



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS

**PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL:
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM UNIDADE DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SALVADOR**

**FEIRA DE SANTANA
2023**

SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS

PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL:
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM UNIDADE DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SALVADOR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e programas de saúde.

Orientadora: Prof. Dr^a Ana Áurea Alécio de O. Rodrigues

FEIRA DE SANTANA
2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Jesus, Silvia Rosely Pedreira de
J56p Pré-natal interprofissional: qualificação da atenção às gestantes em unidade de
saúde do município de Salvador. / Silvia Rosely Pedreira de Jesus, 2023.
86 f.: il.

Orientadora: Ana Áurea Alécio de O. Rodrigues.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa,
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, 2023.

1.Assistência pré-natal – Qualidade. 2.Equipe multiprofissional. 3.Estratégia de
Saúde da Família – Salvador, BA. 4.Educação interprofissional. I.Rodrigues, Ana
Áurea Alécio de O., orient. II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 618.2(814.21)

Maria de Fátima de Jesus Moreira - Bibliotecária - CRB-5/1120

SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS

PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL:
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM UNIDADE DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SALVADOR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



ANA AUREA ALECIO DE OLIVEIRA RODRIGUES

Data: 01/12/2023 16:55:24-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Primeira Examinadora e Presidente

Prof.^a Dr.^a Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues/UEFS

Documento assinado digitalmente



ADRIANO MAIA DOS SANTOS

Data: 01/12/2023 12:20:12-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Segundo Examinador

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos/UFBA

Documento assinado digitalmente



GRACIELA SOARES FONSECA

Data: 01/12/2023 14:54:03-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Terceira Examinadora

Prof.^a Dr.^a Graciela Soares Fonseca/UFFS

Dedico este trabalho à Valmiro Pedreira, meu eterno.
Pela dedicação, por acreditar nesse e em todos os meus sonhos.
Por ser paz, por ser amor, por ter sido o melhor pai.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha fortaleza; meu amparo e por fazer o impossível ser real.

Aos mentores de luz e meus ancestrais por iluminar essa trajetória, e ser cura nos momentos mais desafiadores.

A minha mãe Rita, por ser meu amor complementar; ao meu irmão Valney, por ser meu exemplo de resiliência e perseverança; aos meus sobrinhos, em especial Valentim, por ser meu trevo de quatro.

A minha irmã Priscila por ser “a minha pessoa”.

A toda minha família pela torcida e carinho, em especial a “Voinha” Valda.

A minha querida orientadora Ana Áurea pela dedicação, paciência com meus processos, e ser uma das minhas fontes de inspiração desde a graduação.

A minha segunda família (Dilma, Tio Pacheco e Janaína), por todo carinho desde sempre.

Aos meus leais amigos, em especial Aline, Eluá, Fabrine, Wynn timer, Louise e André, pelo apoio, por ser “abraço” quando as circunstâncias não são favoráveis e pelas risadas altas.

Aos meus irmãos de alma, Israel e Daniel, pelo afeto incondicional.

Aos amigos Elaine, Álvaro, Neto, Priscila, Cleonice e Paulo, por todo carinho e incentivo no início dessa caminhada. Nunca vou esquecer.

Aos profissionais de saúde da USF Lagoa da Paixão pela disponibilidade, e por acreditar que esse trabalho possa trazer mudanças

As gestantes da comunidade da Valéria, que mesmo com todas as adversidades, participaram dessa construção. E que esse trabalho possa cumprir a expectativa que depositaram: A de serem ouvidas.

“Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande.

Se não puder andar, rasteje.

Mas continue em frente de qualquer jeito.”

