protocolos consistem em instrumentos úteis no dia-a-dia dos serviços de saúde e que, muitas vezes, são demandados por gestores e profissionais de saúde, a partir da realidade do serviço. Porém, é importante destacar que o uso de protocolos nos serviços de saúde nem sempre é algo simples de executar na prática, pois pode apresentar limitações como restrição de condutas em diferentes situações, conflitos assim como condução às mudanças no processo de trabalho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Frente ao exposto, considera-se que o uso de protocolo nos serviços se configura como instrumento de processo de trabalho, no qual abrangem as rotinas de cuidados, condutas e ações de gestão, assim como fluxos administrativos e processos de avaliação (FENILI; CORREA; BARBOSA, 2017).

Desta forma, este estudo justifica-se pelo interesse em contribuir com a qualidade do cuidado prestado para as gestantes de alto risco, uma vez que a literatura aponta desafios e fragilidades enfrentadas na assistência. Essa pesquisa visa conhecer as fragilidades e potencialidades que permeiam a assistência e, assim, construir e avaliar com a equipe multiprofissional um protocolo para sistematizar o cuidado interprofissional. Além disso, os resultados da presente pesquisa poderão subsidiar estudos posteriores sobre o cuidado prestado ao pré-natal de alto risco, assim como incentivar as práticas de educação permanente no serviço.

Diante do exposto o estudo tem como questão norteadora: *quais as ações da equipe multiprofissional são necessárias para compor um protocolo de cuidado interprofissional para as gestantes que realizam o pré-natal na atenção ambulatorial especializada?*

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 GERAL**

- Desenvolver um protocolo interprofissional para o cuidado pré-natal especializado.

### **1.1.2 ESPECÍFICOS**

- Analisar as evidências científicas acerca do cuidado multiprofissional no pré-natal ambulatorial especializado;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes;
- Conhecer a prática dos profissionais que realizam o pré-natal ambulatorial especializado;
- Identificar junto à equipe as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos profissionais;
- Construir o protocolo por meio de consenso dos participantes.

## **2 REFERENCIAL TEMÁTICO**

Para contextualizar historicamente o tema, este referencial foi construído com base na pesquisa e leitura aprofundadas de manuais do MS, notas técnicas, artigos científicos, livros, resoluções, portarias e legislação específica sobre a temática para embasamento teórico.

### **2.1 Políticas Públicas e estruturação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil**

Frente a importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou Leis e Portarias, a fim de reforçar a saúde feminina, abordando a saúde da mulher de forma integral, assim como a saúde materno-infantil. Em 1984, nasce o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), considerado marco histórico para a saúde da mulher brasileira. O programa incluía ações educativas como preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação. Englobava ainda a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento reprodutivo, DST, câncer do colo do útero e de mama e outras necessidades (BRASIL, 2011).

Passados mais de 30 anos, o PAISM não foi efetivamente implementado, pois enfrentou muitos problemas inerentes ao sistema público de saúde. Para muitas mulheres, comunidade acadêmica e categoria médica, o PAISM não passou de um disfarce por parte do governo para controle de natalidade. Entretanto, mesmo com todas as dificuldades, o programa conseguiu

romper com a concepção de que as mulheres eram somente “parideiras”, passando para uma concepção além da atenção pré-natal, parto e puerpério (RODRIGUES, 2015).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tinha como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O programa tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e recém-nascido, promovendo a ampliação de acesso a estas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

Com a implantação do PHPN, a saúde da mulher passa a ter um olhar diferente em relação à qualidade do atendimento, tendo a humanização como princípio norteador da assistência. A mulher passou a saber qual maternidade de referência em que será atendida, direito de um acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato e assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura (CASSIANO *et al*, 2014).

Após uma década de implantação do PHPN, o programa mostrou que não teve sua abrangência de forma esperada. O que se esperava era que as propostas estabelecidas pelo programa fossem modificar as situações materna e infantil no Brasil. Porém, observou-se o aumento no número de consultas de pré-natal, pouca resolutividade, assistência deficiente, limitada e pouco humanizada, uma vez que a humanização do atendimento ficou restrita aos grandes centros urbanos (CASSIANO *et al*, 2014).

Em 2004, o MS implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir dos dados epidemiológicos da situação de saúde da mulher no Brasil. A PNAISM teve como base o PAISM e parceria com vários setores da sociedade, em especial o movimento feminista. A política propôs consolidar os avanços quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, melhorias na atenção obstétrica, planejamento familiar na atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica (BRASIL, 2004).

O que está posto reflete o compromisso com as ações de promoção da saúde contribuindo para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzindo a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004). Mesmo após uma década da implantação da PNAISM, a sua efetividade ainda se configura como um grande desafio, principalmente onde há dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para as desigualdades sociais, econômicas e de saúde (SANTANA *et al*, 2019).

Em 2011, com o objetivo de qualificar as redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil, o Ministério da Saúde implantou a Rede Cegonha, a fim de assegurar melhorias no acesso, cobertura e qualidade da atenção pré-natal, assistência ao parto e puerpério e assistência à

criança (BRASIL, 2011). Na Rede Cegonha ficam estabelecidos três objetivos: a implementação do novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança (de zero a vinte e quatro meses); organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil (SILVA *et al.*, 2021).

Outra política que foi lançada pelo Ministério da Saúde foi a Portaria n. 1.020/2013, direcionada para a Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Esta compreende um conjunto de ações e serviços que abrange a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e a puérpera de risco. Na organização da Atenção à Saúde na gestação de alto risco, os pontos de atenção devem estar definidos e suas competências correspondentes, contemplando todos os níveis de complexidade, considerando a necessidade da abordagem integral às gestantes relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas (BRASIL, 2013).

A estruturação da rede de saúde refere-se à disponibilidade de serviços de pré-natal, tanto baixo como de alto risco; planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das urgências e emergências obstétricas e partos, leitos de UTI neonatal e adultos, berçários e casas de apoio às gestantes e puérperas. Também inclui o atendimento humanizado por meio de sensibilização e atualização profissional das equipes. Esses serviços de saúde podem estar organizados num mesmo município, assim como em uma região de saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2019).

Dessa forma, as centrais de regulação devem ser implantadas de modo a permitir uma melhor distribuição e atendimento eficiente, eficaz e efetivo de toda a demanda. Entretanto, as centrais de regulação só conseguem realizar essa distribuição e gerenciamento do fluxo adequado, se houver mapeamento da rede e se estiverem pactuados com os gestores locais. Nesse sentido, é necessário definir as responsabilidades de cada unidade de saúde de acordo com sua devida estratificação de risco (BRASIL, 2012a).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve garantir uma estrutura operacional composta por pontos de atenção, serviços de apoio e logística, equipe multiprofissional, fluxos e contrafluxos em tempo oportuno, processos de vigilância e cuidado, sistema de governança capaz de monitorar, avaliar e aprimorar a resposta oferecida à população (BRASIL, 2019). Quanto à atenção ao pré-natal de alto risco, deverá ser realizada com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado e referenciada para o serviço de alto risco. Uma vez essa gestante encaminhada para o serviço ambulatorial especializado de alto risco, a gestante manterá vínculo com a equipe de atenção básica e a mesma sendo informada acerca

da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante. Dessa forma, as gestantes estratificadas como de alto risco precisam ser acompanhadas simultaneamente pela equipe da atenção básica e serviço de referência (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, identificam-se avanços e melhorias quanto as ofertas das políticas públicas de atenção à Saúde Materno-Infantil e melhorias nos indicadores de saúde, porém ainda há muito que percorrer e avançar.

## **2.2 Cuidado Interprofissional no Pré-Natal de Alto Risco**

O cuidado é um construto que pode ser compreendido por meio das relações humanas e experiências cotidianas e que ganha cada vez mais relevância no mundo contemporâneo, uma vez que se fala de cuidado não só na área da saúde, mas em diversas áreas como a ética, ecologia, sociologia, feminismo, antropologia e outras áreas, porém cada uma com abordagens específicas. O conceito de cuidado nos últimos anos vem revelando afinidade com aspectos éticos e rompendo a ideia de “materializar” as pessoas e suas relações, resgatando a reconstrução de valores, solidariedade social e a busca pela integralidade do cuidado (AYRES, 2017).

Segundo Contatore, Malfitano e Barros (2017), o sentido do cuidado passou a ter mais notoriedade com as ações profissionais na atenção à saúde. Para Carnut (2017), quando um profissional decide atuar na área da saúde, ele pensa em algum momento que ele precisará dedicar a um “outro”, sem ter prévio conhecimento qualquer de quem sejam ele. Sendo assim, o altruísmo configura-se como atributo necessário para a prática profissional e de vida.

No que tange ao cuidado a gestante de alto risco, deve oferecer uma assistência singularizada para cada gestante, considerando todos os possíveis aspectos que envolvem essa gestante como os socioeconômicos, obstétricos, fatores de riscos, estilos de vida e aspectos nutricionais (CABRAL *et al*, 2018). O manejo da condição crônica no pré-natal de alto risco deve ser realizado por uma equipe multiprofissional que possibilite o apoio e manejo adequados nas várias situações clínicas, funcionais e sociofamiliares apresentadas pelas gestantes (BRASIL, 2019).

A equipe multiprofissional compreende o trabalho em equipe composta por vários profissionais de categorias diferentes, estando em um mesmo espaço ou não. Muitos profissionais de saúde e gestores acreditam que pelo simples fato desses profissionais trabalharem em conjunto com outros, atuam de forma colaborativa na equipe multiprofissional.

Porém, a equipe multiprofissional não necessariamente estabelece uma interação próxima entre os seus membros, mesmo dividindo o mesmo espaço (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; OMS, 2010).

Na realidade, existe uma vasta abordagem no campo da saúde acerca de termos que caracterizam o trabalho em equipe como: multiprofissional, interprofissional, interdisciplinar, transdisciplinar, multidisciplinar e prática colaborativa. De uma maneira geral, esses termos têm relações e algumas semelhanças entre si, porém, aspectos como nível de interação entre os membros, compartilhamentos de objetivos em comum e integração de ações são o que diferenciam estes termos (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PEDUZZI, AGRELI, 2018).

No contexto atual da saúde, já se discute muito a necessidade de avançar na abordagem das equipes multiprofissionais para as equipes interprofissionais. A perspectiva entre essas abordagens é distinta, uma vez que a primeira tem limitações e nenhuma interação; a segunda compartilha do mesmo objetivo em comum, buscando o cuidado integral de forma a atender as necessidades de saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; FARIAS *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2020).

As equipes interprofissionais fazem parte de uma perspectiva que tem como pressupostos: a superação da fragmentação do trabalho e individualização biomédica; a busca da integralidade do trabalho coletivo em saúde e a qualificação dos profissionais que visam efetivar a integralidade do cuidado. Configura-se em uma forma de trabalho coletivo em que a relação é recíproca, visto que requer a articulação das ações de diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência (PEDUZZI *et al.*, 2020).

O trabalho na equipe interprofissional é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimento e papéis de cada profissão, conhecer o perfil da população adscrita, definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe e realizar o planejamento das ações e do cuidado (PEDUZZI, 2018).

Com base na literatura internacional, o trabalho interprofissional pode ser compreendido por meio das suas modalidades existentes, são elas: trabalho em equipe, trabalho em rede, colaboração e prática colaborativa (CIHC, 2010; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

O trabalho em equipe considera a menor modalidade para produção do cuidado, é caracterizado pela interdependência das ações e valores, integração, clareza dos papéis e

compartilhamento dos objetivos (PEDUZZI *et al.*, 2020; PEDUZZI; AGRELI, 2018). Para o trabalho em equipe, a Integralidade é conceito-chave, uma vez que se configura como estratégia primordial para a integração das especialidades, a fim de alcançar uma assistência com o cuidado Integral do paciente (PEDUZZI *et al.*, 2016).

No trabalho em rede, os profissionais não necessariamente interagem de forma pessoal, muitas vezes de forma não síncrona. Além disso, é a modalidade de maior flexibilidade e menos interdependência das ações entre os membros da rede. Dessa forma, os profissionais buscam por soluções na equipe, nos serviços, nos setores e com os próprios usuários (PEDUZZI *et al.*, 2020; PEDUZZI; AGRELI, 2018). A colaboração interprofissional é definida como a modalidade de trabalho flexível, com menos compartilhamento, interdependência das ações e clareza de papéis (PEDUZZI *et al.*, 2020; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Na prática colaborativa, os profissionais trabalham juntos em função da qualidade da atenção centrada no paciente (ACP) como elemento chave para a prática colaborativa interprofissional. Dessa forma, a prática colaborativa é uma das principais estratégias para melhorar o acesso à saúde e a qualidade da atenção. Essa abordagem entende a importância da participação dos usuários, família e comunidade como forma de reconhecimento da autonomia dos mesmos, singularidades dos sujeitos e do protagonismo envolvido na produção do cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2020; PEDUZZI; AGRELI, 2018, PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Nesse sentido, para efetivar a prática interprofissional colaborativa em saúde, foram estabelecidos seis domínios de competência que destacam conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. O primeiro domínio firmado é a comunicação interprofissional, considerado atributo essencial e colocado em posição de destaque sobre os outros domínios da prática interprofissional. A comunicação contribui para a eficácia das relações de trabalho em equipe, bem como forma um canal aberto e afetivo entre as equipes de saúde (CIHC, 2010; GIRUNDI *et al.*, 2021).

O segundo domínio: Atenção centrada no paciente, família e comunidade a equipe integra e valoriza a contribuição do usuário no cuidado. A clareza de papéis, terceiro domínio, os membros da equipe compreendem o seu papel e dos outros reconhecendo e respeitando as diversidades. O funcionamento da equipe, quarto domínio, os profissionais compreendem os princípios da dinâmica de trabalho e seus processos. A liderança colaborativa, quinto domínio, é definido como a tomada de decisões compartilhadas, assim como suas responsabilidades. A resolução de conflitos, sexto e último domínio, os membros da equipe desconstruem a

hierarquização das profissões, abordam os conflitos de forma construtiva buscando por soluções inovadoras, à medida que os desacordos surgem (CIHC, 2010; GIRUNDI *et al.*, 2021).

O trabalho interprofissional está relacionado com as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população, com o aumento de doenças crônicas e intercorrências que acometem as pessoas, exigindo profissionais habilitados para abordar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde do usuário/população. Dessa forma, o trabalho em equipe interprofissional surge da necessidade de garantir articulação e comunicação entre os sujeitos e as ações de saúde, assegurando o cuidado em saúde (PEDUZZI *et al.*, 2017).

É importante salientar que a redução da morbimortalidade materna e perinatal está relacionada à assistência pré-natal de qualidade e ao nível de complexidade necessários. A assistência ao pré-natal de alto risco deve ser resolutiva, contar com uma equipe preparada e permitir que a gestante possa ocupar o seu papel como protagonista no processo de cuidado, estabelecendo vínculo com os profissionais para obtenção de resultados satisfatórios (BRASIL, 2012a).

Segundo a Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Ambulatorial Especializada (2019), a equipe mínima para o manejo da gestante de alto risco deverá conter: médico obstetra, enfermeiro ou obstetriz, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista. A equipe especializada tem como competência geral dispor de uma assistência para as gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada profissional (BRASIL, 2019).

O médico obstetra tem como competência realizar o acompanhamento das gestantes e puérperas, atualizar a estratificação de risco gestacional, solicitar e avaliar exames, realizar o manejo das comorbidades diagnosticadas durante a gestação, prescrever medicamentos e intervir em situações de urgência/emergência, caso ocorram durante o atendimento. O Enfermeiro realiza a consulta de enfermagem de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e realiza o gerenciamento do cuidado às gestantes em consonância com as diretrizes clínicas adotadas. Dentre as suas atribuições, compete ainda atualizar a estratificação de risco gestacional, realizar exame de cardiotocografia basal e realizar intervenções necessárias dentro de suas competências técnicas (BRASIL, 2019).

Durante a gestação de alto risco é importante considerar que o componente emocional muitas vezes é esquecido. A gravidez já representa um desafio para as condições maternas,

tanto do ponto de vista emocional, como o processo adaptativo às mudanças. Na gestação de alto risco, esses desafios são maiores começando pelo rótulo que se lhes dá “de alto risco”, caracterizando uma gravidez diferente das demais. Sendo assim, o profissional Psicólogo tem extrema importância também nesse processo de adaptação e emocional (BRASIL, 2012a).

A assistência psicológica individual para as gestantes e puérperas possibilita a promoção do autocuidado e fatores de riscos sociofamiliares. O Assistente Social identifica os fatores determinantes sociais da saúde dos usuários, facilitando as possibilidades de intervenção e ao acesso aos serviços, programas, benefícios e projetos que as usuárias têm direito. Outro profissional de grande importância na equipe é o Nutricionista, responsável por elaborar um plano alimentar individualizado considerando o período da gestação ou puerpério e as comorbidades diagnosticadas, bem como o incentivo ao aleitamento materno. O Fisioterapeuta tem como competência realizar atendimento fisioterapêutico considerando as comorbidades presentes, idade e queixas da usuária e, assim, elaborar projetos terapêuticos para serem desenvolvidos nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2019).

Sendo assim, o trabalho em equipe interprofissional constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, considerando as necessidades de saúde, assim como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede. A equipe define de forma compartilhada os objetivos, o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para as usuárias em situações de saúde com maior complexidade (PEDUZZI *et al*, 2020; PEDUZZI, AGRELI, 2018).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa pautada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A pesquisa Qualitativa está incluída no campo das ciências sociais. Ela visa responder questões particulares e trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, atitudes e se preocupa com a realidade social. Esses fenômenos são entendidos como parte da realidade social, uma vez que o ser

humano se distingue não só por agir, mas pela forma de pensar sobre o que se faz e interpreta suas ações dentro e a partir da realidade vivida (MINAYO, 2016).

A PCA refere-se a uma metodologia que se diferencia dos demais tipos de pesquisa, por ser específica ao buscar o desenvolvimento de conhecimento teórico-prática para minimizar os problemas diagnosticados, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial, inserindo o pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM, 2014).

### **3.2 Referencial Metodológico-Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)**

A Pesquisa Convergente Assistencial é uma abordagem de pesquisa que foi construída em 1999, por enfermeiras brasileiras, Doutoradas Mercedes Trentini e Lygia Paim, ambas reconhecidas por sua dedicação no campo da ciência e educação em enfermagem. Desde o seu lançamento, o método tem estimulado centros de pesquisas, serviços de saúde e pesquisadores em geral, por se tratar de uma proposta inovadora para a qualidade do processo de cuidado ao promover mudanças na prática assistencial. O método tem superado as expectativas das autoras por serem usados como referencial metodológico de muitos pesquisadores de enfermagem em estudos como teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e pesquisas isoladas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA foi desenvolvida com o intuito de unificar as concepções teóricas e prática assistencial, tornando-se em um instrumento de referência para pesquisas em inovações na prática assistencial cotidiana de enfermagem (TRENTINI; PAIM; SILVA; PERES, 2021). Na PCA, a convergência é um conceito primordial, pois ela alia o processo de prática assistencial e da pesquisa científica em um mesmo espaço físico, estando em contínua ação dialógica, de modo a produzir ações entre o trabalho do pesquisador e o trabalho de profissionais da assistência. “Esta abordagem metodológica está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa” (PAIM; TRENTINI, 2014, p.21).

A pesquisa convergente assistencial é implementada em quatro fases: de concepção, de instrumentação, de perscrutação e de análise. Na fase de concepção, surge o problema de pesquisa; a fase de instrumentação constitui-se na elaboração dos procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa. Na fase de perscrutação são desenvolvidas habilidades e

estratégias para a investigação com rigor e refinamento dos dados; e a fase de análise, momento de análise e interpretação dos dados (TRENTINI, 2014).

Apresenta-se a seguir, na sequência, a trajetória percorrida com base nas quatro fases da PCA.

### **3.2.1 Primeira Fase da PCA- Concepção**

A fase da concepção consiste na definição do problema de pesquisa, objetivos, justificativa do tema, suporte teórico e metodológico que o pesquisador necessitará ancorar suas ações assistenciais, desfechos metodológicos como o espaço físico, participantes e instrumentos de coleta de dados (TRENTINI, 2014).

O início do percurso metodológico deu-se início com o interesse da temática pela pesquisadora, em decorrência da sua experiência vivenciada na Estratégia Saúde da Família (ESF), durante a realização das consultas de pré-natal com as gestantes de alto risco. Ao responder os planos de cuidados, as gestantes relatavam suas experiências com o serviço, que incluíam desde aspectos positivos, negativos até seus anseios.

Aliada a essa experiência na ESF, a aproximação também aconteceu pelo contato constante com o cenário de estudo, por meio dos treinamentos e pela comunicação indireta com a enfermeira do apoio, a fim de tratar sobre o plano de cuidados da gestante ou até mesmo realizar busca ativa em decorrência do absenteísmo.

A partir do interesse pela temática e definição do cenário de estudo, a pesquisadora realizou uma visita informal, a fim de conhecer o campo com mais exatidão, as possibilidades de estudo e investigar possíveis problemáticas vivenciadas no serviço. É importante destacar que a proposta do trabalho aconteceu antes mesmo da pesquisadora ingressar no Programa de Mestrado.

Dessa forma, a partir da aproximação com a temática e o campo de pesquisa, deu-se origem ao problema de pesquisa: Quais as evidências científicas acerca do cuidado multiprofissional para as gestantes que realizam o pré-natal a nível ambulatorial especializado?

Em seguida, iniciou-se pela busca e pesquisa na literatura sobre o tema mediante a busca de artigos científicos, resoluções, notas técnicas, livros, manuais do MS, portarias e legislações específicas (ARTIGO 1).

Para Trentini (2014), esta fase é construída com muita reflexão, envolvendo revisões de literatura e decisões em que o pesquisador precisa conhecer e buscar referencial metodológico para guiar suas ações durante o processo investigativo. Para isso, é preciso realizar uma busca profunda na literatura, bem como apoio teórico que sustente a prática assistencial em harmonia com a PCA.

### **3.2.2 Segunda Fase da PCA- Instrumentação**

Esta fase é delineada detalhadamente com os procedimentos metodológicos, como o espaço da pesquisa, os participantes, os instrumentos e as técnicas de coleta de dados. A seguir, são apresentados todos os procedimentos metodológicos com detalhes (TRENTINI, 2014).

#### *3.2.2.1 Espaço físico da pesquisa*

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Especializado Materno-Infantil - CAEMI, unidade de referência à atenção pré-natal de alto risco no âmbito da atenção secundária, localizada no município de Timon-MA. No centro são ofertados cuidados, consultas e exames para gestantes de alto risco que necessitam de acompanhamento especializado, compartilhado com a atenção primária à saúde (APS). O acesso ao CAEMI é ordenado pelas equipes da APS, a partir da estratificação de risco do usuário e identificação daquele com risco, público-alvo da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

O ambulatório funciona de Segunda à Sexta, das 07:00 às 12:00hs e conta com uma equipe multiprofissional, a qual inclui: Médico Obstetra (2), Enfermeiro Obstetra (1), Enfermeiro de Apoio (1), Fisioterapeuta (1), Nutricionista (1), Assistente Social (1) e Psicólogo (1). O centro atende cerca de 12 gestantes por dia, resultando em uma média de 216 gestantes ao mês.

O CAEMI foi estabelecido como unidade de análise, em virtude de ser o único ambulatório especializado de referência do município de Timon para gestantes de Alto Risco e nunca ter sido objeto de estudo que, conseqüentemente, possa subsidiar o planejamento e organização da assistência e torná-la mais efetiva.

Sobre o espaço físico da pesquisa, Trentini (2014, p.34) afirma que:

A PCA pode ser conduzida em qualquer serviço de atuação da enfermagem, como: hospitais; unidades básicas de saúde; secretarias de estado da saúde; centros de saúde; associações comunitárias; grupos comunitários; residências familiares; instituições industriais, escolares, comerciais, acadêmicas, governamentais; ou seja, em qualquer cenário onde cabe assistência à saúde da população em âmbito preventivo, curativo, restaurativo e promocional.

### 3.2.2.2 *Participantes da pesquisa*

Para Trentini (2014), os participantes da PCA devem ser os profissionais que atuam e/ou os usuários que recebem o cuidado no espaço físico de pesquisa. Nesse sentido, os participantes desta pesquisa foram os profissionais que compõem a equipe multiprofissional no centro: Médico Obstetra, Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro de Apoio, Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo e Enfermeira do Núcleo de Educação permanente (NEP).

Para a inclusão dos profissionais considerou-se os seguintes critérios: fazer parte da equipe multiprofissional e ter pelo menos seis meses de atuação no centro. Optou-se pela delimitação de seis meses de atuação, em virtude de considerar que menos de seis meses no serviço pode não ser o suficiente para que o profissional tenha se adaptado a rotina do serviço, podendo, dessa forma, interferir nos resultados. Portanto, todos os profissionais foram incluídos no estudo.

Adotou-se como critério de exclusão aqueles que estavam afastados por motivos de licença maternidade, licença-saúde ou outro motivo de afastamento superior ao período de coleta de dados, sendo excluída uma profissional na etapa do grupo de convergência (oficina 2) por ter entrado de licença sem vencimento.

### 3.2.2.3 *Instrumentos e técnicas de coleta de dados*

A coleta de dados foi realizada em duas etapas distintas, tais como: observação participante e oficinas temáticas. Inicialmente foi adotada a técnica de coleta de dados do tipo observação participante, considerada parte essencial em uma pesquisa de campo qualitativa. A observação participante é definida como o processo em que o pesquisador se coloca na posição de observador e fica em relação direta com seus interlocutores no espaço físico da pesquisa social, com a finalidade de coletar dados e compreender a realidade (MINAYO, 2016).

Em estudos de PCA, a observação sustenta o critério de imersibilidade, que significa o envolvimento do pesquisador na prática assistencial, a fim de provocar mudanças e ou inovações (TRENTINI, 2014). O instrumento da observação participante adotado foi um roteiro em forma de checklist (APÊNDICE 2), construído com base no documento da Carteira de serviços para a Organização do Ambulatório de Atenção Especializada (2019) e o diário de campo, destinado para anotações informais realizadas durante o processo de observação, estas, utilizadas na análise qualitativa (MINAYO, 2016).

Dessa forma, o roteiro compõe aspectos da estrutura física e equipamentos da sala de espera e recepção, Atendimento Inicial do Enfermeiro, Ponto de Apoio, Consultório Padrão para Atendimentos Individuais, Fisioterapia, Sala de Ultrassom, e Sala de Cardiotocografia. No roteiro também consta aspectos em geral como: abertura do serviço no horário certo, chegada pontual dos profissionais, acolhimento das usuárias ao chegar no centro, se o serviço dispõe de sala para reuniões e atividades internas, tempo de espera, duração em média dos atendimentos, permanência das gestantes no serviço, e ordem de atendimento.

Para contemplar as informações de estrutura física e equipamentos, que constam no roteiro, foram necessários dois dias de observação, tendo em vista que no primeiro dia, a pesquisadora não teve acesso a todas as salas, por algumas estarem ocupadas e outras fechadas. Observou-se nessa etapa, que o serviço dispõe de salas individuais para os profissionais, mobiliários adequados, disponibilidade de cadeira de rodas, sanitários, equipamentos de áudio e vídeo, acessibilidade do serviço, bebedouro, e quantidade de longarinas compatíveis com o número de gestantes. Porém, observou que a recepção é um espaço pequeno e incompatível para circulação do número de gestantes e profissionais que estão envolvidos no circuito, tornando o espaço apertado.

Para o diário de campo, utilizou-se uma caderneta para registrar as anotações diárias de todas as observações, impressões e acontecimentos do serviço que se fizessem necessários para integrar o corpus da análise dos resultados. Dessa forma, o diário de campo permitiu registrar desde fatos como por exemplo, a falta de copos descartáveis no serviço, como o atraso de alguns profissionais.

Na segunda e última etapa da coleta de dados realizou-se grupos de convergência com os profissionais, por meio de oficinas temáticas planejadas em momentos diferentes. Os grupos de convergência têm a finalidade de desenvolver a pesquisa simultânea com a prática assistencial em educação para a saúde ou a prática clínica. Esse tipo de grupo tem sido muito utilizado como técnica de coleta de dados na PCA com grupos formados por usuários e por profissionais (TRENTINI, 2014).

As oficinas têm como objetivo proporcionar um espaço entre os profissionais, o diálogo participativo, a reflexão e análise sobre a sistematização do cuidado interprofissional no pré-natal de alto risco, com base na realidade do serviço e as experiências dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Para realização das oficinas temáticas foi adotado o

processo denominado Quatro Erres (4Rs), seguindo as suas fases de reconhecimento, revelação, repartir e repensar, conforme apresentado no Quadro 1.

**QUADRO 1 - PROCESSO “QUATRO ERRES (Rs)”**

<b>Processo Quatro Erres (Rs)</b>		
<b>Fase 1</b>	Reconhecimento	Fase que inicia com o primeiro encontro, a fim de aproximar as relações intragrupo e conhecer as finalidades dos encontros.
<b>Fase 2</b>	Revelação	Nesta fase, os participantes revelam suas experiências em comum relacionado com o assunto em discussão.
<b>Fase 3</b>	Repartir	Repartir as experiências entre os participantes, de modo a estabelecer tomada de decisões referentes ao propósito do encontro.
<b>Fase 4</b>	Repensar	Nesta fase, os participantes irão refletir sobre as implicações do problema em questão aplicando a situações reais.

FONTE: Adaptado de Trentini, Paim e Silva (2014, p. 44).

Foram realizadas quatro oficinas, no turno manhã, no horário de trabalho dos profissionais e realizada nas dependências do CAEMI. As oficinas foram realizadas pela pesquisadora e gravadas com auxílio de um gravador, com autorização dos profissionais por meio do TCLE (APÊNDICE 1) e posteriormente, registradas em diário de campo.

Para nortear o desenvolvimento das oficinas temáticas foi utilizado um roteiro previamente construído (QUADRO 2) pela pesquisadora. Os temas das oficinas emergiram da leitura e estudo dos materiais utilizados na literatura, principalmente com os documentos que norteiam a prática do CAEMI, as notas técnicas (ARTIGO 1; BRASIL, 2019; MATOS; PRISCIPLA; RUBIA, 2019).

**QUADRO 2- ROTEIRO DAS OFICINAS TEMÁTICAS**

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>
<b>RECONHECIMENTO</b>	<b>Oficina 1: Conhecendo a sistematização do serviço</b>	
	Objetivo: Apresentar o Projeto de Pesquisa aos profissionais participantes e incentivar adesão ao estudo	
	Planejamento	Ação

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Acolhimento e apresentação dos profissionais.</li> <li>2.Apresentação da Proposta do Projeto de Pesquisa e objetivo da oficina.</li> <li>3.Reflexão sobre a temática proposta;</li> <li>4.Convite e estimulação aos profissionais para a participação na pesquisa.</li> <li>5.Aplicar o TCLE.</li> <li>6.Aplicar questionário (APÊNDICE 3) aos participantes da pesquisa</li> <li>7.Mensagem de Agradecimento e Coffee Breack. Encerramento da oficina</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Acolher os profissionais, entregar o kit de participação da oficina e iniciar apresentação individual; (10 minutos)</li> <li>2.Apresentação por meio de PowerPoint. (15 minutos)</li> <li>3.Direcionar a reflexão com o seguinte questionamento: “Quais as práticas que você realiza na assistência pré-natal de alto risco?” (20 minutos)</li> <li>4.Elucidar a importância do estudo para o serviço; (10 minutos)</li> <li>5.Explicitar sobre os aspectos éticos do estudo; (5 minutos)</li> <li>6.Aplicar questionário individual aos participantes; (15 minutos)</li> <li>7.Recolher questionários; (5 minutos)</li> </ol>
	<b>Tempo total estimado da oficina 1= 80 min.</b>	
<b>REVELAÇÃO</b>	<b>Oficina 2: Sistematização do Cuidado interprofissional no pré-natal de alto risco</b>	
	Objetivo: Promover discussão entre os profissionais a partir do protocolo apresentado para sistematizar o cuidado interprofissional	
	Planejamento	Ação
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento.</li> <li>2.Apresentar o objetivo da oficina.</li> <li>3.Apresentar o protocolo na íntegra.</li> <li>4.Analisar o protocolo estabelecido de acordo com a realidade do serviço.</li> <li>5.Encerramento da oficina</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar as boas-vindas; (5 Minutos)</li> <li>2. Apresentação em PowerPoint; (5 minutos)</li> <li>3. Entregar uma via do protocolo para cada participante; (10 Minutos)</li> <li>4. Diálogo participativo sobre o Protocolo e análise para adaptação; (70 Minutos)</li> <li>5. Mensagem de agradecimento (2 minutos)</li> </ol>
	<b>Tempo total estimado da oficina 2= 92 min.</b>	
<b>REPARTIR</b>	<b>Oficina 3: Intercâmbio de experiências</b>	
	Objetivo: Estabelecer as possibilidades do protocolo com a prática diária do serviço	
	Planejamento	Ação
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento</li> <li>2. Apresentar o objetivo da oficina.</li> <li>3. Promover a discussão através do protocolo a ser utilizado pelos participantes.</li> <li>4. Aplicar ferramenta “Análise Swot”</li> <li>5. Refletir sobre melhorias</li> <li>6.Encerramento da oficina.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolher aos participantes; (5 Minutos)</li> <li>2. Apresentação em PowerPoint; (5 minutos)</li> <li>3. Momento para reflexão; (15 Minutos)</li> <li>4. Confeccionar um mapa para levantar os pontos fortes e fracos do protocolo; (30 Minutos)</li> <li>5. Solicitar aos participantes sugestões de melhorias para adequar o protocolo; (10 minutos)</li> <li>6.Recolher pastas; (5 Minutos)</li> </ol>
	<b>Tempo total estimado da oficina 3= 70 min.</b>	
<b>REPE</b>	<b>Oficina 4: Pactuação do Protocolo do Cuidado Interprofissional.</b>	

Objetivo: Estimular os profissionais a refletirem a exequibilidade do protocolo e validar o mesmo.	
Planejamento	Ação
1.Acolhimento; 2.Apresentar o objetivo da oficina; 3.Reflexão e discussão em relação ao protocolo assistencial e sua aplicação na prática; 4.Promover a validação do protocolo consenso em grupo; 5. Reflexão sobre o produto do estudo: <b>protocolo.</b> 6.Realizar feedback; 7.Encerramento da oficina; 8. Coffee Break	1.Dar as boas-vindas a cada um(a); (5 minutos) 2. Apresentação em PowerPoint; (5 minutos) 3.Promover discussão por meio de debate; (20 Minutos) 4.Estimular a discussão para validação do protocolo por meio de consenso entre os profissionais; (50 Minutos) 5. Direcionar a reflexão com o seguinte questionamento: “Qual a percepção de vocês sobre o protocolo e de que forma ele irá contribuir para a assistência”? (15 minutos) 6.Solicitar aos participantes opinião sobre as oficinas; (15 Minutos) 7.Realizar uma reflexão de agradecimento pela participação nas oficinas; (10 Minutos) 8. Servir Coffee Break de encerramento
<b>Tempo total estimado da oficina 4= 120 min.</b>	

Fonte: autor (2022).

Para caracterizar os participantes e identificar as experiências dos mesmos, foi aplicado um questionário (APÊNDICE 4) no final da primeira oficina, contendo aspectos sociodemográficos, experiência profissional e processo de trabalho. Os encontros foram oportunos pois permitirem serem construídos os aspectos para o protocolo, assim como as melhorias para assistência e realizar a avaliação de conteúdo do protocolo por meio do consenso entre os profissionais, esta, última oficina realizada.

#### 3.2.2.4 *Negociação da proposta*

Nesta etapa, o pesquisador necessita negociar o projeto de mudança/ inovação com os participantes, uma vez que o processo de mudanças em um espaço coletivo de assistência caracteriza-se como trabalho coletivo, não podendo o pesquisador concretizar sozinho. Essa negociação requer tempo, paciência, persistência e, acima de tudo, de uma proposta viável para aquele serviço de saúde (TRENTINI, 2014).

A proposta da pesquisa inicialmente foi apresentada à Secretaria de Saúde do Município e, após a anuência, encaminhada ao gestor responsável pelo CAEMI. Posteriormente foi realizado contato presencial com todos os profissionais que ali atuam, a fim de elucidar o

objetivo e a importância do estudo para os serviços de saúde e negociar a participação por parte da equipe nos grupos de convergência.

### **3.2.3 Terceira fase da PCA- Perscrutação**

Para Trentini (2014), a fase da perscrutação é caracterizada por uma procura minuciosa e aprofundada de condições para mudanças em vários aspectos da investigação sejam físicos, técnicos, tecnológicos, científicos, emocionais, culturais, sociais, dentre outros aspectos. O pesquisador precisa examinar a exequibilidade das possíveis estratégias para as mudanças e/ou inovações na prática assistencial. Essas estratégias são elaboradas em conformidade com as mudanças necessárias e de acordo com o suporte logístico e teórico por todos que participam das mudanças. Esta fase pode acontecer de forma simultânea com as fases da instrumentação e análise, embora seja descrita separadamente.

Esta fase deu início com a observação participante em momentos distintos; em seguida, com as oficinas temáticas com os profissionais. As oficinas foram realizadas em quatro etapas diferentes e guiadas por meio de um roteiro (APÊNDICE 3).

### **3.2.4 Quarta fase da PCA- Análise**

Para a organização e interpretação dos dados qualitativos, foi adotada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, a qual consiste em uma análise de comunicações que irá analisar o que foi dito durante as oficinas ou observado pelo pesquisador. A análise de conteúdo organiza-se em três fases cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2016).

Na primeira fase, pré-análise, de posse dos dados transcritos na íntegra foi realizada a prática de leitura flutuante, escolha de documentos e formulação de hipótese e objetivos. Esta fase possibilita a organização e sistematização das ideias iniciais, de modo a conduzir em um esquema de desenvolvimento e plano de análise. (BARDIN, 2016).

A segunda fase, exploração do material, consiste na fase de análise propriamente dita, em operações de codificação, decomposição ou enumeração de dados (BARDIN, 2016). Por se tratar de uma pesquisa do tipo Convergente Assistencial, a análise e interpretação das informações foi de forma concomitante com a coleta de dados, de modo a permitir que o pesquisador pudesse intervir no contexto das oficinas quando se fizesse necessário. Para auxiliar na codificação e análise dos dados foi utilizado o Software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Os softwares são ferramentas que auxiliam no processamento de dados qualitativos na área da saúde os quais incluem como vantagens o auxílio na separação e organização das informações, além de agilizar no processo de codificação comparado à técnica manual. O IRAMUTEQ trata-se de um software que possibilita vários tipos de análises de dados diferentes, desde análises mais simples até análises multivariadas (CAMARGO; JUSTO, 2018; SOUSA *et al.*, 2018).

O IRAMUTEQ permite cinco análises textuais, dentre elas, a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), a classificação hierárquica descendente (CHD), análise fatorial de correspondência (AFC), análise de similitude e nuvem de palavras, esta, análise mais simples. Essas análises podem ser realizadas tanto em um arquivo único contendo textos de entrevistas e redações, como a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna organizadas em planilhas. Para melhor compreender o processo de análise textual, faz-se necessário delimitar alguns conceitos multivariados (CAMARGO; JUSTO, 2018):

- *Corpus*: Conjunto de textos construído pelo pesquisador que se pretende analisar. Exemplo: conjunto de entrevistas realizadas com a população alvo.
- *Texto*: Unidades de texto que constituem um corpus de análise. Esta definição das unidades de texto é definida pelo pesquisador a depender da natureza da pesquisa. Exemplo: no caso de um conjunto de entrevistas, cada entrevista representa um texto.
- *Segmento de Texto (ST)*: são excertos do texto, geralmente no tamanho de três linhas, definidos pelo software e configurados pelo pesquisador. Exemplo: em um questionário com perguntas abertas, aconselha-se que cada texto seja definido como ST.

Na última fase de tratamento de resultados e interpretação, os resultados brutos são tratados de forma a serem significativos e válidos, permitindo estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais consolidam as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2016).

### **3.3 Aspectos éticos**

Para atender as recomendações éticas para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos seguiram-se os princípios éticos e legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Primeiramente foi enviado ofício para Secretaria Municipal de Saúde do município em questão, juntamente com o projeto de pesquisa, para que o mesmo pudesse ser avaliado pela Comissão de Pesquisa da Secretaria de Saúde Municipal. Após a anuência do município, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sendo aprovado sob o número do Parecer 5.303.026 e CAAE 54377221.0.0000.5214.

Os participantes envolvidos na pesquisa só participaram deste estudo após serem informados dos objetivos, dos riscos e benefícios da pesquisa, assim como os demais aspectos da pesquisa e, após consentirem em participar do estudo, assinaram o termo de Consentimento livre e esclarecido -TCLE (APÊNDICE 1). Para garantir o anonimato dos participantes na pesquisa foi utilizada a estratégia de codificação com a letra “P” seguida de um número, por exemplo, P5.

Os riscos para os participantes do estudo foram mínimos, como: risco de constrangimento, cansaço e/ou aborrecimento ao responder os questionamentos. Os riscos foram amenizados respeitando o profissional, o seu direito de não responder alguma das perguntas ou se recusar a continuar participando do estudo em qualquer momento.

Como benefícios, o estudo possibilitou construir um protocolo de cuidado interprofissional do pré-natal de alto risco, a partir da dinâmica do serviço e das fragilidades e potencialidades identificadas nas oficinas, de modo que possa contribuir para a sistematização do cuidado interprofissional e, assim, melhorar na qualidade dos serviços ofertados para as gestantes de alto risco.

## 4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de dois artigos científicos:

**ARTIGO I** (submetido a revista São Paulo Medical Journal): Atuação da Equipe Multiprofissional no Pré-Natal Ambulatorial Especializado.

**ARTIGO II** :Protocolo Interprofissional de Atenção ao Pré-natal Ambulatorial Especializado).

### 4.1 ARTIGO I

#### ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

Leyla Gerlane de Oliveira Adriano  
Herla Maria Furtado Jorge

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as evidências científicas acerca do cuidado multiprofissional no pré-natal ambulatorial especializado. **Método:** Estudo do tipo revisão integrativa da literatura. A busca dos artigos ocorreu nos meses de janeiro a fevereiro de 2022, mediante o cruzamento dos descritores controlados e não controlados nas bases de dados LILACS, BDENF, SCOPUS, CINAHL e MEDLINE, o que totalizou em 19 artigos. **Resultados:** Evidenciou-se uma assistência fragmentada, sem a participação de forma compartilhada da equipe multiprofissional; com maior assistência a nível intermediário realizado apenas pelo profissional médico em alguns serviços. **Conclusão:** Constatou-se que a assistência a nível ambulatorial especializado tem se mostrado ainda incipiente no que diz respeito a atuação da equipe de forma interprofissional no planejamento de cuidados. Identificou-se a necessidade da construção e implementação de protocolos assistenciais na rotina de trabalho, de modo a oferecer um cuidado integral que permita a participação efetiva dos profissionais com diferentes olhares e diálogos no planejamento do cuidado a gestante de alto risco.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco. Cuidado pré-natal. Relações interprofissionais.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the scientific evidence on multidisciplinary care in specialized outpatient prenatal care. **Method:** integrative literature review study. The search for articles took place from January to February 2022 by crossing controlled and uncontrolled descriptors in LILACS, BDENF, SCOPUS, CINAHL and MEDLINE databases, which totaled 19 articles. **Results:** Fragmented care was evidenced, without the shared participation of the multiprofessional team; with greater assistance at the intermediate level performed only by the medical professional in some services. **Conclusion:** it was observed that specialized outpatient care is still incipient when it comes to the performance of the multiprofessional team in care planning. We identified the need for the construction and implementation of assistance protocols in the work routine in order to offer integral care that allows the effective participation of professionals with different perspectives and dialogues in the planning of care for high-risk pregnant women.

**Keywords:** High-risk pregnancy. Prenatal care. Interprofessional relations.

## INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco é considerada quando existe a probabilidade de desfechos desfavoráveis na presença de fatores de riscos, comprometendo a saúde materna e fetal. Esses desfechos desfavoráveis podem estar relacionados a doenças preexistentes ou intercorrências que surgem no percurso da gestação que muitas vezes são influenciadas por condições sociais, culturais e demográficos (ERRICO *et al*, 2018).

Nesse sentido, a atenção pré-natal se configura como uma janela de oportunidade de modo a identificar de forma precoce os fatores de riscos que possam comprometer a gestação, assim como, oferecer ações preventivas e promotoras de saúde, diagnósticas e curativas evitando complicações ao binômio (BRASIL, 2022; LEAL *et al*, 2019).

Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), mais de 10% das gestantes brasileiras tinham nenhuma consulta até 1995, e esse percentual caiu para 2,2% em 2015, mostrando uma redução significativa. Em 2015, menos da metade das gestantes realizavam seis ou mais consultas, preconizado pelo Ministério da Saúde, o que aumentou esse percentual para 66,5%, evidenciando um aumento da cobertura pré-natal no Brasil (DATASUS, 2021; LEAL *et al*, 2019; MARTINELLI *et al*, 2021).

A assistência pré-natal é considerada importante indicador de qualidade de cuidados maternos e, apesar dos dados mostrarem uma alta cobertura no país, ainda é visível grandes dificuldades na assistência. Com a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) complementado pela Rede Cegonha, a qualidade da assistência pré-natal pode ser compreendida por meio de critérios de acesso, cobertura e qualidade do pré-natal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011; MEDEIROS *et al*, 2019).

Dessa forma, é fundamental garantir um cuidado qualificado, humanizado e hierarquizado de acordo com o risco gestacional, e as necessidades individuais de cada gestante. Para isso, é necessário o envolvimento de profissionais de várias categorias que integrem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que contemple todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2022).