Martin Luther King

RESUMO

O presente estudo trata da análise da produção do cuidado às gestantes em uma Unidade de Saúde da Família, dentro da Rede de Atenção à Saúde municipal de Salvador (BA), com o objetivo de contribuir com a melhoria da assistência pré-natal interprofissional. Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado pelo referencial da pesquisa-ação, cujos participantes da pesquisa foram os profissionais da Unidade de Saúde, e as gestantes em acompanhamento no pré-natal. A coleta de dados foi feita, inicialmente, com a realização de duas oficinas pedagógicas (uma com os profissionais, e a outra com as gestantes), utilizando o fluxograma analisador como instrumento de representação do fluxo do atendimento às gestantes. No segundo momento foi realizado quatro grupos focais, com duração máxima de uma hora, e um total de vinte e cinco participantes. Para a análise de dados utilizou-se o método de Análise de Conteúdo Temática de Minayo, divididas em três etapas (pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados), além de ser feito uma triangulação dos dados obtidos. Os resultados revelam que as equipes possuem um processo de trabalho fragmentado, com ações limitadas que geram dificuldades de promoção à saúde e prevenção de agravos, e ausência de práticas colaborativas. Outros desafios identificados são problemas estruturais na rede municipal pela dificuldade do acesso às gestantes a exames complementares, e a violência urbana local. Além disso, a maioria dos profissionais desconhecem a atual política de financiamento da atenção básica- Previne Brasil ou não compreendem como o programa auxilia na qualificação da assistência pré-natal. Com isso, diante do exposto foi criado um plano de ação visando a qualificação do processo de trabalho.

Palavras-chave : assistência pré-natal; educação interprofissional; equipe multiprofissional; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

This study addresses the analysis of care provision to pregnant women at a Family Health Unit within the municipal Health Care Network of Salvador (BA), aiming to contribute to the enhancement of interprofessional prenatal care. It is a qualitative study, grounded in the action research framework, involving professionals from the Family Health Unit and pregnant women undergoing prenatal care. Data collection initially involved two pedagogical workshops (one with professionals and another with pregnant women) using a flowchart as an analytical tool for representing the care process. Subsequently, focus groups were conducted with these participants. For data analysis, Minayo's Thematic Content Analysis method was used, divided into three stages (pre-analysis, exploration of material, treatment of results), in addition to triangulation of the data obtained. The results reveal that the teams have a fragmented work process, limited actions, posing challenges for health promotion, disease prevention, and collaborative practices. Additional identified challenges include structural issues in the municipal network affecting pregnant women's access to complementary exams and local urban violence. Moreover, most professionals are either unaware of or do not comprehend the current funding policy for primary care - Previnha Brasil - and its role in improving prenatal care. As a result, in light of the above, an action plan was created aimed at qualifying the work process.

Key words: prenatal care; interprofessional education; multidisciplinary team; family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CEP- Comitê de Ética na Pesquisa

EESP-BA- Escola de Saúde Pública da Bahia

EPS- Educação Permanente em Saúde

EqSB- Equipes de Saúde Bucal

EqSF- Equipe de Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LRPD- Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PET-Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

RAMI- Rede Materna e Infantil

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma analisador da produção do cuidado para gestantes na perspectiva dos profissionais -----	38
Figura 2- Fluxograma analisador da produção do cuidado para gestantes na perspectiva das usuárias -----	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Critérios para a participação -----	30
Quadro 2- Modelo do quadro construído para análise de dados -----	35
Quadro 3- Perfil dos participantes (profissionais) -----	36
Quadro 4- Perfil dos participantes (gestantes) -----	37
Quadro 5- Plano de ação -----	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 O objeto de estudo e sua correlação com meus processos formativos	15
1.2 Objetivo Geral	17
1.3 Objetivos Específicos	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Estratégia Saúde da Família	17
2.2 Processo de trabalho	19
2.3 Trabalho Interprofissional	21
2.4 Assistência ao pré-natal	24
2.5 Previne Brasil	25
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	27
3.1 Natureza do estudo	27
3.2 Campo Empírico do Estudo	28
3.3 Participantes do Estudo	30
3.4 Aspectos éticos da pesquisa	31
3.5 Técnicas de coleta de dados	31
4. ANÁLISE DE DADOS	33
Perfil dos participantes	36
Cartografia do cuidado	38
Assistência pré-natal: Do dito ao feito	43
A Interprofissionalidade: Distanciamento da prática no contexto da saúde da Família	48

O Previne Brasil na assistência pré-natal:

Expectativa e a prática	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	56
REFERÊNCIAS -----	59
ANEXOS	69
APÊNDICES	73

1. INTRODUÇÃO

A gravidez implica em mudanças físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. É um ciclo complexo e que exprime singularidade, já que se diferencia entre as mulheres. A gestação pode ser acompanhada por sentimentos de medo, dúvidas e angústias. Assim, os cuidados com as gestantes devem englobar todo o seu contexto biopsicossocial (Leite *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar a assistência à saúde feminina, criou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com forte apoio dos movimentos das mulheres e de profissionais da saúde, o PAISM foi pioneiro em tratar sobre a regulação da fecundidade, mas seu fator preponderante é o reconhecimento dos direitos à saúde das mulheres para além dos aspectos reprodutivos (Osis, 1998).