O Ministério da Saúde, por meio da Política de Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco, inclui como princípios e diretrizes, uma atenção multiprofissional e interdisciplinar na atenção ambulatorial especializada. Esse princípio garanti uma abordagem integral às gestantes em conformidade com as necessidades clínicas, socioeconômicas e demográficas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019).

A equipe multiprofissional deverá ser composta por médico obstetra, enfermeiro obstetra, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista, onde cada profissional deverá elaborar um plano de cuidados para cada gestante com orientações a serem observadas pela equipe da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019; FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017). Sendo assim, a gestante de alto risco deverá ser acompanhada pela Atenção Ambulatorial Especializada simultaneamente com a equipe da Atenção Primária à Saúde a partir do compartilhamento do cuidado (BRASIL, 2019).

A produção do cuidado exige uma estreita relação e interação entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, de forma a construir um cuidado integral, levando em consideração as necessidades centradas no usuário (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Porém, vários desafios são identificados na prática multiprofissional, como a fragmentação do cuidado, atuação independente e isolada necessitando de novos arranjos no processo de trabalho (ESCALDA; PEREIRA, 2018).

Salienta-se que a interprofissionalidade se configura como grande potencial a buscar uma abordagem ampliada sustentada com base em ações integrais e saberes dos profissionais, afim de produzir melhores resultados na atenção à saúde do usuário (FARIAS *et al*, 2018;

PEDUZZI *et al.*, 2020). Dessa forma, é necessário mudar a realidade do trabalho fragmentado, multiprofissional; para o trabalho articulado, interprofissional (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Diante dessas considerações, este estudo tem como objetivo de analisar as evidências científicas acerca do cuidado multiprofissional no pré-natal ambulatorial especializado.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida de acordo com as recomendações propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Neste estudo seguiu-se as seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e a síntese do conhecimento. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Para a construção da questão de pesquisa empregou-se a estratégia “População/Problema, Interesse e Contexto” (PICO), sendo que o “P” corresponde a (gestantes), “I” equivale ao (cuidado multiprofissional) e o “Co” ao (pré-natal ambulatorial especializado). Assim, a questão norteadora elaborada baseada no acrônimo foi: Quais são as evidências científicas acerca do cuidado multiprofissional as gestantes que realizam o pré-natal a nível ambulatorial especializado?

Para a seleção dos artigos, utilizou-se cinco bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Base de dados da Enfermagem (BDENF) via Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Online* (MEDLINE) via PUBMED, *Web of Science; Science Direct* (SCOPUS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature* (CINAHL) via Portal de Periódicos da CAPES.

A busca dos artigos ocorreu nos meses de janeiro a fevereiro de 2022 utilizando os descritores controlados e não controlados conforme apresentado no quadro 1. A combinação dos descritores e foi realizada por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”, visando ampliar o quantitativo de estudos. Os descritores foram extraídos do DECS (Descritores em Ciências da Saúde) no Portal BVS e do MESH (Medical Subject Headings) na National Library. Entre os descritores do mesmo acrônimo da estratégia PICO, foi utilizado o “OR” e para a combinação entre acrônimos diferentes, o “AND”.

**Quadro 1.** Pergunta de pesquisa segundo a estratégia População/Problema, Interesse e Contexto- PICO

<b>Acrônimo/ Definição</b>	<b>Proposta do estudo</b>	<b>DC*</b>	<b>DNC*</b>	<b>Tipo</b>
<b>P-População/ Problema</b>	Gestantes	“Gestantes” “Risco” “Gravidez de alto risco”	“Grávidas” “Gestante de risco” “Gestação de alto risco”	DeSC
		“Pregnant Women” “Risk” “Pregnancy, High-Risk”	“Pregnant Woman” “Pregnant woman at risk” “High Risk Pregnancy”	MeSH Títulos CINAHL
<b>I- Interesse</b>	Cuidado multiprofissional	“Cuidado pré-natal” “Relações interprofissionais” “Equipe de Assistência ao Paciente” “Papel Profissional	-	DeSC
		“Prenatal care” “Interprofessional Relations” “Patient Care Team” “Professional Role”	-	MeSH Títulos CINAHL
<b>Co- Contexto</b>	Pré-natal de alto risco	“Atenção secundária à saúde”	“Pré-Natal de alto risco”	DeSC
		“Secondary Care” “Tertiary Healthcare”	“Secondary Care” “Secondary Health Care” “High-risk prenatal care” “High-risk”	MeSH Títulos CINAHL

\*DC- Descritor controlado /\*DNC- Descritor Não Controlado

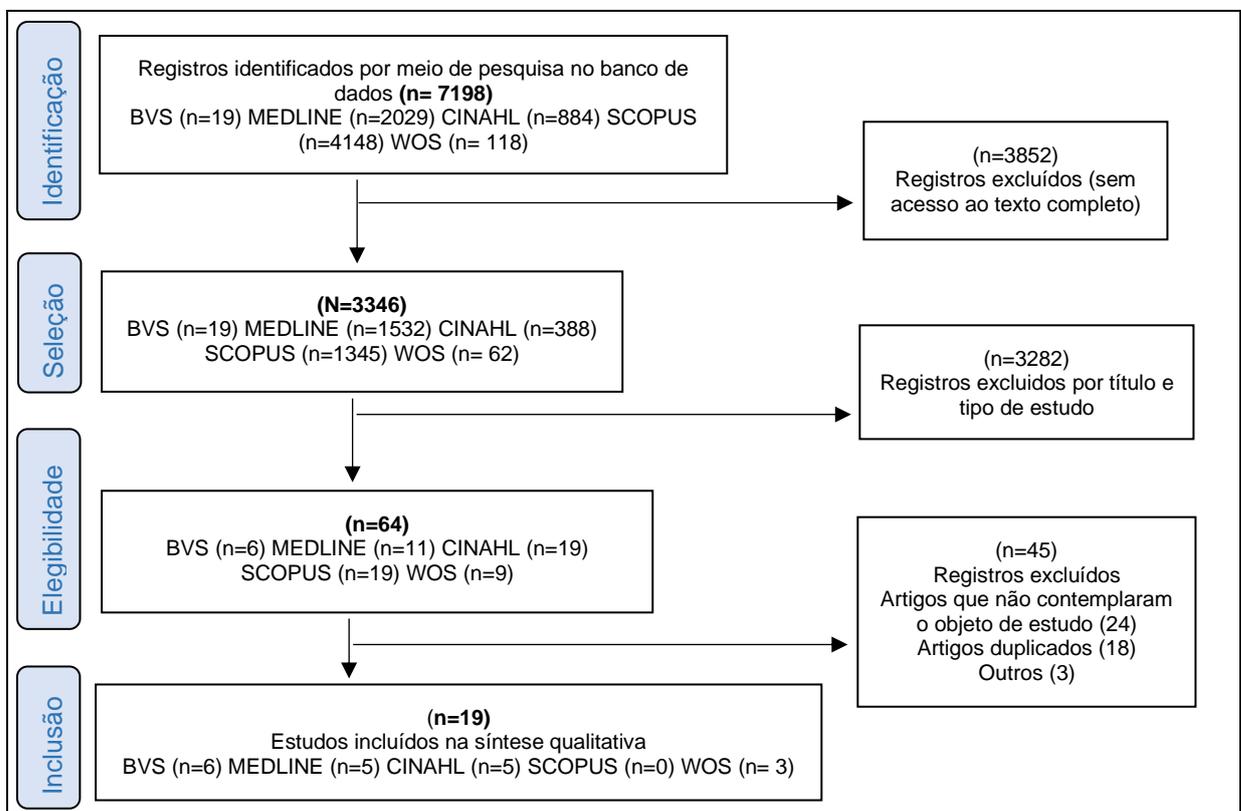
Realizou-se a seleção dos estudos de forma independente por dois revisores seguindo as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-PRISMA (JBI, 2015). Adotou-se como critérios de inclusão os artigos de pesquisas publicados em periódicos internacionais e nacionais, textos completos disponíveis, publicados nos idiomas, inglês, português e espanhol, e que atendessem as necessidades desse estudo. Excluiu-se teses, dissertações, capítulos de livro, e estudos não classificados como artigos. Destaca-se que não houve recorte temporal nas bases de dados com o intuito de identificar o maior quantitativo de publicações sobre o tema investigado.

Assim, obteve-se uma amostra inicial de 7.198 artigos: destes, 19 artigos na BVS, 2029 na Medline/Pubmed, 884 na Cinahl, 118 na *Web of Science*, e 4148 na Scopus. Ao filtrar a

busca por textos completos disponíveis reduziu para 19 artigos na BVS, 1532 na Medline, 388 na Cinahl, 62 na *Web of Science*, e 1345 na Scopus, totalizando em 3346 artigos (figura 1).

Após a seleção dos artigos seguindo os critérios estabelecidos; e a leitura dos títulos, a busca do material resultou em um total de 64 artigos. Em seguida, realizou-se a leitura flutuante dos títulos e resumos, e 45 estudos foram excluídos por não atender o objeto de investigação, está duplicado nas bases e não está disponível na íntegra. Desta forma a amostra final foi composta por 19 artigos. O fluxograma com o detalhamento das etapas da pesquisa está apresentado na figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-PRISMA* (JBI, 2015). Teresina, Piauí, Brasil.



Fonte: Autores

Realizou-se a extração dos dados de acordo com o formulário recomendado pelo protocolo do Instituto Joanna Briggs (JBI) para a síntese de informações e a qualidade das recomendações (PETERS *et al.*, 2020). Em seguida, adaptou-se um formulário validado da literatura para coleta de dados, com apresentação dos seguintes campos (autor, ano, país); objetivo; características metodológicas (método e nível de evidência); revista de publicação; e principais resultados conforme o quadro 2 (URSI, 2005).

Os estudos foram lidos na íntegra até o esgotamento das informações importantes fornecidas para a síntese desta revisão e os resultados foram apresentados em forma de quadro, para facilitar a leitura dos principais achados, os quais foram apresentados nas seguintes categorias: Atuação da equipe multiprofissional; avaliação do pré-natal de alto risco; e, vivência das gestantes.

Após a leitura na íntegra e análise dos estudos da amostra final foi possível elaborar um framework para ilustrar os resultados obtidos. O *framework* constitui uma estrutura conceitual e visual que pode assumir diferentes papéis no entendimento e comunicação entre participantes de uma situação em diferentes perspectivas e temas complexos. Essas estruturas tem sido muito utilizadas para representar e explicar as relações organizacionais, e as intervenções das organizações da atenção primária nos determinantes sociais da saúde (LIMA; LEZANA, 2005; PINTO; BLOCH, 2017).

## **RESULTADOS**

Os 19 estudos selecionados foram publicados entre os anos de 1997 a 2021, sendo que a maioria quatro (21,05 %) foi de 2019, seguido de três (15,78 %) nos anos de 2016 e 2020 respectivamente. Os demais anos 1997, 1998, 2001, 2002, 2005, 2011, 2017, 2018 e 2021 apresentaram apenas um (5,26 %) em cada ano. Em relação ao país de origem das publicações, dez foram provenientes do Brasil, sete dos Estados Unidos da América, um do Reino Unido, e um da Alemanha. A língua predominante das publicações foi a língua inglesa.

Para a classificação do nível de evidência científica considerou-se a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overhol. Nesse sentido, houve destaque do nível de evidência VI em 11 estudos, seguido do nível I e IV em 3 estudos respectivamente, e o nível V em 2 estudos. Quanto a abordagem metodológica, (42,10 %) dos estudos são qualitativos, (10,52 %) dos estudos foram transversais, e (15,78 %) estudos descritivos, de coorte e ensaios controlados. (MELNYK; FINEOUT-OVERHOL, 2005, p.10).

Evidenciou-se que os estudos abordaram questões sobre a adequação da assistência pré-natal a nível ambulatorial especializado, atuação da equipe multiprofissional na atenção especializada e as relações entre os profissionais e as gestantes de alto risco. Além disso, identificou-se as fragilidades e as lacunas identificadas no pré-natal especializado, os sentimentos e experiências das gestantes ao vivenciarem uma gestação de alto risco e, o nível de satisfação das gestantes acerca da assistência. Versavam ainda sobre a necessidade de

implantação de protocolos de atendimentos e novas políticas de saúde para a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil (quadro 2).

Quadro 2. Distribuição das características dos estudos elegidos. Teresina. Piauí. 2022.

Ordem	Autor (es). Ano. País.	Objetivo	Tipo de estudo, NE.	Revista	Principais resultados
1	JORGE, HMF et al. 2020 Brasil	Desvelar as percepções de enfermeiros sobre assistência humanizada, no pré-natal de alto risco.	Qualitativa, nível VI.	Rene	Os enfermeiros compreendem o conceito de humanização e atribuíram as práticas de humanização ao acolhimento da gestante, visitas guiadas, atendimento individualizado, orientação sobre uso dos métodos não farmacológicos e promoção de vínculo com as gestantes.
2	SOARES, LG; HIGARAS HI, IH. 2019 Brasil	Discutir os benefícios da utilização da gestão de casos pré-natais de alto risco.	Qualitativa-Convergente Assistencial, nível V.	REBEn	A gestão de casos identificou elementos importantes no atendimento às gestantes, o que denotou maior complexidade aos casos; mostrou-se como um espaço relevante para a atuação do enfermeiro, pois é uma intervenção que requer conhecimentos e habilidades específicas.
3	GUERRA, JVV, et al. 2019 Brasil	Analisar a assistência pré-natal a partir do número de consultas obstétricas e nutricionais na gestação e a relação com o diabetes gestacional.	Coorte analítico, nível IV	Rev Enferm UFPE online	Ainda é grande o número de mulheres que não realizam o mínimo de consultas recomendadas. Menos de um quarto das gestantes realizaram o mínimo de 4 consultas com o nutricionista. O número de consultas realizadas no pré-natal configura como indicador de qualidade de assistência. Evidenciou-se a necessidade de melhoria no atendimento da mulher no pré-natal de alto risco, na identificação de lacunas no acesso aos serviços especializados e elaboração de novas políticas de saúde pública.
4	ERRICO, LSP et al. 2018 Brasil	Analisar a atuação do enfermeiro no pré-natal de alto risco na atenção secundária, considerando os problemas de enfermagem e as necessidades humanas básicas das gestantes	Transversal e quantitativo, nível VI	REBEn	O enfermeiro pode utilizar a consulta de enfermagem considerando seu domínio das tecnologias leves para se envolver com as tecnologias duras, está representada pelos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e que muitas vezes ela prevalece sobre as tecnologias leves de cuidado, e as leveduras, pelo saber científico. Dessa forma, o enfermeiro precisa buscar o equilíbrio entre essas tecnologias tornando sua atuação mais efetiva e eficiente.
5	COSTA, LD et al. 2016 Brasil	Descrever a adequação da assistência pré-natal de gestação de alto risco em um hospital de referência	Descritiva, retrospectiva e documental, nível V	Rene	Verificou-se que as gestantes iniciaram o pré-natal tardiamente no alto risco, o que ocasionou número reduzido de consultas, procedimentos clínicos obstétricos e exames laboratoriais. Esses resultados foram classificados como adequação intermediária nos quatro níveis

					de qualidade conforme o Índice de Kessner, validado por Takeda.
6	OLIVEIRA, VI; MADEIRA, AMF. 2011 Brasil	Discutir a interação entre a equipe multiprofissional e essas mulheres, durante o pré-natal de alto risco	Qualitativa, nível VI	Esc. Anna Nery (impr)	As narrativas mostram como as gestantes aderem à nova situação de risco e ao tratamento prescrito, que o medo e a ansiedade podem ser amenizados quando bem informadas sobre o diagnóstico de risco. Além disso, expressam que o apoio de uma equipe multiprofissional pode ajudar a aceitar melhor a gravidez e obter mudanças nas atitudes e hábitos pouco saudáveis.
7	HILDER et al. 2020 EUA	Identificar as características e padrões discursivos que exemplificam práticas de comunicação efetivas em uma clínica pré-natal de alto risco	Qualitativo, nível VI	BMC	Os resultados mostram que a comunicação no atendimento pré-natal de alto risco difere do que é feito em outros ambientes de saúde. Eles retratam um quadro positivo da comunicação entre os médicos e pacientes e embora esses achados gerem altos níveis de satisfação dos pacientes, a literatura enfatiza necessidade de melhor treinamento em comunicação obstétrica, especialmente em relação à aspectos psicossociais e transmissão de empatia.
8	MEDEIRO S, FF et al. 2019 Brasil	Analisar o acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público	Transversal analítico, nível VI	REBEn, nível	O acompanhamento do pré-natal de alto risco na atenção secundária demonstrou qualidade eficiente. Foi avaliado o início do pré-natal, o número de consultas, número de ultrassonografias realizadas no primeiro trimestre, idade gestacional na primeira ultrassonografia, coleta de citologia oncológica, orientação de qual hospital buscar na emergência e o intervalo entre a última consulta de pré-natal e parto. Porém, identificou-se lacunas na organização da atenção pré-natal de alto risco e na assistência, evidenciando a necessidade de implantação de protocolo específico para gestação de alto risco e educação continuada às equipes.
9	BROOTE N et al. 2005 EUA	Examinar: (a) a frequência e o foco das colaborações entre médico e APN em um ensaio clínico; e (b) características das mulheres que requerem maior número de colaborações.	Descritivo, nível VI	National Institutes of health- NIH	A maioria dos contatos colaborativos entre enfermeiros e médicos se concentrou no monitoramento do estado físico e emocional das mulheres e na discussão de novos achados físicos. Essa comunicação se torna um poderoso determinante na redução da morbidade e mortalidade. Além disso, têm impacto na economia em dólares na assistência médica.
10	BROOTE N et al. 1998 EUA	Examinar o tempo gasto por enfermeiras de prática avançada (APNs) na prestação de cuidados pré-natais a	Ensaio clínico randomizado, nível I	National Institutes of health- NIH	Este estudo fornece informações sobre o número, tipo e tempo de contatos para mulheres com gravidez de alto risco. Os enfermeiros de cuidados domiciliares devem rastrear todos os contatos com os

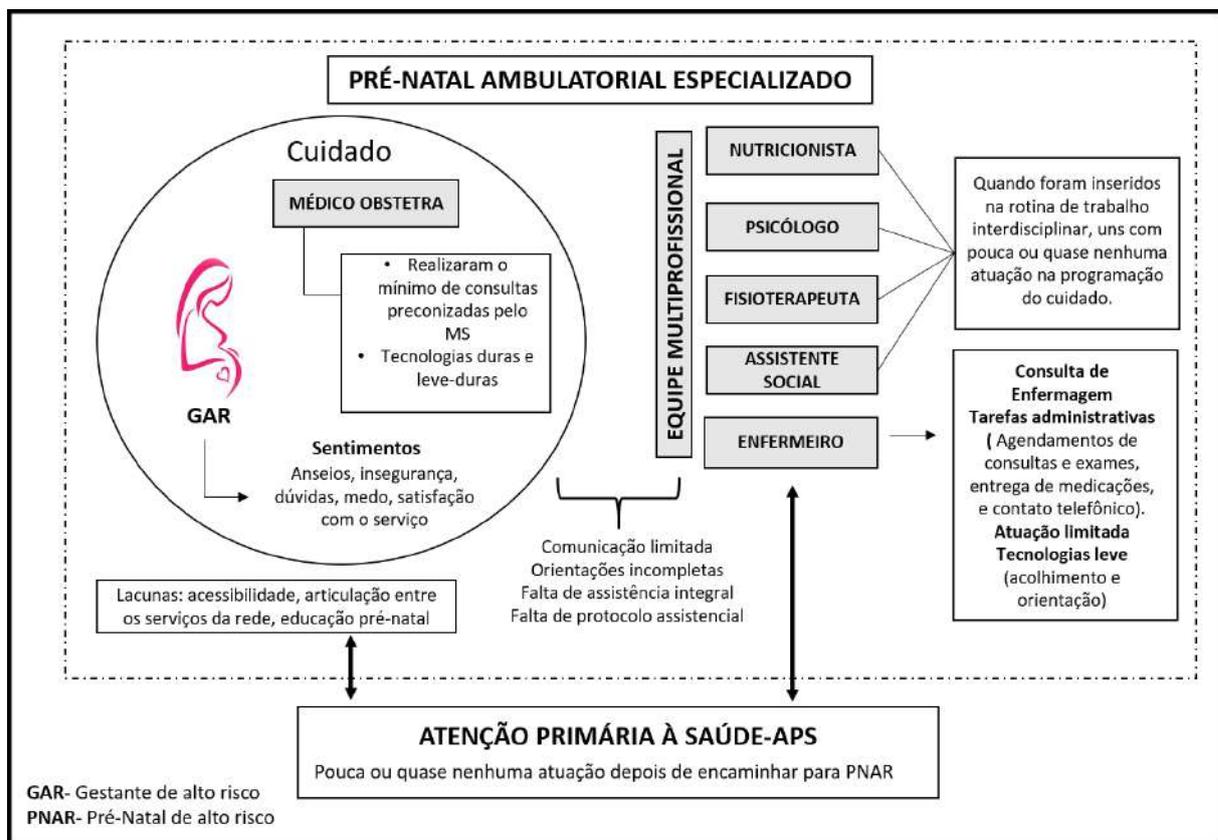
		mulheres com gravidez de alto risco.			pacientes necessários durante a prestação de cuidados como visita domiciliar, comunicação telefônica e orientações. Dessa forma, este estudo auxilia enfermeiros e administradores de cuidados domiciliares a considerar medidas adicionais, incluindo o tempo gasto.
11	YEOH, PL et al. 2016 EUA	Avaliar a adequação dos cuidados e os resultados da gravidez para os diferentes grupos de risco.	Coorte retrospectivo, nível IV	Plos One	A utilização desproporcional dos cuidados pré-natais de acordo com o nível de risco de gravidez indica a necessidade de uma melhor programação dos cuidados. Intervenções de treinamento são recomendadas para melhorar a comunicação de profissionais de saúde, consultas com mulheres por profissionais que passaram por treinamento de habilidades de comunicação.
12	FERNANDES, JÁ et al. 2020 Brasil	Avaliar a atenção à gestação de alto risco, incluindo acesso, funcionamento, e utilização dos serviços de saúde desde a atenção primária à saúde (APS) até a atenção especializada.	Coorte transversal, nível IV	Cad. Saúde Pública	Os resultados chamam atenção para a necessidade de melhor diagnóstico das vulnerabilidades territoriais para compor a (re)organização da atenção à gestação de alto risco, construção de redes e utilização de protocolos bem definidos quanto aos fluxos locais.
13	MACKEY, MC; SOBRAL, M. 1997 EUA	Obter a avaliação da equipe sobre este programa de gravidez de alto risco.	Qualitativo, nível VI	Public Health Nursing-PHN	A maioria da equipe relatou que as seguintes barreiras interferiram na operação efetiva do programa: burocracia, suporte limitado, tempo, dificuldade em localizar pacientes e prazos obrigatórios para contato com o paciente. A maioria dos funcionários também relatou que o transporte mais interferiu no acesso do paciente ao programa
14	SANINE, PR et al. 2021 Brasil	Avaliar a atenção às mulheres durante a gestação de alto risco, sob a ótica de quem atua nos serviços de atenção primária à saúde (APS) do município de São Paulo, Brasil.	Qualitativo, nível VI	Cad. Saúde Pública	O estudo revelou a necessidade de flexibilização da utilização dos protocolos de atendimento ao paciente no processo de trabalho, o que pode promover a responsabilidade compartilhada das equipes de APS pelo cuidado, para adequá-lo às necessidades singulares de cada gestante, para além dos limites da organização dos serviços baseada na lógica das práticas exclusivamente biológicas incentivando a construção de vínculo e favorecendo a qualificação do cuidado.
15	DUQUE, DAA et al. 2016 Brasil	Descrever as vivências de gestantes atendidas em uma Unidade de atenção secundária à Saúde	Descritivo, nível VI	J Nursing UFPE online	A assistência ficou restrita à consulta médica, salientando a falta de atuação de uma equipe multiprofissional e a ausência de trabalho interdisciplinar. Através das falas das mulheres foi observado sentimentos de insatisfação com o médico, insegurança, orientações incompletas, intolerância por parte dos médicos quanto à

					atraso; e poucas referiram satisfação com o serviço.
16	HOMER, C et al. 2002 Reino Unido	Avaliar o nível de preocupação vivenciado por mulheres de gestações de riscos e gestações normais	Ensaio controlado, nível I	British Journal of Midwifery	As mulheres gerenciadas pela equipe de risco associada à gravidez (RAP) relataram um nível mais baixo de preocupação do que as mulheres dos grupos de gravidez normal (NP).
17	SINGH, S et al. 2019 EUA	Avaliar as perspectivas dos provedores rurais sobre o manejo e encaminhamento de mulheres pré-natais com alto risco obstétrico ou com complicações	Qualitativo, Nível VI	BMC	O Sistema de Saúde Primário Indiano fornece três níveis de atendimento obstétrico que são: os Centros de Saúde Sub-Saúde (SHCs); Centros de Saúde Primários (PHCs); e os Centros de Saúde Comunitário (CHV), que fornecem cuidados básicos e avançados, porém não são serviços padronizados. Foi concluído que o Sistema Indiano deve melhorar a prestação de cuidados obstétricos, padronizando os serviços em cada nível de atenção à saúde e aumentando o foco no tratamento de emergência para complicações, tomada de decisão apropriada para encaminhamento e melhoria da comunicação de encaminhamento e apoio da equipe.
18	KLERMAN, LV et al. 2001 EUA	Investigar o aumento do atendimento pré-natal para mulheres afro-americanas de alto risco e o melhorias e os resultados da gravidez e o conhecimento dos pacientes sobre os riscos, a satisfação com os cuidados e o comportamento	Ensaio randomizado controlado, nível I	American Journal of Public Health	O pré-natal de alta qualidade, com ênfase na educação, promoção da saúde e apoio social, aumentou significativamente a satisfação das mulheres, o conhecimento das condições de risco e a percepção de domínio em suas vidas, mas não reduziu o baixo peso ao nascer.
19	FRANCISQUETTI, V et al. 2017 Brasil	Conhecer a percepção das gestantes sobre a qualidade do atendimento pela equipe multiprofissional	Qualitativo, nível VI	J Nurs UFPE online	Na percepção da maioria das gestantes, a qualidade do atendimento no ponto secundário ambulatorial foi considerada boa; porém, no que se refere ao acompanhamento pela equipe multiprofissional, foi possível verificar que as gestantes eram atendidas de forma contínua apenas pelo ginecologista e obstetra, e que os demais profissionais da equipe realizavam apenas um atendimento independente do risco da gestante.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da leitura e análise dos estudos elaborou-se um *framework* (figura 2) para apresentar uma síntese dos resultados de forma visual sobre o cuidado multiprofissional às gestantes de alto risco que são acompanhadas em serviços de atenção especializada concomitante com a Atenção Primária à Saúde. O *framework* possibilita ainda a compreensão de como esse cuidado está estruturado assim como as suas relações interprofissionais acontecem conforme as evidências.

**Figura 2.** Framework do cuidado interprofissional às gestantes de alto risco na atenção especializada.



Fonte: Autores (2022).

## DISCUSSÃO

### Atuação da Equipe Multiprofissional

Evidenciou-se que a atuação da equipe multiprofissional na assistência à gestante de alto risco no âmbito da atenção secundária não corrobora em sua totalidade com as recomendações das políticas de atenção à saúde materno-infantil (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2019). Dentre os resultados, seis estudos referem uma assistência fragmentada, sem a participação de forma compartilhada da equipe multiprofissional, quando estes estão inseridos no serviço. Essa fragmentação do cuidado é

apontada nos resultados como grande desafio na assistência pré-natal de alto risco. Além disso, referem uma assistência centralizada em consultas médicas, o que corrobora com a ideia de fragmentação do cuidado (SOARES; HIGARASHI, 2019; GUERRA *et al*, 2019; ERRICO *et al*, 2018; DUQUE *et al*, 2016; FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017; SANINE *et al*, 2021).

Em um estudo realizado com gestantes de alto risco atendidas na atenção secundária, a assistência se concentrou em consultas médicas e pouca ou quase nenhuma atuação de profissionais de outras categorias (DUQUE *et al*, 2016). Esse estudo corrobora com outros resultados que evidenciaram maior atuação dos profissionais médicos, o que reforça que os serviços ainda priorizam o modelo curativo, centrado no papel médico (SOARES; HIGARASHI, 2019; GUERRA *et al*, 2019; ERRICO *et al*, 2018; DUQUE *et al*, 2016).

Diante do exposto, faz-se necessário compreender que a maior parte das intervenções depende do trabalho colaborativo da equipe multiprofissional como forma de solucionar, controlar e prevenir possíveis complicações. É o caso do estado nutricional como inadequações ponderais, alteração na tolerância a glicose, quadro comum em gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional, onde o profissional nutricionista desempenha papel fundamental no plano de cuidados (GUERRA *et al*, 2019).

É necessário deslocar a lógica da assistência focada nas necessidades fisiopatológicas para agregar aspectos relacionados a vulnerabilidade social que interferem nas condições de saúde. Faz-se necessário ainda centralizar a atuação da equipe multiprofissional no planejamento das condutas assistências com base nas singularidades (ERRICO *et al*, 2018).

No estudo de Soares; Higarashi (2019), evidenciou a necessidade da participação da equipe multiprofissional na gestão de casos, método de cuidado que tem como objetivo de monitorar a assistência de qualidade e humanização considerando todas as necessidades na sua total integralidade.

É importante destacar que a atuação da equipe multiprofissional não se torna o suficiente para produção do cuidado integral, partindo do ponto que, muitas vezes, não existe a interação entre os membros, apenas dividem o mesmo espaço (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Dessa forma, o trabalho em equipe interprofissional se constitui como fator primordial, uma vez que é definida como a construção da prática de forma integrada e interdependente, entre profissionais de várias categorias (ESCALDA; PEREIRA, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Quanto as relações interprofissionais da equipe, os estudos mostram que a falta de articulação e comunicação entre esses profissionais deixa a desejar no planejamento do cuidado das gestantes de risco. Os profissionais médicos ainda ocupam um papel de autoritarismo nas decisões de cuidados à saúde, enquanto que os demais profissionais, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, gestores das unidades de saúde, preferem uma prática mais interativa e colaborativa (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011; HILDER *et al.*, 2020).

No que diz respeito a atuação do Enfermeiro, as evidências reforçam a importância desse profissional e refere como o gerente do cuidado, mas ainda com muitas limitações. É o que aponta Errico *et al* (2018), ao identificar em seu estudo uma atuação limitada na assistência atrelado as tecnologias leves por meio do acolhimento, escuta e relação direta com o usuário. Para Jorge; Silva; Makuch (2020), o enfermeiro também foi apontado como elemento ativo na assistência ao desempenhar práticas de humanização no acolhimento da gestante. As tecnologias duras sobrepõem as tecnologias leves do cuidado, uma vez que, o cuidado às gestantes de alto risco precisa buscar a complementaridade e o equilíbrio entre elas.

Os enfermeiros são capazes de identificar novos achados e alterações físicas assim como percebem a necessidade de solicitar exames de forma a evitar desfechos desfavoráveis. Esse resultado foi apresentado no estudo de Brooten *et al* (2005), ao avaliar a comunicação e o conhecimento compartilhado e a tomada de decisão do enfermeiro com o médico. Dessa forma, a vigilância se configurou como característica predominante do enfermeiro com foco em ações de ensino, orientação e a aconselhamento.

Porém, o enfermeiro ainda tem pouca visibilidade e sua atuação, muitas vezes, limita-se às atividades administrativas, agendamentos de consultas, exames, entrega de medicamentos, contato telefônico, deixando de lado suas competências técnicas-científicas (ERRICO *et al*, 2018; BROOTEN *et al*, 1998; DUQUE *et al*, 2016). Os demais profissionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, estes mencionados no estudo de Francisqueti; Teston; Costa (2017), evidenciou que esses profissionais realizaram apenas um atendimento independente do risco da gestante.

### **Avaliação do Pré-Natal de alto risco**

No que se refere a adequação do pré-natal especializado, sete estudos sinalizam para a qualidade do pré-natal com a participação de uma equipe multiprofissional ainda está muito aquém do ideal. Evidenciou-se uma adequação do pré-natal de alto risco como intermediária com base no número de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, procedimentos

clínico/obstétricos, e acompanhamento realizado apenas pelo profissional médico em alguns serviços (GUERRA *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2019; MACKEY *et al.*, 1997; FERNANDES *et al.*, 2020; SANINE *et al.*, 2021; FRANCISQUETI *et al.*, 2017). Além disso, oito estudos discorrem as fragilidades e limitações encontradas no processo de trabalho assim como nos serviços da rede caracterizando como entraves na assistência (JORGE *et al.*, 2020; SOARES; HIGARASHI, 2019; COSTA *et al.*, 2016; GUERRA *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2019; MACKEY; SOBRAL, 1997; DUQUE *et al.*, 2016; FRANCISQUETI *et al.*, 2017).

Nos últimos dez anos, a cobertura da atenção pré-natal tem tido resultados crescentes, porém, ainda com muitas limitações comprometendo a efetividade do cuidado pré-natal no alto risco (MEDEIROS *et al.*, 2019; DOMINGUES *et al.*, 2015). Em um estudo realizado em quatro metrópoles Brasileiras afim de avaliar a atenção pré-natal de alto risco, permitiu evidenciar significativas discrepâncias ao se analisar o acesso, vínculo, e o cuidado à gestante de alto risco. Essas diferenças evidenciadas nas metrópoles mostram uma heterogeneidade do SUS e configurações diferentes tanto regionais como em relação às redes temáticas de atenção, tornando os processos avaliativos de seu desempenho um desafio (FERNANDES *et al.*, 2020).

Sabe-se que a qualidade da assistência pré-natal é considerada um importante indicador à saúde materna, e que não está associada apenas ao número de consultas realizadas no pré-natal. Como forma de avaliar a adequação do pré-natal de alto risco, os estudos utilizaram os parâmetros estabelecidos pelo Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN). Ao se fazer uma análise geral dos parâmetros utilizados pelos estudos com base nas consultas, exames e procedimentos obstétricos permiti avaliar a assistência pré-natal de alto risco com base nas evidências (BRASIL, 2000).

No estudo de Guerra *et al.* (2019) mostrou que apesar das gestantes realizarem o mínimo de consultas recomendadas pelo Ministério de Saúde, ainda é significativa o número de gestante que não realizam o mínimo de consultas. Neste mesmo estudo, ao avaliar o número de consultas obstétricas e nutricionais, mostrou que um quarto das gestantes que participaram do estudo, realizaram a recomendação de no mínimo quatro consultas com o nutricionista.

O número insuficiente de consultas pode ter relação com o início tardio do pré-natal no alto risco como aponta o estudo de Costa *et al.* (2016). Neste estudo evidenciou que as gestantes iniciaram o pré-natal na Atenção Básica até vinte semanas de gestação, porém, a gestante só foi

referenciada para o serviço de referência após vinte e oito semanas de gestação (COSTA *et al*, 2016).

O que está posto corrobora com o estudo de Medeiros *et al* (2019) ao apontar que as gestantes foram encaminhadas para o Ambulatório de alto risco no final da gestação. É importante destacar que o início tardio no pré-natal de alto risco pode ter relação com as questões de acesso ao nível secundário ou a articulação entre os serviços da rede. O número de consultas pode influenciar nos procedimentos técnicos e obstétricos ocasionando número de consultas, exames, procedimentos clínicos e obstétricos reduzidos, e assim aumentar as chances de desfechos desfavoráveis.

As fragilidades e lacunas mais citadas nos estudos foram: a escassez de profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, carência institucional, falta de práticas de educação em saúde, o acesso aos serviços assim como o transporte, orientações incompletas, e o tempo de espera no atendimento (JORGE *et al.*, 2020; SOARES; HIGARASHI, 2019; COSTA *et al*, 2016; GUERRA *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2019; MACKEY; SOBRAL, 1997; DUQUE *et al.*, 2016; FRANCISQUETI *et al.*, 2017).

No tocante às limitações é possível identificar grandes lacunas como falta de articulação entre os serviços da rede, inexistência de protocolos assistenciais que direcionam o fluxo, requisitos administrativos, falta de pessoal qualificado e inacessibilidade das gestantes aos serviços de referência. É o que os resultados apresentam em um estudo realizado com os profissionais da equipe clínica, supervisão e administrativo para avaliar o pré-natal de alto risco prestado por esse serviço. Os profissionais avaliaram o pré-natal de alto risco como eficaz, mesmo com as limitações, pois o programa segue uma abordagem holística e interdisciplinar, coordenadas pelo método de gestão de casos (MACKEY *et al*, 1997).

Outros estudos também avaliaram o Pré-natal de alto risco como eficiente, adequado e intermediário com base em parâmetros de consultas, exames, insumos, e procedimentos obstétricos (GUERRA *et al*, 2019; MEDEIROS *et al*, 2018; FERNANDES *et al*, 2020; MACKEY *et al*, 1997).

Em relação ao acompanhamento do pré-natal de alto risco evidenciou-se que alguns serviços realizam o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada, fortalecendo o vínculo (MEDEIROS *et al*, 2018). Outros mostram falhas na Atenção Primária à Saúde ao encaminhar a gestante para o serviço especializado,

deixando o cuidado apenas na responsabilidade do alto risco (SOARES; HIGARASHI, 2019; DUQUE *et al*, 2016).

### **Vivência da Gestantes**

Acerca dos sentimentos vivenciados pelas gestantes na gestação de alto risco, destaca-se seis estudos: insegurança, medo, estresse, sentimentos de angústia, estresse, desamparo e insatisfação com o médico por vezes não conseguir expressar suas dúvidas e anseios (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011; HILDER *et al.*, 2020; DUQUE *et al.*, 2016; HOMER *et al*, 2002; FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017; KLERMAN *et al*, 2001).

Sentimentos como medo, ansiedade e angústia são sentimentos comuns aflorados pelas gestantes ao vivenciar uma gestação de alto risco. No início, muitas mulheres ao serem classificadas como “alto risco” se sentem desesperadas, revoltadas e transtornadas ao terem uma notícia como esta (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011; HILDER *et al*, 2020; DUQUE *et al*, 2016; HOMER *et al*, 2002).

O período gestacional é compreendido por muitas mudanças físicas, emocionais e sociais, que por muitas vezes são consideradas normais (FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017). Esses sentimentos muitas vezes surgem pelo fato de que elas precisarão mudar hábitos, terão impactos na vida financeira, ou precisarão se afastar do trabalho porque precisam de repouso, como orientação médica. Esse tipo de orientação as vezes vem como choque para aquela gestante que é geradora de renda na família, manifestando total preocupação.

Como forma de contornar esses sentimentos, o pré-natal de alto risco de qualidade e uma assistência humanizada se torna fator imprescindível para o apoio emocional dessa gestante durante a gestação. A garantia do vínculo entre a gestante e a equipe multiprofissional são quesitos importantes para a atenção humanizada garantindo segurança e tranquilidade para esta gestante (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Os estudos evidenciam que muitos desses sentimentos são amenizados quando as gestantes são acolhidas, ouvidas pelos profissionais e ao terem suas dúvidas e perguntas respondidas. Esse resultado só enfatiza a importância e a necessidade de uma boa relação entre a gestante e o profissional, fortalecendo o vínculo. É o que aponta o estudo de Hilder *et al* (2020) ao evidenciar comunicação de alta qualidade e satisfação por parte das gestantes. Essa relação foi demonstrada com atos simples, um aperto de mão e uma conversa fiada que geram risos e contribuem para a construção de uma boa relação. O estudo também mostrou que a

gestante ao ser ouvida, torna a sua participação ativa no processo do cuidar, tornando-a confortável e confiante.

Em contrapartida com esse sentimento de satisfação, os estudos de Duque *et al.* (2016) e Francisqueti; Teston; Costa (2017), apresentaram resultados de sentimentos de insatisfação e falta de orientação por parte do serviço de referência. No primeiro, a gestante referenciou insatisfação em relação ao atraso do médico, acarretando no tempo de consulta insuficiente. Também evidenciou comunicação limitada e conseqüentemente orientações incompletas, o que pode inclusive acarretar em angústia e aflorar outros sentimentos (DUQUE *et al.*, 2016). No segundo estudo, as gestantes relataram muito tempo de espera das consultas; e pouco mais das gestantes receberam orientações da equipe multiprofissional sobre cuidados (FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017).

Em relação ao conhecimento sobre o motivo do encaminhamento para o nível secundário, as gestantes referem razões relacionadas ao seu estado de saúde, porém, sem muitas explicações e orientações. Outras associaram o fato desse tipo de serviço ser de qualidade por conter outros profissionais que não fazem parte da APS. Também não souberam falar sobre as especificidades desse serviço de referência, o que demonstra falta de orientação e atuação da APS (DUQUE *et al.*, 2016; FRANCISQUETI; TESTON; COSTA, 2017).

É importante destacar que a orientação no momento do encaminhamento da APS se torna fator indispensável para o conhecimento das gestantes e direcionamento para os serviços que fazem parte da rede de atenção à saúde materna-infantil. Uma vez que, as gestantes se deslocam para o nível terciário, em busca de procedimentos ambulatoriais, o que deveria ser resolvido e facilitado na APS e na Atenção Especializada.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu analisar a atuação dos profissionais, que compõem a equipe multiprofissional, que realizam o pré-natal na atenção ambulatorial especializada. Evidenciou-se uma assistência fragmentada, o que inviabiliza o planejamento de cuidados de forma integral. Essa fragmentação do cuidado demonstrou estar associada a falta de articulação entre os profissionais no processo de trabalho, o que caracteriza limitações e inexistência do trabalho interprofissional, mesmo com a equipe multiprofissional no serviço de saúde.

Evidenciou-se que as gestantes realizaram o mínimo de consultas e que na maior parte do pré-natal realizaram apenas com o profissional médico. Em relação aos demais profissionais,

estes realizaram atendimento com a gestante apenas uma vez, independente do risco gestacional, demonstrando a pouca ou quase nenhuma atuação da equipe multiprofissional quando inseridos nos serviços de referência.

Ao vivenciar a gestação de alto risco as gestantes expressaram sentimentos de ansiedade, angústia, estresse, medo, insegurança, desamparo e insatisfação com o atendimento. Esses sentimentos foram amenizados ao serem acolhidas pelos profissionais do serviço e terem suas dúvidas sanadas tornando as mais seguras e confiantes. É importante destacar que o plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional se torna fator fundamental para garantir uma assistência individualizada e integral conforme as necessidades biopsicossociais.

Considerando os resultados obtidos, faz-se necessário promover mudanças no processo de trabalho entre as equipes multiprofissionais, de forma a garantir um trabalho na perspectiva da interprofissionalidade, contribuindo para a qualidade do cuidado integral. Destaca-se ainda, a necessidade de utilização de protocolos assistenciais, direcionados para a rotina de trabalho de modo a ampliar os olhares e diálogos no planejamento do cuidado. Faz-se necessário pontuar como limitação, a escassez de produções científicas acerca do pré-natal de alto risco no âmbito da atenção especializada, visto que as produções abrangem mais a atuação na atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

- BARROS NF, SPADACIO C, COSTA MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate*, 42, número especial, p.163-173, setembro, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à

Saúde na Gestação de Alto risco, incluído a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, Diário Oficial da União, 29 maio, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS a Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, diário oficial da união, 2000.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Estatísticas Vitais. 2021.

BROOTEN D, et al. APN-Physician Collaboration in Caring for women with high-risk pregnancies. *J Nurs Scholarsh*, 37 (2):178-184. 2005.

BROOTEN D, et al. Home Care of High Risk Pregnant Women by Advanced Practice Nurses: Nurse time Consumed. *Home Healthc Nurse*, 16 (12):823-830, december. 1998.

COSTA LD, et al. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. *Rev Rene*, 17 (4):459-65, jul-ago. 2016.

DOMINGUES RMSM et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 37 (3): 140-7, 2015.

DUQUE DAA, et al. Experiences of pregnant women assisted in secondary health care. *J Nurs UFPE (online)*, Recife, 10 (2):4612-8, dec., 2016.

ERRICO LSP, BICALHO PG, OLIVEIRA TCFL, MARTINS EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm (internet)*, 71 (suppl 3):1257-64. 2018.

ESCALDA P, PARREIRA CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, 22 (supl.2):1717-27, 2018.

FARIAS DN et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, 16 (1), p.141-162. Jan/abr, 2018.

FERNANDES JA et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 36 (5), 2020.

FRANCISQUETI V, TESTON EF, COSTA MAR. Ambulatorial Administration under the perspective of pregnant women. *J. Nurs UFPE (online)*, Recife, 11 (5): 1875-81. May. 2017.

GUERRA JVV, et al. Diabetes Gestacional e assistência pré-natal no alto risco. *Ver Enferm UFPE (online)*., Recife, 13 (2):449-54, fev., 2019.

HILDER J et al. Communication in high risk ante-natal consultations: a direct observational study of interactions between patients and obstetricians. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:493. 2020.

HOMER C, et al. Women's worry in the antenatal period. *British journal of midwifery*, 10 (6), jun. 2002.

JORGE HMF, SILVA RM, MAKUCH MY. Humanized care in high-risk pre-natal care:nurse's perceptions. *Ver Rene*, 21:e44521. 2020.

JBI. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers'. Manual: 2015 edition/ Supplement. Austrália: The Joanna Briggs Institute; 2015.

LEAL MC et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 54 (8), 2020.

KLERMAN LV et al. A Randomized trial of Augmented prenatal care for multiple-risk, Medicaid-Eligible African American women. *American Journal of Public Health*, 91 (1). January. 2001.

MACKEY MC, SOBRAL M. Staff evaluation of a high-risk pregnancy program. *Public Health Nursing*, 14 (2), 101-110. April.1997.