Segundo Ramalho (2012), mesmo que no ano de 2004 o PAISM tenha sido reformulado, e adotou como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), não conseguiu efetivar o cuidado de forma integral, ainda que tenha trazido contribuições a esse segmento. Os motivos que podem ter contribuído para essa ineficiência vão desde as falhas na rede de atenção à saúde do país, até a relação de desigualdade de gênero nos diversos âmbitos da nossa sociedade.

No sentido da produção do cuidado destinado à mulher, especificamente gestantes e puérperas, foi lançado no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo era a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, por meio da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, puerpério e neonatal. O PHPN propôs marcadores de desempenho da assistência pré-natal, e incentivos financeiros para os municípios que aderiram à proposta (Brasil, 2002).

Com o intuito, ainda, do avanço no que diz respeito a um acesso de qualidade ao pré-natal, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao trazer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a forma prioritária para a organização e ampliação da Atenção Básica, enfatiza a necessidade do processo de trabalho das equipes garantirem atenção à saúde da população do território, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com atendimentos a demanda espontânea e realização de ações programáticas, dentre elas o pré-natal (Brasil, 2017).

O trabalho em equipe deve ser entendido como uma integração das especialidades e das múltiplas profissões, possibilitando uma assistência e cuidado integral. Santos e colaboradores (2016), observam que quando o trabalho da equipe consegue ser de fato multiprofissional auxilia na reorientação do modelo assistencial. O processo de trabalho é desenvolvido com interação dos profissionais, compreendendo o papel do outro, sem compartimentalização das atividades. O resultado é a continuidade do atendimento, e uma melhor relação entre trabalhadores e usuários; criando vínculos e acolhimento efetivo.

Assim, a unidade de saúde precisa ofertar um cuidado integral, longitudinal e contínuo para a gestante; além de ser o acesso preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS) e realizar um bom acompanhamento até um parto saudável, sem que ocorra impactos na saúde materna ou do recém-nascido. Nesse sentido de não apenas qualificar a assistência ao pré-natal, mas toda Rede de Atenção Materno-Infantil foi criada a Rede Cegonha. Um dos seus objetivos é apoiar as equipes de Atenção Básica no processo de qualificação do cuidado materno-infantil, e na articulação com outros pontos da assistência (Brasil, 2012).

Um aspecto importante na atenção ao pré-natal é o cuidado em saúde bucal. A garantia de acesso ao serviço traz benefícios para a saúde da mãe e do bebê. Nesses encontros entre a Equipe de Saúde Bucal (EqSB) e a gestante, além do tratamento clínico, devem ser passadas orientações de higiene, alimentação saudável, dentre outros temas, o que aumenta as chances de serem introduzidos bons hábitos desde o início da vida da criança (Brasil, 2018).

A partir dessa estrutura organizacional foram instituídos protocolos e cartilhas para subsidiar a assistência ao pré-natal. Contudo, um estudo realizado por Luz, Aquino e Medina (2018) revelou que mesmo com esse aporte, a atenção pré-natal na ESF não atende aos padrões estabelecidos, tanto no âmbito gerencial quanto no assistencial, evidenciando a baixa qualidade do cuidado às gestantes e puérperas no país. Os problemas destacados variam desde a acessibilidade a ações e serviços até a qualidade do atendimento clínico.

Em abril de 2022, a partir da portaria GM-MS Nº 715, instituiu-se a Rede Materna e Infantil - RAMI em substituição a Rede Cegonha. Dentre seus componentes, a RAMI menciona a Atenção Primária à Saúde como responsável pelas ações do planejamento familiar ao puerpério/puericultura, através das equipes nas unidades, oferecendo um apoio diagnóstico e terapêutico ágil. Contudo essa portaria preconiza o cuidado

centrado na assistência médica, e foi estabelecida sem pactuação com Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em 2023 houve a revogação dessa portaria, e retorno da rede cegonha.

A urgência do debate sobre a melhoria da assistência ao pré-natal coincidiu com o lançamento do programa Previne Brasil, instituído pela portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, o qual estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica. A proposta é que o se dê por três vias, sendo uma delas o pagamento por desempenho, baseado nos resultados alcançados nos indicadores de saúde.