MARTINELLI, K. G.; GAMA, S. G. N. da; GARCIA, E. M.; SANTOS-NETO, E. T. dos. Classification of prenatal care in maternity hospitals in Espírito Santo according to the recommendations of the World Health Organization and Brazilian Ministry of Health. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 10, n. 12, p. e290101220375, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20375. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20375>. Acesso em: 9 jul. 2022.

MEDEIROS FF, et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public servisse. Ver Bras Enferm. 72 (Suppl 3):204-11. 2019.

MENDES KD; SILVEIRA RCCP; GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev texto contexto enferm, Florianópolis, 2008, out-dez, 17 (4): 758-64.

MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24

OLIVEIRA VJ, MADEIRA AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc Anna Nery (impr), 15 (1):103-109, jan-marc. 2011.

PEDUZZI M et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, 18 (s1), 2020.

PEDUZZI M, AGRELI HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu), 22 (sup.2): 1525-34, 2018.

PETERS, MDJ; GODFREY C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020

PINTO AD, BLOCH G. Framework for building primary care capacity to address the social determinants of health. Can Fam Physician. 2017;63(11):e476–82.

SANINE PR, et al. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. Cad. Saúde Pública, 37 (11). 2021.

SINGH S, et al. Management and referral for high-risk conditions and complications during the antenatal period: knowledge practice and attitude survey of providers in rural public healthcare in two states of India. Reproductive health, 16:100. 2019.

YEOH PL, HORNETZ K, DAHLUI M. Antenatal care utilisation and content between low-risk and high-risk pregnant women. Plos One 11 (3), march. 2016.

SOARES LG, HIGARASHI IH. Case management as a high-risk prenatal care strategy. Rev Bras Enfer. 72 (3):629-9. 2019.

URSI, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

## 4.2 ARTIGO II

### PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

Leyla Gerlane de Oliveira Adriano

Herla Maria Furtado Jorge

#### RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver um protocolo interprofissional de atenção ao pré-natal ambulatorial especializado.

**Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa pautada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Participaram oito profissionais que integram a equipe interprofissional de um Centro de Atenção Materno-Infantil. A coleta de dados se deu através da observação participante e a realização de grupos de convergências, por meio de oficinas temáticas audiogravadas, seguindo o processo denominado Quatro Erres (4Rs), no período de março a novembro de 2022. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, apoiada pelo software Iramuteq.

**Resultados:** Emergiram, a partir da análise, três categorias: práticas dos profissionais de saúde; potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos profissionais e desenvolvimento do protocolo interprofissional no pré-natal de alto risco.

**Considerações finais:** O estudo permitiu a reflexão sobre as práticas de assistência no pré-natal de alto risco que, por meio dos saberes e experiências dos profissionais, foi possível a construção compartilhada do protocolo.

**Descritores:** Gravidez de alto risco; Cuidado pré-natal; Relações interprofissionais.

#### INTRODUÇÃO

As morbimortalidades materna, fetal e infantil estão diretamente relacionadas às morbidades que surgem durante a gestação, estas que podem causar mortes maternas e complicações possíveis de ser evitadas durante o pré-natal de qualidade. No Brasil, os indicadores de mortalidade materna mantêm índices elevados e ainda são considerados uma realidade complexa enfrentada pelos gestores de saúde (BRASIL, 2019, 2020; NUNES *et al.*, 2017).

Evidências apontam aspectos relacionados com o cuidado pré-natal, seja pela demora na detecção precoce dos fatores de riscos e complicações pelos profissionais de saúde ou a falta

de intervenções apropriadas em tempo oportuno, ou até mesmo ao próprio sistema de saúde na falta de articulação entre os pontos de atenção da rede (SILVA *et al.*, 2021).

Desse modo, o cuidado pré-natal contribui para a prevenção de doenças, redução de riscos, promoção da saúde e diminuição de mortes materna e infantil. Além disso, consiste no cuidado singularizado por meio do manejo adequado de fatores de riscos e monitoramento clínico até o final da gestação (FERREIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018).

Diante do exposto, constitui-se como grande desafio a melhoria das condições de saúde reprodutiva para evitar complicações, tendo em vista que os fatores de riscos atingem principalmente as mulheres com difícil acesso aos serviços de saúde, acarretando indicadores de mortalidade materna (GARCIA *et al.*, 2019).

Ao longo dos anos, o Brasil tem desenvolvido políticas públicas e programas de saúde em prol da Assistência Materno-infantil. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual incluía ações educativas como preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação. Apesar do programa ter sido considerado marco histórico para a saúde da mulher brasileira, enfrentou muitos problemas e não foi implementado efetivamente (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011; RODRIGUES, 2015).

No ano 2000, instituiu-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tinha como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. Após a implantação do PHPN, a saúde da mulher passou a ter um olhar diferente em relação à qualidade do atendimento, tendo a humanização como princípio norteador da assistência. Porém, após uma década de implantação, o programa mostrou que não teve sua abrangência de forma esperada (BRASIL, 2000; CASSIANO *et al.*, 2014; NUNES *et al.*, 2017).

Em 2004, o MS implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como base o PAISM, com o objetivo de promover melhorias das condições de vida e saúde das mulheres, com enfoque nos direitos sexuais, reprodutivos e atenção obstétrica. O programa também não se mostrou efetivo, uma vez que enfrentou grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para as desigualdades sociais, econômicas e de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Diante do exposto, como forma de buscar por melhorias na assistência materno infantil, em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de organizar a rede de atenção à saúde, e redução da morbimortalidade materna infantil. Apesar dos avanços no modelo de

atenção, os desafios ainda são visíveis necessitando buscar esforços para melhorar a assistência (BRASIL, 2011; BITTENCOURT *et al.*, 2021; NUNES *et al.*, 2017).

Estudos apontam que mesmo com o avanço na atenção pré-natal de alto risco em todo o país, ao longo dos anos, ainda existem fragilidades e dificuldades que afetam a qualidade da assistência pré-natal. Dentre as fragilidades, insere-se a falta de profissionais para compor a equipe multiprofissional e a qualificação destes. Outra fragilidade consiste na estrutura física e na dificuldade de realização de exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que interfere no manejo das morbidades (MEDEIROS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019; WINNIKOW, 2016).

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem aprimorar o seu conhecimento para fortalecimento do planejamento estratégico na saúde, possibilitando mudanças transformadoras, tomada de decisões e aplicação do planejamento como instrumento de processo de trabalho (TELES *et al.*, 2020). Para planejar as ações de saúde é preciso conhecer a realidade da população, assim como a dinâmica e a rotina das organizações e serviços de saúde e realizar o levantamento de necessidades, a fim de traçar e implementar estratégias para melhorias das condições de trabalho e atendimento (FENILI; CORREA; BARBOSA, 2017).

Nesse sentido, os protocolos se tornam instrumentos úteis no dia-a-dia dos serviços de saúde e que, muitas vezes, são demandados por gestores e profissionais de saúde, a partir da realidade do serviço. Os protocolos devem ser elaborados a partir do conhecimento científico atual e com base em evidências científicas por profissionais da área com expertise (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Frente ao exposto, considera-se que o uso de protocolo nos serviços se configura como instrumento de processo de trabalho, no qual abrangem as rotinas de cuidados, condutas e ações de gestão, assim como fluxos administrativos e processos de avaliação (FENILI; CORREA; BARBOSA, 2017). Com base nessas considerações, objetivou-se desenvolver um protocolo interprofissional de atenção ao pré-natal ambulatorial especializado.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa pautada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que possibilita a imersão do pesquisador na assistência, a fim de provocar mudanças e inovações na prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2014).

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Materno-Infantil, no período de março a novembro de 2022. Esta unidade é referência para a atenção pré-natal especializada e realiza

acompanhamento compartilhado com a Atenção Primária à Saúde (APS). Considerou-se como critérios de inclusão fazer parte da equipe interprofissional e ter pelo menos seis meses de atuação no centro. Excluíram-se os profissionais que estavam afastados por motivos de licença ou motivo de afastamento superior ao período de coleta de dados.

A PCA foi implementada em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. Na fase de concepção, emergiu o problema de pesquisa; na fase de instrumentação, elaboraram-se os procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa; na fase de perscrutação, desenvolveram-se as habilidades e estratégias para a investigação com rigor e refinamento dos dados; e na fase de análise, realizaram-se a análise e interpretação dos dados (TRENTINI; PAIM, 2014).

Realizou-se a coleta de dados em duas etapas distintas: observação participante e oficinas temáticas. A primeira etapa, Observação participante, foi realizada durante quatro dias, no turno da manhã, com duração de seis horas de atendimento, totalizando em 24 horas em campo. Utilizou-se como instrumento um roteiro em forma de checklist e o diário de campo como forma de obtenção de informações acerca do objeto estudado. O checklist foi elaborado com base nos critérios estabelecidos pela Carteira de Serviços para Organização do Ambulatório de Atenção Especializada, que dispõe os parâmetros para a organização do serviço, que incluem: estrutura física, quadro de pessoal, equipamentos e exames (MATOS; PRISCILA; RUBIA, 2019).

A segunda etapa da coleta de dados consistiu na realização das oficinas temáticas. Para realização das oficinas temáticas utilizou-se um roteiro previamente construído para nortear as oficinas, seguindo o processo denominado Quatro Erres (4Rs), com as suas fases de reconhecimento, revelação, repartir e repensar. O roteiro continha o planejamento e as ações a serem realizadas em cada oficina, assim como perguntas referentes às práticas de saúde dos profissionais no serviço, de modo a oportunizar as discussões em grupo (TRENTINI; PAIM, 2014).

A primeira oficina seguiu a fase do reconhecimento do processo “4Rs”, que consistiu em apresentar a proposta do projeto de pesquisa aos profissionais e incentivar a adesão à pesquisa. Inicialmente realizaram-se a apresentação e acolhimento dos profissionais, momento de grande importância para estreitar as relações. Após apresentação da proposta do estudo, utilizou-se uma pergunta referente às práticas realizadas na assistência pré-natal de alto risco, para emergir um diálogo participativo. Em seguida, a pesquisadora estimulou a participação

dos profissionais e a importância do estudo para o serviço. Após o convite, os profissionais fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e responderam o questionário de caracterização dos participantes do estudo. A oficina teve duração de 64 minutos e contou com a participação de oito profissionais.

A segunda oficina consistiu na fase da revelação, na qual foi realizado um diálogo participativo entre os profissionais, de modo que a equipe pudesse analisar a realidade do serviço e os problemas identificados na gestão. Participaram da oficina seis profissionais e teve duração de 31 minutos e 10 segundos.

A terceira oficina inseriu-se na fase do repartir. Nesta oficina foi utilizada a matriz SWOT (Strengths, forças; Weaknesses, fraquezas; Opportunities, oportunidades; e Threats, ameaças) como ferramenta, a fim de alcançar o objetivo da oficina por meio da reflexão e análise das possíveis potencialidades e fragilidades para a sistematização do protocolo. Dessa forma, os participantes confeccionaram a matriz SWOT com base nas potencialidades e fragilidades do serviço. A oficina contou com a participação de cinco profissionais e a mesma teve duração de 32 minutos e 17 segundos.

A quarta e última oficina inseriu-se na fase do repensar, que teve como objetivo apresentar o protocolo aos profissionais e estimular os profissionais a refletirem sobre o mesmo e a sua exequibilidade na prática. Participaram da oficina cinco profissionais e a oficina teve duração de 40 minutos e 44 segundos.

Todas as oficinas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra com cada participante identificado com a codificação com a letra “P”, seguida de um número, por exemplo, P5, a fim de garantir o anonimato dos participantes.

Para análise dos dados, adotou-se a análise de conteúdo na modalidade temática de Bardin por meio das três fases cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2016). A codificação dos dados foi apoiada no Software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), no qual optou por empregar a análise de nuvem de palavras e análise de similitude, que organizam a distribuição do vocabulário e a frequência das palavras de forma visivelmente compreensível e clara.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, no ano de 2022, sob o parecer de número 5.303.026 e CAAE 54377221.0.0000.5214, de acordo com as recomendações definidas pelo Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização dos participantes**

Participaram do estudo oito profissionais, predominantemente do sexo feminino e na faixa etária entre 21 a 40 anos. Quanto ao nível de formação dos profissionais, quatro realizaram especialização, dois residência e dois, apenas graduação. O tempo de formação profissional das participantes variou de um a 20 anos e, em relação ao vínculo empregatício, apenas dois responderam ter outro emprego, sendo um com carga horária de 24 horas semanais e o outro com 30 horas semanais.

Quanto a carga horária de trabalho na Instituição, cinco participantes responderam cumprir 40 horas semanais, representando a maioria. Um cumpre oito horas, um cumpre 20 horas e um 30 horas. Acerca do tempo de trabalho na instituição, a maioria respondeu ter até um ano, um mais de um ano e um participante não respondeu. Quanto ao aspecto se já atuavam na área antes, quatro responderam que sim e os outros quatro que não atuavam na área antes. Ao serem questionadas se eles costumam realizar cursos de atualização na área, cinco responderam que sim e três que não.

A seguir, serão apresentados os dados emergentes da análise na qual resultou em três categorias descritas e analisadas sequencialmente.

### **Desvelando a prática dos profissionais de saúde**

Nesta categoria, as participantes relataram as ações referentes à prática assistencial realizada no pré-natal especializado. As reflexões abordam as práticas dos profissionais que participaram das oficinas temáticas ao responderem o questionário. Sendo assim, identificou-se os termos que mais foram citados quando interrogados sobre suas práticas: orientação, avaliação, prescrição e acolhimento.

“Orientação com as usuárias sobre o pré-natal”. (P1)

“Orientação às usuárias de acordo com a convivência”. (P2)

“Avaliação e orientação nutricional, além de prescrição dietética”. (P4)

“Acolhimento...orientação para o autocuidado apoiado [...]” (P5)

“[...] acolhimento [...] avaliação [...]”. (P6)

“No atendimento é realizado anamnese, avaliação e as orientações e prescrição fisioterapêutica”. (P7)

As participantes mencionaram ainda a realização da escuta ativa, técnicas terapêuticas, psicoeducação, encaminhamentos, estratificação de risco, situação vacinal, ausculta de batimentos cardíofetais, medição de altura uterina, avaliação de suplementação, medicação, toque vaginal, apoio às ESF e treinamento. Essas ações foram identificadas apenas por três participantes:

“[...] escuta ativa [...]”. (P5)

“Estratificação de risco, situação vacinal, ausculta de bcf, medição de au, avaliação de suplementação, medicação[...] toque vaginal e apoio às ESF”. (P6)

“Treinamento da APS”. (P8)

No que consiste a realização de cursos de capacitação e educação continuada, apenas três referiram realizar:

“Sim, sobre a nota técnica”. (P1)

“Sim, tutorias do CONASS bimestrais”. (P4)

“Sim, tutorias do CONASS que acontecem bimestralmente”. (P5)

Em relação aos documentos que norteiam a prática dos profissionais na assistência, as participantes referiram utilizar a nota técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), o que pode ser visualizado nas falas de sete participantes:

“Sim, os documentos utilizados são a nota técnica [...]”. (P2)

“Sim, a nota técnica”. (P3)

“Sim, a nota técnica e o modelo MACC de atendimento”. (P4)

“Sim, a nota técnica [...]”. (P5)

“Protocolos produzidos pelo CONASS”. (P6)

“Sim, a nota técnica da gestante”. (P7)

“Sim, documentos do CONASS”. (P8)

Outro aspecto apresentado nesta categoria consiste nas discussões de casos e no planejamento do plano de cuidado da gestante. Todas referiram realizar a prática de discussão de caso e elaboração do plano de cuidados da gestante de forma conjunta com a equipe:

“Sim, através de reunião interprofissional, vários estudos realizados para discussão do plano de cuidado”. (P2)

“Sim, após identificar necessidade, os profissionais se reúnem para discutir o melhor manejo da usuária. Acontece também o fechamento de plano com todos os profissionais”. (P5)

“Sim, ao concluir o circuito de atendimento, o plano de cuidados está preenchido para todas as gestantes. Dentre as de primeiro atendimento, a enfermeira do ponto de apoio escolhe um caso para discussão com toda a equipe reunida”. (P6)

“Sim, após a paciente realizar o circuito, a equipe se reúne em uma sala onde discutimos sobre o prontuário e as prescrições realizadas”. (P7)

A partir dos relatos dos profissionais nesta categoria, foi possível representar graficamente por meio do software *Iramuteq*, uma organização lexical simples, porém visivelmente interessante, das palavras mais citadas para as práticas dos profissionais de saúde, pelo método de nuvem de palavras, demonstrado na figura 1 (CAMARGO; JUSTO, 2018).

**Figura 1-** Nuvem de palavras mais citadas sobre as práticas dos profissionais



Fonte: dados extraídos do Iramuteq (2022).

### **Potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos profissionais**

Nesta categoria, as participantes mencionaram as fragilidades e as potencialidades da assistência pré-natal de alto risco vivenciadas no serviço. Observou-se por meio dos depoimentos dificuldades vivenciadas no serviço, porém muitos aspectos foram apontados como potencialidades, o que definem a assistência como adequada. Essas potencialidades foram observadas nas falas de todas ao serem questionadas se a assistência pré-natal de alto risco era adequada e quais os principais aspectos dessa assistência.

Nesses aspectos destacaram-se para esse entendimento os seguintes termos: “equipe multiprofissional”, “equipe multidisciplinar”, “equipe interprofissional” e “assistência interprofissional”, os quais foram mencionados por quatro participantes. Dessa forma, é possível entender que as participantes consideram a assistência adequada primeiramente por dispor de uma equipe que contempla profissionais de várias categorias contribuindo para uma assistência completa e de qualidade, conforme as seguintes falas:

“Sim, com uma equipe multiprofissional no mesmo local”. (P1)

“Sim, acompanhamento de sinais, sintomas e taxas metabólicas, atendimento humanizado, escuta ativa e assistência interprofissional”. (P4)

“Sim, possui uma equipe multidisciplinar e o atendimento proativo”. (P7)

“Sim, gestante é assistida por uma equipe interprofissional”. (P8)

Esses mesmos termos também estiveram relacionados com as potencialidades da assistência que foram citadas como facilidades ao refletirem que a equipe é especializada e capacitada. Relataram como facilidades a equipe, “equipe multidisciplinar”, o “trabalho interdisciplinar”, capacitação da “equipe multiprofissional”, “humanização”, “escuta ativa”, “proatividade”, “assistência continuada”, “marcação de consultas”, “acesso” e “reunião”:

“As reuniões realizadas no CAEMI e a equipe multidisciplinar”. (P2)

“Educação continuada, trabalho interdisciplinar e interprofissional”. (P4)

“Educação continuada, os treinamentos para todos os profissionais e o trabalho interdisciplinar”. (P5)

“Equipe multiprofissional capacitada e articulada, boa relação com as ESF”. (P6)

“Equipe especializada, setor de agendamento efetivo e atendimento compartilhado com a APS”. (P7)

Os participantes mencionaram ainda que essas potencialidades da equipe contribuem para uma assistência que visa monitorar e acompanhar a gestante de alto risco em vários aspectos, além de prevenir complicações. Dentre as falas dos participantes, três mencionaram: “acompanhamento”, “monitoramento”, “estabilização” e “prevenção de complicações”:

[...] acompanhamento de sinais, sintomas e taxas metabólicas [...]. (P4)

“Sim, o monitoramento adequado para as gestantes de alto risco é essencial para um parto bem-sucedido”. (P.5)

“Sim, a gestante é acompanhada em vários aspectos para estabilização e ou prevenção ou complicações, bem como a ESF responsável é monitorada para que a assistência seja continuada”. (P6)

Quanto as fragilidades, todos os participantes elencaram aspectos que interferem na assistência como: a infraestrutura do serviço e a gestão. Em relação às fragilidades apontadas da gestão, os termos “rede”, “pontos da rede”, “acesso” e “rede de apoio” foram os termos mais citados por cinco participantes, nos quais eles referem não haver articulação entre os serviços disponíveis na rede, o que dificulta o fluxo dessa gestante, como visto nas falas:

“Às vezes falta de um profissional e o encaminhamento para rede”. (P1)

“As dificuldades dos outros pontos da rede, principalmente aos usuários vulneráveis”. (P2)

“Dificuldades de acesso a outros atendimentos do ponto da rede[...]”. (P4)

“[...]dificuldade em acessar outros pontos da rede”. (P5)

“Falta de uma rede de apoio mais resolutiva”. (P6)

Mencionaram ainda as fragilidades relacionadas à infraestrutura do serviço, nas quais eles referem uma estrutura física inadequada, com espaço inadequado, principalmente a sala de espera. Esses aspectos foram identificados em sete falas:

“Péssima[...]”. (P1)

“Não, precisa de mais espaço adequado”. (P2)

“Não, pouco espaço para atendimentos, recepção fica lotada, seria bom uma ampliação do espaço ou um novo prédio, com espaço para espera”. (P4)

“Não, pouco espaço, principalmente na área de espera”. (P5)

“Não, localização difícil para a maioria das usuárias, número de salas insuficientes para todos os profissionais necessários, salas que não permitem trânsito de macas”. (P6)

“Não, trocar as portas e piso, pintar as paredes e ampliar a sala de espera, alguns consultórios e cozinha”. (P7)

“Não, muitos problemas de infiltração, mofo, etc”. (P8)

Observou-se uma relação de proximidade e conexão entre os termos “acesso”, “local” e “ponto”, onde os participantes associam o absenteísmo das gestantes à dificuldade de acesso e localização do serviço, o que pode ser visualizado nas falas a seguir:

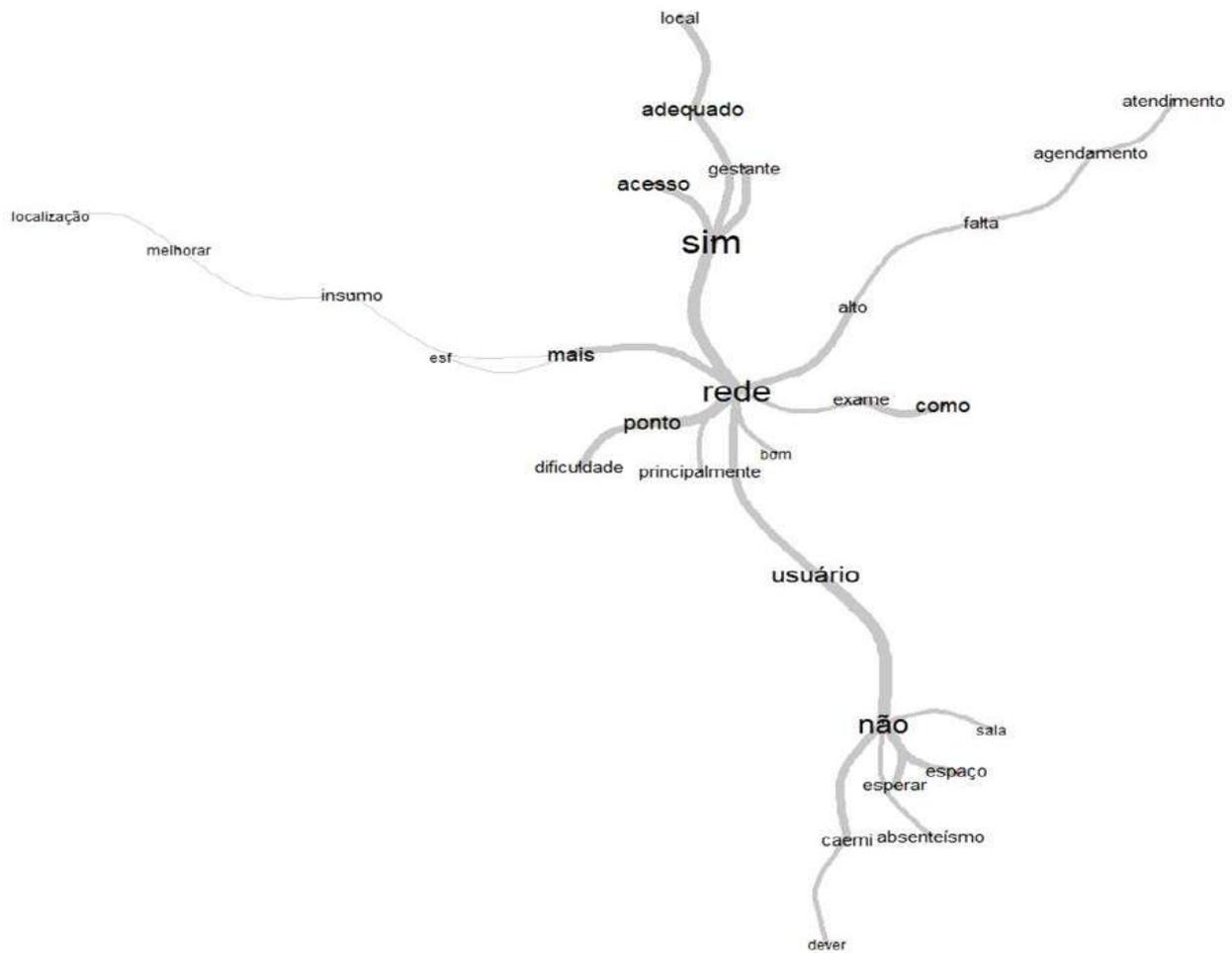
“Dificuldade de acesso ao local”. (P5)

“[...]sua localização[...]”. (P7)

“A maioria do absenteísmo é devido a distância do CAEMI para a casa das usuárias, ele deveria ser melhor localizado”. (P8)

A partir da árvore gerada na interface da análise de similitude, é possível visualizar que as fragilidades enfrentadas pelos profissionais giram em torno da palavra “rede”, na qual se encontra centralizada na árvore. Esta palavra mostrou conexão com outros termos: “usuário”, “ponto”, “acesso”, “falta”. Essa conexão permitiu formar a seguinte frase: “falta ponto de rede e acesso para o usuário”.

**Figura 2-** Análise de similitude das fragilidades.



Fonte: dados extraídos do Iramuteq (2022).

Relataram ainda as dificuldades enfrentadas no serviço como a falta de insumos, realização de exames mais complexos, encaminhamentos e a necessidade de outras especialidades para o acompanhamento adequado das gestantes de alto risco, como por exemplo, a Endocrinologia. Os termos que foram mais citados nessas falas foram: “exames”, “encaminhamentos para outras especialidades”, “falta de insumos”, e “recursos”, apresentado nos depoimentos a seguir e na figura 2.

“E também é a falta de exames. Não é a falta de exames, é porque pelo SUS não fornece [...], mas assim, o SUS não cobre vários exames que fazem parte da rotina de alto risco, certo?! Por exemplo, o hipotireoidismo, são exames que não são cobertos pelo SUS mesmo”. E outra dificuldade que a gente encontra é a questão do encaminhamento pra especialidades, o Endócrino, dificilmente a paciente consegue[...] porque eu acho uma especialidade colado com a obstetrícia porque tem muito hipotireoidismo, tem muita diabetes gestacional, tem muitas discussões

endócrinas ligadas e se tivesse um endocrinologista por semana resolveria oitenta por cento dos nossos problemas [...]”. (P1)

“Exames e encaminhamentos para outros especialistas”. (P3)

[...] constante falta de insumos para o bom funcionamento do centro”. (P6)

[...] e a falta de recursos, glicosímetro”. (P7)

## **Desenvolvimento do Protocolo**

Segundo o Grupo de Trabalho (GT) de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), é possível classificar 21 produtos técnicos diferentes, fruto dos resultados das pesquisas dos programas de pós-graduação, distribuídos em 4 eixos principais. O EIXO 1, produtos e processos, é caracterizado pelo desenvolvimento de produto técnico ou tecnológico, podendo gerar ativos de propriedade industrial e intelectual. Sendo assim, o protocolo construído neste estudo, trata-se de um produto tecnológico experimental/ aplicação ou adequação tecnológica, desenvolvido com aplicação de conhecimentos científicos, expertises afins de gerar mudanças no processo de trabalho (CAPES, 2019).

Dessa forma, os profissionais estiveram envolvidos na construção do protocolo por meio das oficinas temáticas, onde emergiram discussões importantes e reflexões acerca do processo de trabalho. A partir das discussões, o protocolo foi construído pela pesquisadora, levando em consideração os aspectos trabalhados nas oficinas, assim como, suas especificidades. Dessa forma, o protocolo contempla sete temas: O pré-natal de alto risco no CAEMI; acolhimento das gestantes; Fluxograma do circuito de atendimento; Atribuições específicas da equipe interprofissional; Atribuições coletivas da equipe Interprofissional; Fluxo de atendimento da gestante de alto risco na rede atenção e Atributos para a prática Interprofissional colaborativa.

O primeiro tema, o pré-natal de alto risco no CAEMI, aborda os aspectos introdutórios relacionados a assistência prestada pelo serviço, o objetivo dessa assistência e de que forma acontece o encaminhamento para este serviço. No tema “acolhimento das gestantes”, foram definidas as práticas de acolhimento que os profissionais realizam na assistência como: escuta qualificada, pesquisa de satisfação e por meios dos projetos “Olá, tudo bem” e “Maternando” que acontecem diariamente e são executados pelos profissionais da equipe. O “Olá, tudo bem” tem como objetivo de acolher inicialmente as gestantes e orientar quanto ao funcionamento do Caemi, assim como esclarecer as dúvidas das gestantes. O “Maternando” é direcionado para orientar as gestantes sobre os mais diversos temas relacionados a gestação.

Na temática seguinte, fluxograma do circuito de atendimento no CAEMI, foi descrito como a gestante referenciada para o alto risco deve comparecer ao serviço, horário e documentos que esta deverá estar munida no dia da consulta. Nesse tópico é descrito, de forma detalhada, por meio de fluxograma, o circuito de atendimento da gestante de primeira vez no Caemi. Para se chegar a esse fluxograma, percorreram muitas discussões, uma vez que a equipe reconhece que não seguiam um fluxo definido, apesar de existir e que precisavam adaptar.

“Tem uma ordem, não é que a gente segue, mas na nota tem dizendo [...] não porque realmente a gente não tem seguido um fluxo[...]”. (P3)

Porém, é possível identificar por meio das falas que o circuito deve começar pela enfermeira obstetra, a fim de confirmar a estratificação do risco realizado pela APS.

“Ela passa pra Enfermeira, agora se a enfermeira não tiver aí ela vai pra médica, mas sempre se a enfermeira tiver ela vai pra enfermeira, primeira vez né, passa pra enfermeira, sempre enfermeira. Vai pra médica, ou então pode ir pra mim, psicólogo”. (P3)

“Aí depois passa pro restante da equipe multi”. (P4)

Ainda neste tópico incluiu-se o fluxograma para o circuito de atendimento para as gestantes de consultas subsequentes. Este fluxograma foi construído com base no que os profissionais referiram, que esse circuito deverá acontecer em consonância com o planejado no plano de cuidado e que não necessariamente deverá seguir uma sequência lógica.

“Não tem uma ordem certa”. (P4)

“Nas subsequentes, passa pela técnica, tem que passar pela técnica primeiro pra ver os sinais, aí depois, começa a chamar né, se aplica pra mim ou não, eu vou chamando, se aplica pra mim entendeu, aí eu vou chamando”. (P3)

No tema “atribuições específicas da equipe interprofissional” insere-se, em forma de quadro, as atribuições de todos os profissionais que compõem o circuito de atendimento: enfermeiro do apoio, enfermeira obstetra, médico obstetra, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Em seguida, são apresentadas as atribuições coletivas da equipe interprofissional. Muitas dessas atribuições foram mencionadas nas categorias anteriores como a discussão e elaboração do plano de cuidados, participação dos cursos de capacitação e colaboração e participação dos projetos de acolhimentos “Olá, tudo bem”, e “Maternando”.

O protocolo também inclui o fluxo de atendimento da gestante de alto risco na rede de atenção, onde apresenta os pontos de atenção da rede em todos os níveis de complexidade para os diferentes tipos de estratificação de risco e que devem ser referências para o pré-natal. Além disso, o fluxo inclui o direcionamento para os casos de urgências e as intercorrências obstétricas



A partir dos resultados apresentados, observou-se que os profissionais são conhecedores de suas práticas de saúde na assistência ambulatorial especializada, assim como os documentos legais que norteiam e amparam suas práticas. Os profissionais também apontaram os aspectos que configuram como potencialidades para a qualidade da assistência e os aspectos que interferem na assistência, apontados como fragilidades. Como resultado principal deste estudo, foi evidenciada pelos profissionais a necessidade de protocolos adaptados à realidade do serviço, a fim de definir fluxos de atendimento e processo de trabalho.

Os profissionais relataram conhecer os fluxos de atendimentos propostos pela nota técnica da atenção à saúde com foco na atenção ambulatorial especializada, porém os mesmos não seguem. Eles entendem a necessidade de adequar para a realidade do serviço, uma vez que é necessário permitir a flexibilização das práticas, a fim de buscar a centralização do cuidado da gestante. Diante do exposto, ressalta-se que a inexistência dos protocolos assistenciais no serviço faz com que os profissionais atuem de forma não sistematizada, o que pode acarretar falhas na rotina (BRASIL, 2019).

Os protocolos são dispositivos de processo de trabalho úteis no dia a dia dos serviços de saúde, que abrangem a dinâmica de atendimento, organização e a rotina. Os protocolos devem ser elaborados a partir das evidências científicas atuais por profissionais que sejam conhecedores daquela área com expertise. Porém, sabe-se que a implementação dos protocolos nos serviços nem sempre é algo simples de executar na prática, uma vez que cada serviço apresenta suas limitações, conflitos e inclusive resistência por parte dos profissionais para pôr em prática (FENILI; CORREA; BARBOSA, 2017; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Nesse sentido, esse processo de convergência percorrido neste estudo foi de grande importância para conhecer os saberes e as práticas dos profissionais e permitir a provocação de mudanças no serviço. As oficinas temáticas configuram-se como estratégia de êxito para a construção compartilhada do protocolo. Os momentos foram propícios para a reflexão, discussão e compartilhamento de informações e ideias que se fizeram importantes neste processo. Também é importante destacar que esse processo de construção compartilhada do protocolo pôde valorizar cada profissional, permitir trocas e permitir sinergia entre os profissionais da equipe, contribuindo para o trabalho em equipe.

Segundo Peduzzi, Agreli (2018), trabalhar em equipe vai muito além do que apenas trabalhar com outros profissionais, logo configura na construção dinâmica onde os profissionais reconhecem os papéis de cada profissão e aprendem a trabalhar juntos em prol de um objetivo

em comum, a produção do cuidado. Nesse sentido, os profissionais de um serviço de saúde configuram-se como aliados nesse processo de construção, uma vez que são conhecedores das práticas de saúde e da realidade do serviço. Para essa construção, aspectos apontados como potencialidades pelos profissionais na assistência foi o fato de a equipe ser interprofissional, ser proativa, ou seja, os profissionais reconhecem a necessidade de atributos como estes para uma assistência efetiva.

Dentre as fragilidades citadas, os profissionais identificaram alguns empecilhos na gestão que interferem na assistência. Tais fragilidades estão associadas à falta de recursos, estrutura física e principalmente acesso aos serviços da rede. O que está posto condiz com os resultados do estudo realizado em quatro metrópoles brasileiras, que evidenciou grandes lacunas e limitações no acesso, funcionamento e utilização dos serviços de saúde, demonstrando a necessidade de reorganização dos serviços da rede, utilização de protocolos definidos para fluxos locais e implementação de dispositivos de regionalização (FERNANDES *et al.*, 2020).

Corroborando com este resultado, o estudo de Sanine *et al.* (2021) apontou como fragilidade a falta de articulação entre os serviços da rede dificultando o acesso da usuária ao serviço e a necessidade de implantação de protocolos assistenciais na rotina de trabalho.

É importante esclarecer que quanto a esse aspecto da falta de articulação entre os serviços da rede, os profissionais relataram a dificuldade de acessar os serviços disponíveis da rede, como complemento necessário da assistência do alto risco e não a dificuldade de a usuária acessar a atenção ambulatorial especializada. Nesse aspecto, os profissionais consideram o acesso das APS para a AAE fácil, onde a enfermeira da APS facilmente consegue agendar por whatsapp uma gestante estratificada como alto risco.

Porém, os mesmos frisam a falha nos serviços necessários para dar continuidade ao acompanhamento dessa gestante, como encaminhar para uma outra especialidade que não faça parte da atenção especializada, como por exemplo, a endocrinologia, psiquiatra e neurologista; e outros serviços de referência como o hospital de urgência.

Nesse contexto, a produção do conhecimento e compartilhamento dos saberes é produzido para permitir a compreensão e possibilitar ações de melhorias, tendo em vista que não basta apenas o seguimento das normas estabelecidas, mas sim implementá-las a partir dos diálogos, indagações e reflexões que se fazem necessárias. Esse percurso de construção não é simples, pois detém de muitas dificuldades, porém dialogar acerca dessas dificuldades é

necessário, a fim de construir um novo processo (LORO; BITTENCOURT; ZEITOUNE, 2017).

Entre as limitações do estudo, destaca-se a rotatividade dos profissionais no serviço público, o que inviabilizou a permanência dos mesmos profissionais no decorrer de todas as oficinas. A duração das oficinas também caracterizou limitação em virtude que aconteciam no final do circuito de atendimento pela manhã e os profissionais precisavam sair mais cedo para outros vínculos. Dessa forma, as oficinas aconteceram em um tempo não superior a 60 minutos por precisar acontecer de forma objetiva. Apesar desses fatores, as oficinas permitiram gerar um material extenso e de grande qualidade para subsidiar na análise e construção do protocolo.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu a reflexão e discussão sobre as práticas de assistência no pré-natal de alto risco que, por meio das falas dos profissionais, foi possível identificar várias fragilidades no serviço, assim como suas potencialidades. Este caminho foi de grande importância para se chegar na construção do protocolo, uma vez que os profissionais reconhecem a necessidade de sistematizar o cuidado, de melhorar os processos de trabalho, organizar os fluxos do atendimento em prol da qualidade na assistência.

Além disso, as oficinas revelaram que apesar de existirem documentos que norteiam a prática do cuidado pré-natal, não é seguida como deveria ser, evidenciando a necessidade de adequar a realidade do serviço, quanto ao aspecto de fluxo de atendimento. Os profissionais reconhecem a necessidade de construção de um protocolo adaptado ao serviço, de modo a flexibilizar as práticas em prol da individualidade de cada gestante.

Destaca-se que as oficinas temáticas se configuraram como uma estratégia metodológica valiosa, a fim de provocar mudanças e, por meio dos saberes e das experiências dos profissionais, permitiu a construção compartilhada aliada às evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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**. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf> Acesso em: 08 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS a Rede Cegonha. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em 17 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, diário oficial da união, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html) Acesso em: 09 de agosto de 2021.

BRASIL. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf) Acesso em: 09 de agosto de 2021.

BITTENCOURT, S.D.A, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/ Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26 (3): 801-821, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/?lang=pt> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

CASSIANO, A.C.M, et al. Saúde Materno Infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, 65(2): 227-244, abr/jun, 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/50611609.pdf> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software Iramuteq** (Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires). Florianópolis (SC): UFSC; 2018. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018> Acesso em: 19 de agosto de 2021.

FENILI, C; CORREA, C.E.G; BARBOSA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. **Revista Gestão & Saúde** (Brasília), v.8, n.01, p.18-36, jan.2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3676/3352> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

FERNANDES JA et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, 36 (5), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TpXB8XV3DMg6YcWrGwK4gQm/?lang=pt> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

FERREIRA, S.M, et al. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. **Refacs (online)**, 7 (2):143-150, 2019. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/3410> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

GARCIA, E.M, et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? **Ciências & Saúde Coletiva**, 24(12): 4633-4642, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wd8rzF6fR7XvfMwDCJSBkJw/?lang=pt> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

LORO, M.M; BITTENCOURT, V.L.L; ZEITOUNE, R.C.G. Pesquisa Convergente Assistencial: equipe de enfermagem compartilhando saberes sobre riscos ocupacionais e propondo intervenções. **Revista Mineira de Enfermagem**, 21:e-1044, 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1044.pdf> Acesso em: 2 de agosto de 2021.

MATOS, M.A.B; PRISCIPLA, R.R.L; RUBIA, P.B. **Planifica SUS**: Carteira de serviços para organização do ambulatório de atenção especializada. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-fortalecimento-da-aps/planificasus/workshops-e-oficinas-tutoriais/a-integracao-da-atencao-primaria-e-da-atencao-especializada-nas-redes-de-atencao-a-saude/oficina-tutorial-etapa-1/16842-aae-carteira-de-servicos/file> Acesso em: 27 de setembro de 2020.

MEDEIROS, F.F, et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Rev. Bras. Enferm.**, v.72 (suppl 3):213-20, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/frKFgtfyzM6vfCzK3zs67Wf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

NUNES, A.D.S, et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 30 (3):1-10, jul./set., 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6158> Acesso em: 9 de julho de 2022.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à saúde. **Interface** (Botucatu), 22 (sup.21):1525-34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

RODRIGUES, T.F. Desigualdades de gênero e Saúde: Avaliação de políticas públicas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista Cantareira**, ed.22/ jun-jul, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

SANINE PR, et al. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**, 37 (11). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00286120> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial-** Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 3º edição, 2014.

SILVA, L.B.R.A.A, et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, 26(3):931-940, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjZVSFLg47T3vgFwYy6Mh3q/?lang=pt> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

SILVA, J.R, et al. Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma maternidade pública. **Revista brasileira de ciências da saúde**, 22 (2):109-116, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/31252> Acesso em: 9 de julho de 2022.

SILVA, J.D.C, et al. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Revista Acervo Saúde**, v.sup.23, e451, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/451> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

TELES, F.I.D, et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local a Atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.8, n.1, pp.27-38, 2020. Disponível em:

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4454/0> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte:Nescon/UFMG. Coopmed, 2019. Acesso em: 21 de junho de 2022. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>

WINNIKOW, M.H. **Percepções das gestantes adolescentes e dos profissionais sobre o cuidado integral em Ambulatório de pré-natal de alto risco**. [Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva]. Universidade Regional de Blumenau, 2016. Disponível em: [https://bu.furb.br/docs/DS/2016/363655\\_1\\_1.pdf](https://bu.furb.br/docs/DS/2016/363655_1_1.pdf) Acesso em: 15 de agosto de 2021.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Rev. Baiana enferm**, 31(1): e21847, 2017. Disponível em:

[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502017000100201](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000100201)

Acesso em 15 de setembro de 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em:

[https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-](https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf)

[bardin.pdf](https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf) Acesso em: 11 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico** Nº 20. Volume 51. maio/2020. Disponível em:

[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/)

[2020/](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/) Acesso em: 11 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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**. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2019. Disponível em:

[https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-](https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf)  
[planificasus.pdf](https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf) Acesso em: 08 de Agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco, incluído a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, Diário Oficial da União, 29 maio, 2013.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html) Acesso em: 12 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5º edição. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2012a. 302 p. (Série A. normas e manuais técnicos).

Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf) Acesso em: 11 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em:

<https://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/resolucoes/resolucao-466-2012.html>

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) Acesso em: 11 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS a Rede Cegonha. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em 17 de setembro de 2020.

BRASIL. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf) Acesso em: 09 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, diário oficial da união, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html) Acesso em: 09 de agosto de 2021.

CAMACHO E.N.P.R et al. Causa da mortalidade materna na região metropolitana I no triênio 2013-2015, Belém, PA. **Revista Nursing**, 23 (263):3693-3697, 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/263/pg36.pdf> Acesso em 18 de janeiro de 2023.

CANTATORE, O.A; MALFITANO, A.P.S; BARROS, N.F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface** (Botucatu), 21(62): 553-63, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BjXd3Vt3fL4rQT4xHHwJFJr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 de setembro de 2021

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Relatório de Grupo de trabalho de produção técnica da CAPES**. Ministério da Educação. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf> Acesso em 30 de janeiro de 2023.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.115, p. 1177-1186, out-dez, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

CASSIANO, A.C.M, et al. Saúde Materno Infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, 65(2): 227-244, abr/jun, 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/50611609.pdf> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

CABRAL SAAO, et al. Receios na gestação de alto risco: uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. **Rev Mult Psiq**, 2018; 12 (40):151-162. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1051/1515> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

CICH. **Canadian Interprofessional Health Collaborative**. A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. Vancouver: CICH; 2010. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>. Acesso em 03 de outubro de 2022.

FENILI, C; CORREA, C.E.G; BARBOSA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. **Revista Gestão & Saúde** (Brasília), v.8, n.01, p.18-36, jan.2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3676/3352> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

FERREIRA, S.M, et al. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. **Refacs (online)**, 7 (2):143-150, 2019. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3410> Acesso em: 14 de setembro de 2021.

GARCIA, E.M, et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? **Ciências & Saúde Coletiva**, 24(12): 4633-4642, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wd8rzF6fR7XvfMwDCJSBkJw/?lang=pt> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

LEAL, M.C, et al. Saúde reprodutiva materna, neonatal, infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 23 (6):1915- 1928, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 18 de janeiro de 2023.

MARIO, D.N, et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24 (3):1223-1232, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d46t6kHLtRQrpjK3GqtdGnH/?lang=pt> Acesso em: 6 de julho de 2022.

MATOS, M.A.B; PRISCIPLA, R.R.L; RUBIA, P.B. **Planifica SUS**: Carteira de serviços para organização do ambulatório de atenção especializada. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-fortalecimento-da-aps/planificasus/workshops-e-oficinas-tutoriais/a-integracao-da-atencao-primaria-e-da-atencao-especializada-nas-redes-de-atencao-a-saude/oficina-tutorial-etapa-1/16842-aae-carteira-de-servicos/file> Acesso em: 27 de setembro de 2020.