Os indicadores do programa, definidos agora pela portaria GM/MS nº 102/2022, levam em conta a relevância clínica e epidemiológica, e relacionam as áreas estratégicas a exemplo do pré-natal. Dos setes indicadores estabelecidos, os referentes ao pré-natal são: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, e proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde.

1.1 O objeto de estudo e sua correlação com meus processos formativos

Minha aproximação com a ESF iniciou na graduação, quando fui bolsista no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) da Família etive a oportunidade de desenvolver atividades com estudantes de outras áreas num espaço real do SUS, com todos os prazeres e desafios comuns a uma unidade de saúde.

Quando conclui a graduação, fui trabalhar no município de Maíri (BA) e, desde então, minha atuação profissional foi na Atenção Primária. Após dois anos das minhas primeiras experiências como cirurgiã-dentista em unidade de saúde, senti necessidade de qualificar meu processo de trabalho e me aproximar da academia. Para tanto, em 2015, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família/FIOCRUZ.

A oportunidade de ser residente gerou uma transformação profunda e irreversível. O modelo da residência da Fundação Estatal, em que somos os profissionais das equipes, os espaços pedagógicos e a oportunidade, no último ano, de aprenderem outras esferas de governo confirmou o caminho profissional que ambicionava.

Após a Residência tive a chance de ser coordenadora de Saúde Bucal do município de Dias D'ávila, região metropolitana de Salvador; uma vivência que me capacitou

para enfrentar diversos desafios, tornando-me mais resiliente diante dos desafios na produção do cuidado .

O processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (EqSB) era inspirada na lógica individual e curativista, mas, aos poucos, com a adoção do planejamento e educação permanente, foi possível melhorar a prática do cuidado.

Além de atuar na Coordenação de Saúde Bucal, trabalhava como gerente do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Nesse período estava em execução o segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) CEO que possibilitou, com atuação conjunta dos profissionais da unidade e a equipe de apoiadores institucionais, melhorias no serviço. Depois da experiência no CEO, fui convocada em um processo seletivo e evolvi a atuar como cirurgiã-dentista na ESF em outro município da região metropolitana de Salvador. Nesse período, fiz uma pós-graduação em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública da Bahia (EESP-BA), cujo trabalho de conclusão foi um projeto de intervenção numa comunidade de pescadores e marisqueiros (as). Entrei nessa especialização com a expectativa de me preparar para o mestrado profissional.

Na minha trajetória sempre busco contribuir para a qualificação do processo de trabalho onde estou inserida. No primeiro semestre de 2022, atuava em uma unidade de saúde no município de Simões Filho. No atendimento às gestantes era possível identificar dificuldade de acesso a agenda, falta de vínculo e a não realização de cadastro no sistema. A equipe estabeleceu um protocolo de alta das consultas para gestantes sem complicações (a partir da 38ª semana) mesmo sendo estabelecido pelas diretrizes da assistência pré-natal o acompanhamento até o puerpério.

A produção do cuidado a esse público me afeta de tal forma que no mesmo ano comecei a trabalhar no município de Salvador em uma Unidade de Saúde da Família, e ao realizar observação do campo, com foco na assistência ao pré-natal, identifiquei alguns desafios como por exemplo a equipe é multiprofissional, mas não trabalha na lógica da interprofissionalidade. Além disso, as 3 equipes de saúde da família não dialogam entre si, desenvolvendo seus processos de trabalho de forma independente. Outros pontos relevantes seriam o número expressivo de absenteísmo das gestantes às consultas, as agendas não possuem espaços assegurados para ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, e as reuniões são realizadas esporadicamente. Atualmente estou na equipe da Coordenadoria de Saúde Bucal, e acredito na possibilidade de auxiliar de forma mais macro a assistência municipal às

gestantes.

Com todo esse contexto e experiências vivenciadas, surgiu o interesse em compreender os processos imbricados nessa rede de assistência ao pré-natal; como ela é vivenciada pelas gestantes, e propor uma intervenção.

Assim, ciente da importância da assistência ao Pré-natal de qualidade para prevenção de possíveis complicações inerentes à gestação, as seguintes questões nortearam esse trabalho: Qual o fluxograma da assistência ao pré-natal da rede de atenção à saúde do município? Como é organizado o pré-natal na unidade? Como o programa Previne Brasil impacta na qualidade da atenção à saúde das gestantes?