MEDEIROS, F.F, et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Rev. Bras. Enferm.**, v.72 (suppl 3):213-20, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/frKFgtfyzM6vfCzK3zs67Wf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

PAIM, L; TRENTINI, M. Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos. **In: Pesquisa Convergente Assistencial**-Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 3º edição, 2014, p.21-28.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia-Atenção Materno Infantil: Gestação** / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8 ed. Curitiba: SESA. 2022. 80 p. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2022-03/linha\\_guia\\_mi-gestacao\\_8a\\_ed\\_em\\_28.03.22.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi-gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf) Acesso em: 22 de abril de 2022.

PEDUZZI, M; OLIVEIRA, M.A. A; SILVA, J.A.MI; AGRELI, H.L.F; MIRANDA, N.M.V. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. **In: Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**. Barueri: Manole, v. 1., 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002742133> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

PEDUZZI, M, et al. Trabalho em equipe: uma revista ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 18 (51): e0024678, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt> Acesso em: 12 de agosto de 2021.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à saúde. **Interface** (Botucatu), 22 (sup.21):1525-34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

PREVIATO, G. F; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Revista*

**Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 1535-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/abstract/?lang=pt> Acesso em 05 de outubro de 2022.

PICININI CR et al. Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério da Serra Catarinense. **Câmara Técnica da Rede Cegonha da Serra Catarinense**. 2021. 197 p. Disponível em: <https://saudelages.sc.gov.br/files/protocolo/1/20210610101949.pdf> Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

PILER, A. A. et al. Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1254, jan. 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v23/1415-2762-reme-23-e1254.pdf> Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

PIMENTA, C. A. de M. et al. (Org.). **Guia para construção de Protocolos Assistências de Enfermagem**. São Paulo: COREN/SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2022.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Revista Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 56, n.20, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 05 de outubro de 2022.

RODRIGUES, T.F. Desigualdades de gênero e Saúde: Avaliação de políticas públicas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista Cantareira**, ed.22/ jun-jul, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

SANTANA, T.D.B, et al. Avanços e desafios da concretização da política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Atenção à Saúde**, v.17, n.61, p.135-141, jul/set, 2019. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6012](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012) Acesso em: 12 de agosto de 2021.

SILVA, L.B.R.A.A, et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, 26(3):931-940, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjZVSFLg47T3vgFwYy6Mh3q/?lang=pt> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

SILVA, J.D.C, et al. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Revista Acervo Saúde**, v.sup.23, e451, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/451> Acesso em: 11 de agosto de 2021.

SCARTON, J., et al..Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da literatura. **Res.:fundam.care.online**, 2019. Abr/jul, 11(3): 816-822. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7063/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7063/pdf_1) Acesso em 13 de agosto de 2020.

TELES, F.I.D, et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local a Atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.8, n.1, pp.27-38, 2020. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4454/0> Acesso em: 15 de agosto de 2021.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial-** Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 3º edição, 2014.

TRENTINI, M. O Processo Convergente Assistencial. In: **Pesquisa Convergente Assistencial-**Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 3º edição, 2014, p.31-62.

WHO HEALT ORGANIZATION. **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNIFEC, UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42930> Acesso em: 22 de agosto de 2021.

WINNIKOW, M.H. **Percepções das gestantes adolescentes e dos profissionais sobre o cuidado integral em Ambulatório de pré-natal de alto risco**. [Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva]. Universidade Regional de Blumenau, 2016. Disponível em: [https://bu.furb.br/docs/DS/2016/363655\\_1\\_1.pdf](https://bu.furb.br/docs/DS/2016/363655_1_1.pdf) Acesso em: 15 de agosto de 2021.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Prezado(a) Senhor (a)**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa denominada: **PROTOCOLO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL ÀS GESTANTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL**. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora (**Leyla Gerlane de Oliveira Adriano**) e da Orientadora (Dra. Herla Maria Furtado Jorge) e tem como objetivo **construir um Protocolo para sistematizar o cuidado interprofissional das gestantes atendidas em um centro de atenção especializado materno infantil**. Esta pesquisa tem por finalidade buscar melhorias da qualidade do cuidado prestado, uma vez que, esse serviço objetiva reduzir a mortalidade materna infantil, a partir dos cuidados ofertados e por ser o serviço de atenção especializada no município. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone (**Leyla Gerlane- (86) 99904-5413**). Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br); no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa tem como justificativa o interesse na qualidade do cuidado interprofissional prestado no pré-natal de alto risco, uma vez que a literatura aponta desafios e fragilidades enfrentados na assistência e para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: **Formação de grupos de convergências/oficinas, com auxílio de um gravador de voz.**

Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos: risco de constrangimento, cansaço e/ou aborrecimento ao responder os questionamentos porém os mesmos serão contornados respeitando o profissional o seu direito de não responder alguma das perguntas, ou se recusar a continuar participando do estudo em qualquer momento da pesquisa. Além disso, diante do atual cenário epidemiológico da **Pandemia da Covid-19** e sua alta taxa de transmissibilidade, é considerado o risco de infecção com o novo coronavírus (SARS-COV2) e suas variantes. Como forma de minimizar este risco serão adotadas medidas de prevenção de infecções como o uso obrigatório de máscara, higienização das mãos e distanciamento dos participantes da pesquisa durante as oficinas temáticas, tornando os encontros mais seguro. Vale ressaltar que as oficinas temáticas poderão acontecer de forma remota por meio do App *Google Meet* a depender da situação epidemiológica da Pandemia da Covid-19.

Os benefícios desta pesquisa será construir um protocolo de cuidado interprofissional do pré-natal de alto risco, a partir da dinâmica do serviço, das fragilidades e potencialidades identificadas nas oficinas, de modo que possa contribuir para a sistematização do cuidado interprofissional, e assim, melhorar na qualidade dos serviços ofertados as gestantes de alto risco.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu -----declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

**Preencher quando necessário**

- ( ) Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;
- ( ) Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.
- ( ) Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

Local e data: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE 2- CHECKLIST PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Data da Observação \_\_\_\_\_

**I. SALA DE ESPERA/RECEPÇÃO/AGENDAMENTO**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.O espaço da sala de espera é adequado?		
2. Dispõe de mais de uma sala de espera?		
3. Dispõe de ambiente aberto?		
4. A quantidade de cadeiras na sala de espera é compatível com o número de usuárias aguardando a consulta?		
5. Na sala de espera dispõe de equipamentos de áudio e vídeo? (TV, sistema de som integrado para chamada de voz)		
6. Dispõe de sanitários?		
7. Dispõe de cadeira de rodas?		
8. O ambiente atende a política de acessibilidade?		
9. Dispõe de bebedouro?		
10.Observações:		

**II. ATENDIMENTO INICIAL DO ENFERMEIRO**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Está localizado próximo à sala de espera?		
2.Dispõe de mobiliário para consultório padrão?		
3. Está localizado próximo ao ponto de apoio?		
Observações:		

**III. PONTO DE APOIO**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Está localizado em espaço estratégico central?		
2.Dispõe de mesa?		
3. Dispõe de computador?		
4.Dispõe de impressora?		
5.Dispõe de aparelho telefônico sem fio?		
6. Dispõe de aparelho telefônico com microfone?		
7.Observações:		

**IV. CONSULTÓRIO PADRÃO PARA ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Dispõe de mobiliário padrão para consultório?		
2. Os consultórios estão dispostos lado a lado e próximo ao ponto de apoio?		
3. Observações:		

**V. FISIOTERAPIA**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. O espaço é amplo? Permite a circulação de profissionais e usuárias?		
2. Dispõe de mobiliário padrão para salas de atendimento e intervenções do fisioterapeuta?		
3. Dispõe de sanitário anexo?		
Observações:		

**VI. SALA DE ULTRASSOM**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Está localizado próximo ao consultório do Médico obstetra?		
2. Dispõe de mobiliário padrão para salas de atendimento?		
3. Dispõe de aparelho ultrassom completo?		
4. Dispõe de impressora para impressão de laudos?		
5. Observações:		

**VII. SALA DE CARDIOTOCOGRAFIA**

<b>ESTRUTURA FÍSICA/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Dispõe de cardiotocógrafo		
2. Dispõe de poltrona reclinável?		
3. Dispõe de cadeira para acompanhante?		
4. Observações:		

**VIII. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

<b>ASPECTOS EM GERAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. O ambulatório abriu no horário certo? 07:30		
2. Os profissionais chegaram no horário?		
3. Foi realizado acolhimento das usuárias?		
3. Dispõe de uma sala para reuniões em equipe, atividades internas e de educação permanente?		
4. A sala de espera é aproveitada para realizar atividades educativas?		
5. As usuárias saíram do atendimento com a próxima consulta agendada?		
6. As usuárias foram orientadas quanto ao plano de cuidados?		
7. Qual foi o tempo em média da espera para iniciar o ciclo de atendimentos?		

8. Qual foi o tempo em média de cada consulta?
10. Qual foi o tempo em média de permanência de cada usuária no ambulatório?
11. Quantos atendimentos foram realizados?
12. Como se deu a ordem de atendimento?
<u>Espaço livre</u>

Fonte: Adaptado de MATOS; PRISCILA; RUBIA, 2019.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE 3- QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS-PROFISSIONAIS**

**Identificação P** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**I. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

1. Idade:
2. Sexo: F ( ) M ( )
3. Profissão ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Nutricionista ( ) Assistente Social ( ) Fisioterapeuta ( ) Psicólogo
4. Nível de instrução ( ) Pós-Graduação ( ) Residência ( ) Mestrado Profissional ( ) Mestrado acadêmico ( ) Doutorado
5. Possui Pós-Graduação? ( ) SIM ( ) NÃO, se sim, em que área?
6. Tempo de formação:

**II. ATIVIDADE PROFISSIONAL**

1. Tem mais de 1 emprego? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual local e tipo de atividade:
2. Jornada de trabalho nesta instituição
3. Jornada de trabalho em outra instituição:
4. Há quanto tempo trabalha no CAEMI?
5. Antes de trabalhar no CAEMI você já atuava na área?
6. Costuma fazer cursos de atualização na área (pré-natal de alto risco, saúde da mulher, temas afins)?

**III. PROCESSO DE TRABALHO**

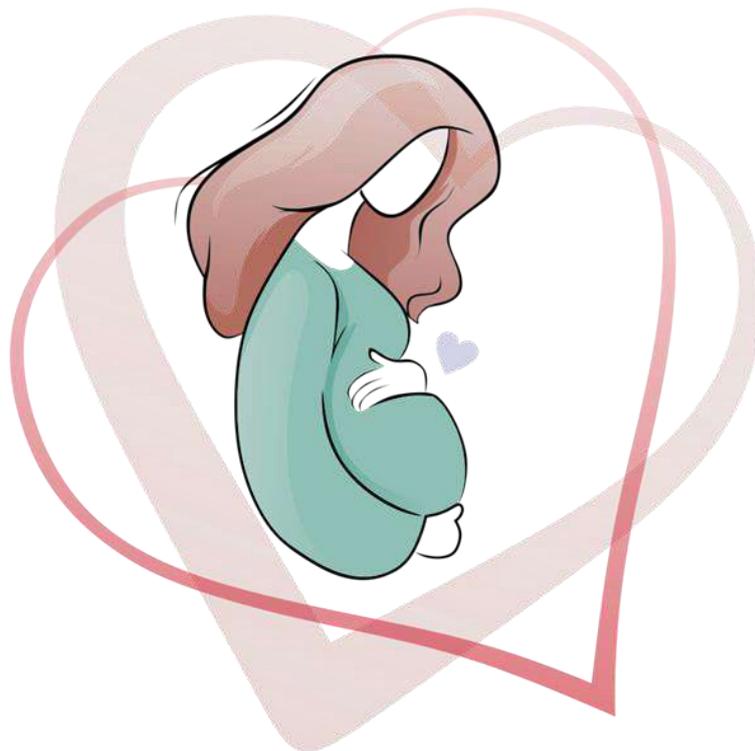
1. Quais as práticas que você realiza na assistência pré-natal de alto risco?
2. Você considera que a assistência pré-natal de alto risco no CAEMI é adequada? Descreva os principais aspectos.
3. Descreva as dificuldades enfrentadas na assistência pré-natal de alto risco no CAEMI?
4. Quais as facilidades do serviço para a assistência pré-natal de alto risco?
5. Você considera a estrutura física adequada? Se não, descreva sugestões para melhoria.
6. Você já realizou cursos de capacitação, reciclagem e educação continuada ofertados pelo serviço? Se sim, quais? Quando foi realizado? Quais os assuntos abordados?
7. A equipe costuma discutir os casos e elaborar o plano de cuidado da gestante? De que forma?
8. As normas e rotinas dos serviços são bem aceitas pelos profissionais? Se sim, quais os documentos e/ou protocolos que norteiam a sua prática?
9. Na sua opinião o que poderia ser melhorado quanto a assistência prestada no CAEMI?

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

**APÊNDICE 5- PRODUTO DA DISSERTAÇÃO**



**PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE  
ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DO CENTRO DE  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA MATERNO-INFANTIL**



**TIMON-MA  
2022**



## **PROTOCOLO INTERPROFISSIONAL DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DO CENTRO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA MATERNO-INFANTIL**

### **Responsável pela Elaboração**

Leyla Gerlane de Oliveira Adriano

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

### **Orientadora:**

Dra. Herla Maria Furtado Jorge

Profa. Departamento de Enfermagem UFPI

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPI

Líder do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher (GEPESM)

### **Colaboração:**

Ana Karoliny Rodrigues Abreu, Enfermeira.

Aliciana de Assunção Botelho, Assistente social.

Isabel Messias Sepúlveda Brito, Médica Obstetra.

Letícia Santos Gomes, Nutricionista.

Kelle Yasmin Pimentel Torres, Psicóloga.

Este Protocolo foi criado como produto técnico da dissertação intitulada: “Desenvolvimento de protocolo interprofissional para o cuidado pré-natal especializado”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí- PPGENF/UFPI, com aprovação no CEP/UFPI sob o CAAE nº54377221.0.0000. 5214.



**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 01-</b> Fluxograma do circuito de atendimento para as gestantes de primeira consulta.....	11
<b>Figura 02-</b> Fluxograma do circuito de atendimento para as gestantes de consulta subsequente no CAEMI.....	12
<b>Figura 03-</b> Atributos para a PIC.....	16

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 01-</b> Projeto “Olá, tudo bem” e “Maternando” .....	10
<b>Quadro 02-</b> Atribuições específicas da equipe no CAEMI.....	13
<b>Quadro 03-</b> Atribuições coletivas da equipe no CAEMI.....	15
<b>Quadro 04-</b> Pontos de Atenção da linha materno-infantil no município de Timon.....	16

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AAE-** Atenção Ambulatorial Especializada

**APS-** Atenção Primária à Saúde

**CAEMI-** Centro de Atenção Especializada Materno Infantil

**E.O-** Enfermeira Obstetra

**PNAR-** Pré-Natal de Alto Risco

**PIC-** Prática Interprofissional Colaborativa

## **APRESENTAÇÃO**

A linha de Cuidado Materno-Infantil da Secretaria Municipal de Saúde foi implantada no município de Timon-MA, com a finalidade de organizar as ações e os serviços de saúde da rede, garantindo a qualidade da assistência à saúde da mulher na sua total integralidade.

A redução da mortalidade materno-infantil é fruto de várias ações, dentre elas, a definição, organização e pactuação desses serviços de saúde na rede, bem como a captação precoce das gestantes de alto risco na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da estratificação de risco. Além disso, constitui como ações o compartilhamento do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), a capacitação dos profissionais da rede e a vinculação da gestante de alto risco ao hospital de referência no município para realização do parto e atendimento às urgências obstétricas e neonatais (BRASIL, 2019; BRASIL, 2022).

A Atenção Ambulatorial Especializada é definida como um ponto de atenção secundária da rede, que deve prestar cuidado às gestantes estratificadas como alto risco pela APS (BRASIL, 2019). No município de Timon, este ponto da AAE é oferecido por meio do Centro de Atenção Especializada Materno Infantil (CAEMI), serviço de saúde de referência para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), inaugurado em 2019.

Este protocolo objetiva sistematizar o cuidado interprofissional prestado às gestantes de alto risco do CAEMI. Dessa forma, este material aborda aspectos relacionados a organização do processo de trabalho desenvolvido no serviço, fluxogramas de atendimentos, fluxos dentro da rede de atenção e ações desenvolvidas no serviço.

O protocolo é direcionado para a equipe multiprofissional que desempenha um trabalho interprofissional no centro, a qual fazem parte: Enfermeiro obstetra, Enfermeira do apoio, Médica Obstetra, Psicóloga, Nutricionista, Assistente social e a Fisioterapeuta.

Agradecemos o apoio e a colaboração de todos os profissionais que estiveram envolvidos na construção deste protocolo, por meio da realização de oficinas temáticas, as quais emergiram valiosas discussões e reflexões acerca do processo de trabalho do CAEMI.

## SUMÁRIO

1. O Pré-Natal de alto risco no CAEMI.....	09
2. Acolhimento das gestantes no CAEMI.....	09
3. Fluxograma do circuito de atendimento no CAEMI.....	10
4. Atribuições Específicas da Equipe Interprofissional.....	12
5. Atribuições Coletivas da Equipe Interprofissional.....	14
6. Fluxo de atendimento da gestante de alto risco na rede de atenção.....	15
7. Atributos para a Prática Interprofissional Colaborativa no CAEMI.....	16
Referências.....	18

## **1. O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO CAEMI**

O pré-natal de alto risco do CAEMI é o acompanhamento realizado por uma equipe multiprofissional especializada da AAE, que tem como objetivo de realizar o manejo adequado às morbidades e outras situações que caracterizem o alto risco para a saúde materno-infantil. Esse acompanhamento deverá ser realizado a partir do cuidado compartilhado com a APS, esta, ordenadora do cuidado e responsável por encaminhar a gestante estratificada de alto risco para o CAEMI.

O encaminhamento para o CAEMI deve ser realizado a partir da estratificação de risco pela APS e agendada a consulta da gestante via contato telefônico (WhatsApp) do CAEMI. É importante destacar que a captação das gestantes na APS acontece de forma precoce, a fim de identificar possíveis fatores de riscos que possam intervir no curso da gestação de forma desfavorável e que essa gestante consiga chegar na AAE em tempo hábil e oportuno.

Dessa forma, a gestante deve ser acompanhada na APS pela UBS de referência ao seu bairro de residência e pela Atenção Especializada do CAEMI. O acompanhamento do CAEMI deve se estender até o parto e nascimento, garantindo assistência obstétrica e neonatal.

## **2. ACOLHIMENTO DAS GESTANTES NO CAEMI**

O acolhimento das gestantes no CAEMI é realizado por meio de ações que visam aproximar a gestante ao serviço, ouvindo suas queixas, anseios, esclarecendo suas dúvidas e fornecendo informações sobre o serviço do CAEMI. O acolhimento na AAE é responsável pela integralidade do cuidado e fortalecimento do vínculo dessa gestante ao serviço, garantindo, assim, um atendimento humanizado.

No CAEMI as ações de acolhimento acontecem de forma diária e contínua durante todos os circuitos de atendimentos e são realizadas por todos os profissionais que fazem parte do CAEMI, incluindo pessoal administrativo.

As ações de acolhimento propostas pelo CAEMI e inseridas no circuito de atendimento consistem na escuta qualificada, realizada por todos os profissionais; a caixa de sugestões e reclamações para as gestantes disponível na sala de espera e a execução dos projetos “Olá, tudo bem” e “Maternando”, que têm como objetivo acolher as gestantes e fornecer informações sobre diferentes temas acerca da gestação, conforme apresentado no quadro a seguir:

**Quadro 01- Projeto “Olá, tudo bem” e “Maternando”**

<b>PROJETO</b>	<b>“OLÁ, TUDO BEM”</b>	<b>“MATERNANDO”</b>
<b>AÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolher as gestantes de primeira consulta e subsequentes;</li> <li>- Orientar as gestantes acerca do funcionamento do CAEMI, como acontece o circuito de atendimento, por quais profissionais elas serão atendidas e qual a ordem de atendimento;</li> <li>- Orientar quanto a importância de levar os exames realizados para as consultas;</li> <li>- Orientar quanto ao plano de cuidados;</li> <li>- Enfatizar a importância de continuar o pré-natal na UBS;</li> <li>- Oferecer informações às gestantes;</li> <li>- Esclarecer dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre a importância do pré-natal de alto risco no serviço especializado;</li> <li>- Orientar às gestantes sobre temas diversos relacionados o pré-natal, como: vacinas, alimentação saudável, suplementação;</li> <li>- Orientar quanto a temas diversos relacionados a gestação: como fases da gestação, os riscos do consumo de álcool, drogas, tabagismo, medidas de relaxamento, a importância do aleitamento materno e outros temas;</li> <li>- Proporcionar troca de experiências com as gestantes;</li> <li>- Oferecer informações às gestantes;</li> <li>- Esclarecer dúvidas.</li> </ul>
<b>QUEM EXECUTA</b>	- Todos os profissionais da equipe do CAEMI.	- Profissionais que compõem a equipe interprofissional.
<b>FREQUÊNCIA</b>	-Diariamente	- Diariamente

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

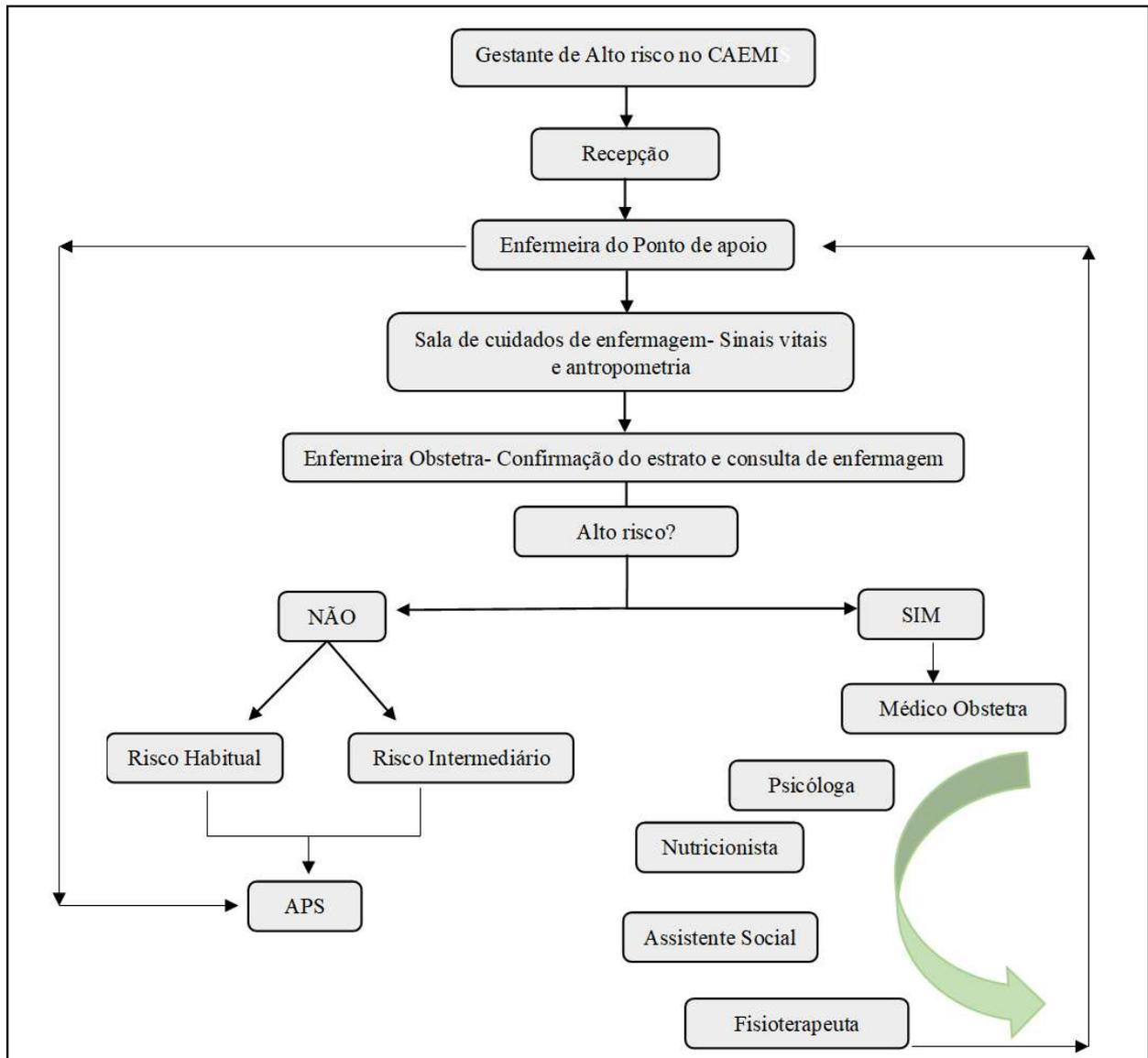
### **3. FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DE ATENDIMENTO DO CAEMI**

Toda gestante referenciada da APS para o alto risco deverá comparecer no dia agendado pelo CAEMI, no horário de 07:30 da manhã, munida da ficha de cuidado compartilhado, os exames realizados até o momento da consulta, cardeneta da gestante, cartão de vacina e documento de identificação. Ao chegar no CAEMI, a gestante deve se direcionar para a recepção para confirmação da consulta, checagem de documentos, abertura de plano de cuidado e, após, aguardar direcionamento do ponto de apoio para a sala de cuidados de enfermagem para verificação de sinais vitais e medidas antropométricas.

As gestantes de primeira consulta devem participar obrigatoriamente do circuito de atendimento por todos os profissionais da equipe inteprofissional, começando pela Enfermeira Obstetra (E.O), a fim de confirmar a estratificação de risco. Caso a E.O confirme o estrato como alto risco, essa gestante deve seguir no circuito com os outros profissionais, conforme apresentado na figura 01. Caso a gestante seja estratificada como risco intermediário ou habitual, a enfermeira do apoio encaminha a gestante para a APS.

Nos casos de risco intermediário, a enfermeira da APS mantém contato com a enfermeira do apoio do CAEMI, a fim de garantir o estrato de risco dessa gestante, caso a mesma evolua para alto risco. Dessa forma, o CAEMI dá suporte para a APS nos casos de risco intermediário, a fim de assegurar estabilidade da gestante.

**Figura 01. Circuito de atendimento para as gestantes de primeira consulta.**



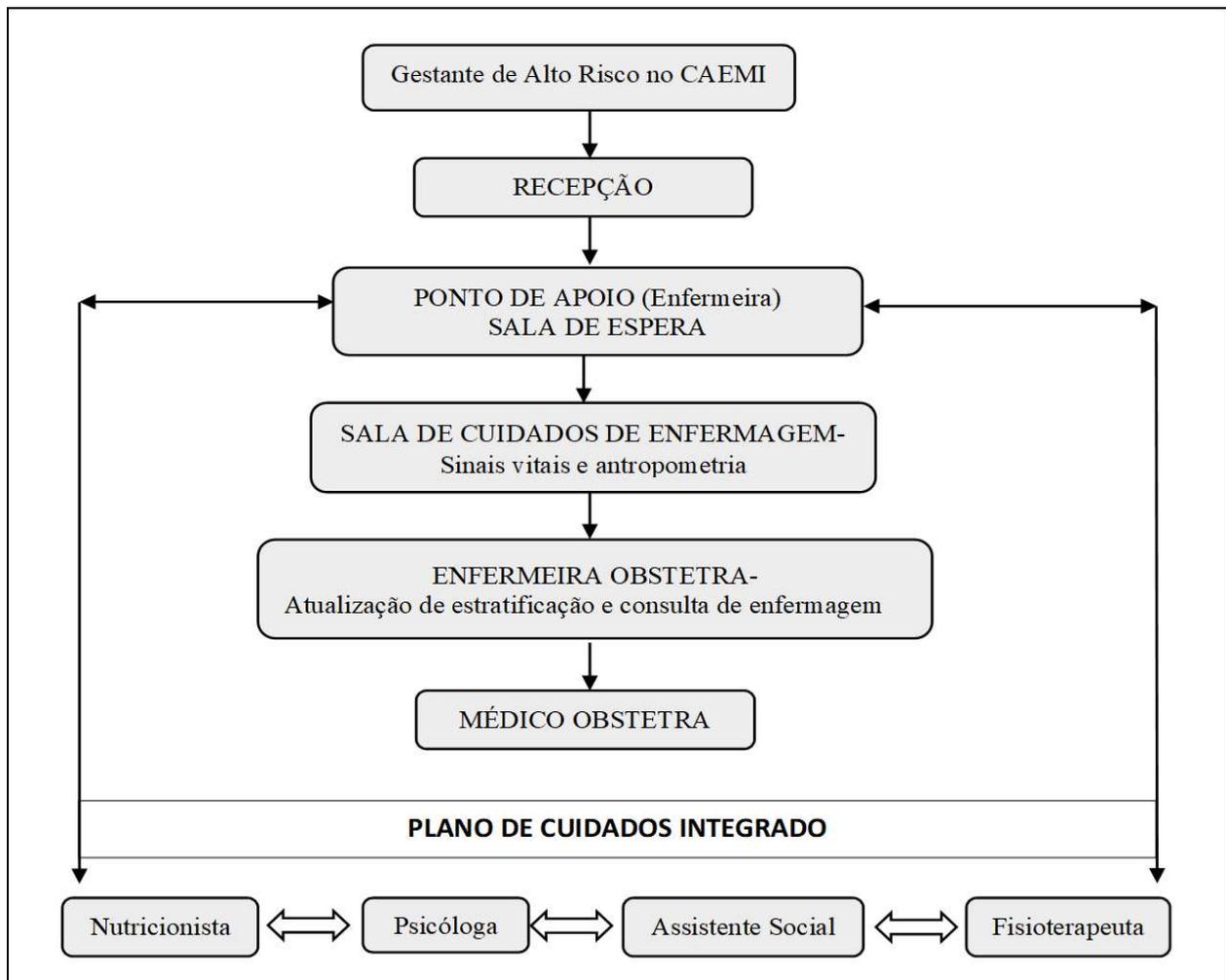
Fonte: elaborado pelo autor (2022).

As gestantes agendadas para a realização de consultas subsequentes no CAEMI devem comparecer à recepção, seguindo mesmo fluxo de primeira vez, aguardar direcionamento do ponto de apoio para sala de cuidados de enfermagem e, após, aguardar direcionamento para o circuito de atendimento,

de acordo com o plano de cuidados, baseado nas necessidades da gestante, elaborado na primeira consulta pela equipe interprofissional.

Dessa forma, o circuito de atendimento para as gestantes de consultas subsequentes acontece em consonância com o programado no plano de cuidados, o que pode ser visualizado na figura 02 a seguir:

**Figura 02. Circuito de atendimento para as gestantes de consultas subsequentes.**



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

#### 4. ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A assistência pré-natal de alto risco na AAE é realizada por uma equipe mínima multiprofissional e especializada composta por: médico obstetra,

enfermeiro obstetra, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista (BRASIL, 2019).

Também faz parte da equipe multiprofissional o(a) enfermeiro(a) generalista, coordenador(a) do circuito de atendimento no ponto de apoio. A seguir, (Quadro 02) são apresentadas as atribuições específicas e individuais de cada profissional da equipe interprofissional que compõem o circuito de atendimento.

**Quadro 02. Atribuições específicas da equipe Interprofissional no CAEMI**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>ATRIBUIÇÕES</b>
<b>Enfermeiro(a) do Ponto de Apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar checklist dos formulários de compartilhamento do cuidado, exames e encaminhamento da APS;</li> <li>• Encaminhar gestante para estratificação de risco com a E.O;</li> <li>• Monitorar o fluxo da gestante no circuito de atendimento;</li> <li>• Monitorar o plano de cuidados da gestante elaborado no circuito;</li> <li>• Manter comunicação ativa com os pontos da rede de atenção e com os profissionais da APS;</li> <li>• Planejar reuniões semanais com a equipe interprofissional para discussão de casos;</li> <li>• Organizar a agenda de marcações dos municípios da região;</li> <li>• Orientar, esclarecer dúvidas, disseminar informações, a fim de fortalecer o cuidado;</li> <li>• Servir de ponto de apoio para os profissionais dentro do circuito de atendimento;</li> <li>• Garantir o retorno da gestante de acordo com o plano de cuidados;</li> <li>• Elaborar o cronograma do projeto “Olá, tudo bem?” e o “Maternando”.</li> </ul>
<b>Enfermeiro(a) Obstetra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar e atualizar a estratificação de risco a cada consulta;</li> <li>• Realizar consulta de enfermagem;</li> <li>• Realizar o exame de cardiotocografia;</li> <li>• Monitorar esquema vacinal;</li> <li>• Gerenciar o cuidado de enfermagem;</li> <li>• Realizar intervenções necessárias dentro das suas competências técnicas;</li> </ul>
<b>Médico(a) Obstetra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consulta;</li> <li>• Atualizar a estratificação de risco a cada consulta;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar e avaliar os exames laboratoriais, ultrassonografia, cardiocografia e outros exames;</li> <li>• Realizar o manejo das morbidades;</li> <li>• Prescrever medicamentos;</li> <li>• Encaminhar as gestantes para outros serviços da rede;</li> <li>• Monitorar as condições clínicas;</li> <li>• Realizar intervenções de urgência/emergência que se fizerem necessárias durante o circuito no CAEMI;</li> </ul>
<b>Psicólogo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atendimento psicológico individual;</li> <li>• Estabelecer estratégias de intervenções terapêutica;</li> <li>• Avaliar a capacidade para o autocuidado;</li> <li>• Desenvolver ações de promoção da saúde.</li> </ul>
<b>Nutricionista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atendimento nutricional;</li> <li>• Prescrever plano alimentar individualizado e suplementação;</li> <li>• Realizar monitoramento nutricional das GAR com sobrepeso, obesidade, diabetes, síndromes hipertensivas e outras;</li> <li>• Preencher os gráficos de acompanhamento nutricional na caderneta da gestante;</li> <li>• Orientar e incentivar a importância do aleitamento materno exclusivo;</li> </ul>
<b>Assistente Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atendimento em serviço social;</li> <li>• Identificar fatores determinantes sociais da saúde;</li> <li>• Identificar as gestantes vulneráveis;</li> <li>• Realizar ações de intervenções com o apoio da rede quando se fizer necessário;</li> <li>• Realizar encaminhamento para serviços da rede;</li> <li>• Facilitar o acesso das GAR aos programas, benefícios, serviços e projetos disponíveis e que tenham direito;</li> <li>• Planejar com a equipe estratégias para melhor enfrentamento das vulnerabilidades identificadas;</li> <li>• Desenvolver ações para fortalecer o autocuidado.</li> </ul>
<b>Fisioterapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atendimento fisioterapêutico;</li> <li>• Realizar avaliação fisioterapêutica individual levando em considerações as comorbidades, idade e queixa da gestante;</li> <li>• Diagnosticar disfunções;</li> <li>• Prescrever tratamento fisioterapêutico;</li> <li>• Realizar orientações conforme o diagnóstico;</li> <li>• Simular a realização de exercícios funcionais;</li> <li>• Elaborar projetos de intervenção;</li> <li>• Realizar preparação para o parto;</li> <li>• Realizar orientações quanto a mecânica corporal, postura, prática de exercícios físicos e orientações em casos de restrição de atividade física.</li> </ul>

Fonte: adaptado da nota técnica (2019).

## 5. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional da AAE desempenha suas atividades dentro de uma lógica da interdisciplinaridade e interprofissionalidade, o que garante a interação entre os membros da equipe, compartilhamento de saberes, integração de ações e compartilhamento de um objetivo em comum.

A lógica da interprofissionalidade e interdisciplinaridade é visualizada nas ações do CAEMI mediante o planejamento do cuidado, durante o circuito de atendimento, nas atividades de educação permanente, definição de condutas terapêuticas e nos grupos de estudo. No quadro abaixo são apresentadas algumas das atribuições em comum a todos os profissionais da equipe interprofissional do CAEMI.

### Quadro 04. Atribuições da equipe interprofissional no CAEMI

<b>ATRIBUIÇÕES COLETIVAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atendimentos individuais de acordo com as competências técnicas de cada profissional;</li> <li>• Discutir e elaborar com a equipe interprofissional o plano de cuidados;</li> <li>• Realizar monitoramento clínico;</li> <li>• Realizar e garantir a integralidade das ações;</li> <li>• Realizar a escuta qualificada;</li> <li>• Realizar ações interdisciplinares em prol do cuidado;</li> <li>• Realizar o registro de atendimento no plano de cuidado, na caderneta da gestante, formulários e encaminhamentos;</li> <li>• Planejar, coordenar, e participar das ações de tecnologias leve (grupos de estudos, grupos operativos, gestão de casos, atenção compartilhada em grupo, e outros);</li> <li>• Participar das atividades de capacitação, tutorias do CONASS, reuniões, e outras atividades de educação permanente propostas pelo serviço;</li> <li>• Orientar e encaminhar quando necessário para outros serviços da rede;</li> <li>• Colaborar e participar com os projetos de acolhimento: “Olá, tudo bem?” e “Maternando”;</li> <li>• Procurar atualizar os conhecimentos técnicos, científicos e culturais buscando pela qualificação profissional.</li> </ul>

Fonte: adaptado da nota técnica (2019).

## 6. FLUXO DE ATENDIMENTO DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO

Os pontos de atenção da Rede em Saúde Materno-Infantil podem ser definidos a partir da estratificação de risco, de acordo com seus níveis de necessidades de saúde, o que por sua vez define o tipo de cuidado e o serviço disponível na rede.

O quadro abaixo (quadro 04) apresenta os pontos de atenção da rede em todos nos níveis de atenção que devem ser referência para o pré-natal e parto para os diferentes tipos de estratificação de risco da gestação.

**Quadro 04- Pontos de Atenção da linha materno-infantil no município de Timon-MA.**

<b>ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL</b>	<b>PRÉ-NATAL</b>	<b>PARTO E URGÊNCIAS</b>
<b>Habitual</b>	Unidades Básicas de Saúde	Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco
<b>Intermediário</b>	Unidades Básicas de Saúde	Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco
<b>Alto risco</b>	Unidade Básica de Saúde Centro de Atenção Especializado Materno Infantil- CAEMI	Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco Maternidade Marly Sarney

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Nos casos de ocorrências de urgências obstétricas, as gestantes são referenciadas pela APS e AAE para o serviço da atenção hospitalar no município que configura porta de entrada para a obstetrícia.

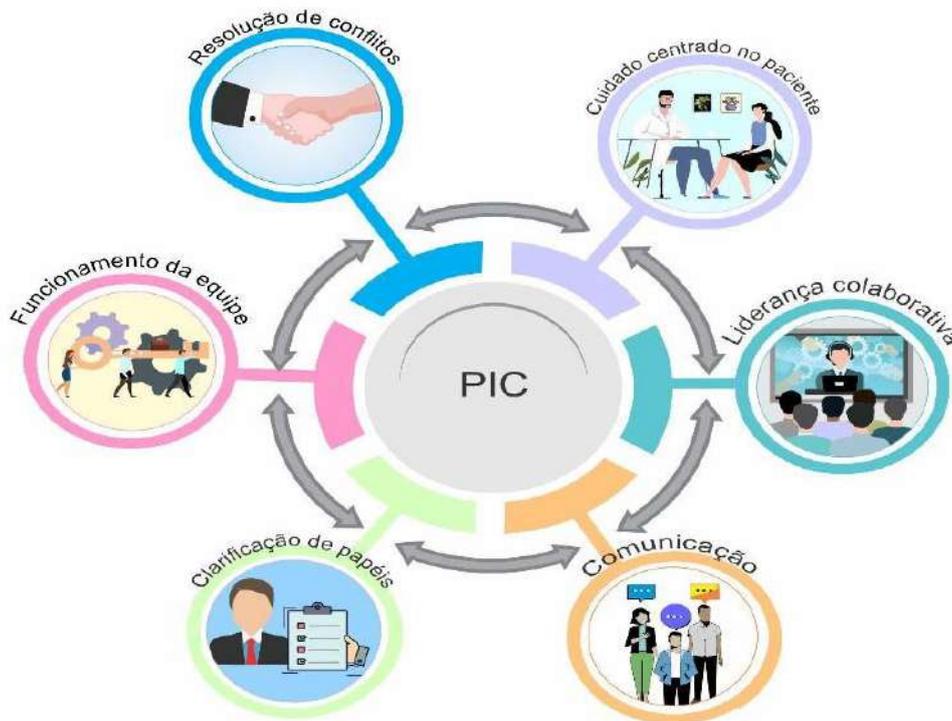
No caso das intercorrências obstétricas que acontecerem dentro do circuito de atendimento do CAEMI, a equipe deve estar habilitada e preparada para realizar as condutas iniciais dentro de suas competências técnicas e realizar o encaminhamento da gestante, de forma segura, para o serviço de referência, conforme o fluxo definido.

**7. ATRIBUTOS PARA A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO CAEMI**

A prática interprofissional colaborativa (PIC) consiste no processo do desenvolvimento e manutenção das relações entre os profissionais, a fim de permitir ótimos resultados na assistência. Para as equipes interprofissionais, é necessário que os profissionais trabalhem em colaboração interprofissional (CIHC, 2010; GIRUNDI; AVEIRO; FIGUEIREDO, 2021).

Dessa forma, para alcançar a prática interprofissional colaborativa, é necessário que a equipe seja dotada de habilidades e comportamentos que caracterizem os seguintes atributos (CIHC, 2010; GIRUNDI; AVEIRO; FIGUEIREDO, 2021):

**Figura 03. Atributos para a PIC**



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

- **Funcionamento de equipe:** Os profissionais compreendem os princípios da dinâmica de trabalho e seus processos;
- **Clarificação de papéis:** Os membros da equipe compreendem o seu papel e dos outros reconhecendo e respeitando as diversidades;

- **Comunicação:** A comunicação contribui para a eficácia das relações de trabalho em equipe, bem como forma um canal aberto e afetivo entre as equipes de saúde;
- **Liderança colaborativa:** É definida como a tomada de decisões compartilhadas, assim como suas responsabilidades.
- **Resolução de conflitos:** Os membros da equipe desconstruem a hierarquização das profissões e abordam os conflitos de forma construtiva, buscando por soluções inovadoras, à medida que os desacordos surgem;
- **Cuidado centrado no paciente:** A equipe integra e valoriza a contribuição do usuário no cuidado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.** Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013.** Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco, incluído a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, Diário Oficial da União, 29 maio, 2013.

CICH. **Canadian Interprofessional Health Collaborative.** A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. Vancouver: CICH; 2010.

COSTA, V.M, et al. **Educação Interprofissional em saúde.** Secretaria de Educação a distância-SEDIS/UFRN, 2018.

GIRUNDI, C; AVEIRO, M.C; UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R. Formação para o cuidado interprofissional: ressignificando a prática de saúde em tempos de pandemia. **Interface** (Botucatu), 25 (supl. 1), 2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ANEXO 1- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**



ESTADO DO MARANHÃO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMON  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SEMS

**AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA**

Fica a Sra. Leyla Gerlane de Oliveira Adriano, mestrandanda no programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Piauí, a realizar pesquisa na Unidade CAEMI, desta Secretaria, cujo objetivo geral é "Construir um protocolo para sistematizar o cuidado interprofissional das gestantes atendidas em um Centro de Atenção Especializado Materno Infantil".

A pesquisa se condiciona a apresentação de documento que comprove a aprovação da mesma, no Comitê de Ética da IES.

Timon-MA, 28 de Novembro de 2021

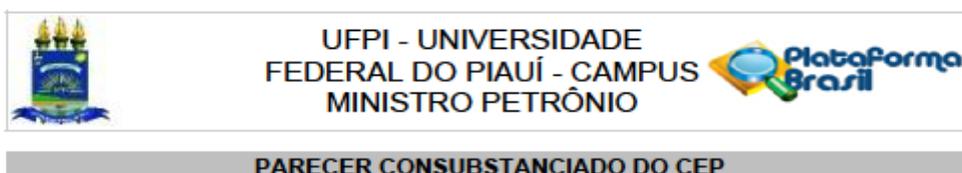
Atenciosamente,

**Marcus Vinícius Cabral da Silva**  
 Secretário Municipal de Saúde  
 Portaria nº 01224/2021 – GP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ANEXO 2- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROTOCOLO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL ÀS GESTANTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

**Pesquisador:** HERLA MARIA FURTADO JORGE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54377221.0.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.303.026

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO "PROTOCOLO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL ÀS GESTANTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL", de 02/02/2022: RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

**Resumo:**

**Introdução:** O cuidado pré-natal de alto risco constitui fator importante para a saúde materna infantil uma vez que contribui para a prevenção de doenças, redução de riscos, promoção da saúde, e diminuição de mortes materna-infantil. Além disso, o pré-natal de alto risco deve oferecer apoio e suporte necessário para atender as necessidades das gestantes, orientar quanto as alterações e agravos, e promover o cuidado em saúde especialmente no contexto do pré-natal de alto risco. Estudos sinalizam os diversos aspectos que interferem na assistência pré-natal de alto risco como, formação e capacitação dos profissionais que atuam na obstetrícia incipiente, poucos recursos disponíveis, estrutura física precária, falta de articulação entre os profissionais da rede de atenção à saúde materno infantil, necessidade de padronização da assistência e

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ANEXO 3- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

03/12/22, 18:52

Manuscripts ScholarOne

☰ Revista Médica de São Paulo

#Casa

✍ Autor

🔍 Análise

## Confirmação de envio

 Imprimir

Obrigado pela sua submissão

**Submetido para**  
Revista Médica de São Paulo

**ID do manuscrito**  
SPMJ-2022-0646

**Título**  
ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL AMBULATORIO ESPECIALIZADO: uma  
revisão integrativa da literatura

**Autores**  
DE OLIVEIRA ADRIANO, LEYLA GERLANE  
Jorge, Heria

**Data Enviada**  
03-dez-2022

Painel do autor