Por isso, o presente estudo tem como objetivos:

1.2 Objetivo Geral:

Contribuir com a melhoria da assistência pré-natal interprofissional na Unidade de Saúde Lagoa da Paixão, em Salvador-BA, Brasil.

1.3 Objetivos específicos:

- Compreender as potencialidades e desafios para instituir um pré-natal interprofissional;
- Construir um fluxograma das gestantes da unidade na rede de atenção à saúde municipal;
- Discutir se houve mudanças na prática do cuidado das gestantes com a implantação do programa Previne Brasil.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária em Saúde possui como atribuições ser resolutiva e responsável por responder cerca de 90% dos problemas de saúde da população, ser a ordenadora do cuidado e estabelecer fluxos de atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2015).

Com a intenção de organização da Atenção Básica nas regiões Norte e Nordeste foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a perspectiva de construir um novo modelo assistencial para redução da mortalidade infantil e materna nas regiões mais pobres. Em 1994, o êxito do PACS fomentou a construção do Programa Saúde da Família (PSF), que anos mais tarde, passou a ser não mais um programa transitório de mudança de modelo, e sim uma estratégia

(Viana; Dal poz, 2005).

A ESF possibilitou avanços na Atenção Primária por ser uma proposta de cuidado multiprofissional, ter como foco a família e seu território e preconizar o cuidado baseado no acolhimento, vínculo, equidade, humanização e integralidade (Arantes; Shimizu e Merchán-aamann, 2016). Contudo, apesar da proposta de trabalho em equipe, a adoção da ESF não garante o cuidado ampliado, pois depende de modificações na forma de produzir o cuidado, nas relações estabelecidas entre os profissionais da equipe e usuário, e na mudança do modelo assistencial centrado na figura do profissional médico, (Figueiredo; Camargo e Ribeiro, 2018).

É importante considerar que o processo de trabalho das equipes da ESF deve ser baseado nas necessidades individuais e do território, possibilitando o acesso à saúde de forma menos desigual. Vale ressaltar que não existe um padrão para ser seguido em todas as equipes, mas é de suma importância refletir sobre ferramentas que levem a um cuidado com mais equidade (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

No que diz respeito à saúde bucal, com o intuito de ampliar o acesso da população e reorganizar as ações no nível primário da atenção, foi instituída a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na ESF através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000. Em seguida, foi publicada a Portaria 267 de março de 2001, que normatiza o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, abordando os procedimentos para esse nível de atenção e os tipos de equipe; onde a modalidade I corresponde a odontólogo e auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal; modalidade II: odontólogo, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal e técnico em higiene bucal, e a modalidade III: unidade odontológica móvel (Brasil, 2001).

Em 2000 foi proposto o Projeto SBBrasil, um levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional, realizado entre 2002 e 2003, que se configurou como a principal estratégia de produção de dados primários sobre vigilância em saúde bucal, contribuindo assim para elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal com base epidemiológica, publicada em 2004. (Roncalli; Côrtes e Peres, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, possui como principais eixos a reorganização da atenção básica, através da inserção da ESB na ESF e da atenção especializada com implantação de CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). O documento destaca a importância da fluoretação das águas de abastecimento público, a realização de procedimentos coletivos e a

vigilância em saúde bucal através de estudos periódicos (Brasil, 2016).

Com a lei nº 14.527 de 08 de maio de 2023, incluiu a saúde bucal no campo de atuação do SUS, alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil,2023). Até então a PNSB era apoiada apenas em portarias ministeriais.

Segundo Silva (2018), a inclusão da ESB na ESF se deu com a finalidade de tentar estabelecer um modelo de atenção focado no tratamento mais restaurador e menos mutilador, com ampliação das ações preventivas individuais ou coletivas, readequação do trabalho, com vistas ao multiprofissionalismo, intersectorialidade e integralidade do cuidado. No entanto, a implantação de Equipes de Saúde Bucal não foi suficiente para ocasionar as mudanças pretendidas. Ao se analisar o processo de trabalho, muitas vezes se observa uma reprodução do modelo biomédico, indicando que a prática parece estar mais vinculada ao perfil de formação do profissional, do que ao tipo de serviço em que está inserido (Aquilante; Aciole, 2015).

Estudo de Rodrigues (2005) mostrou que a produção do cuidado é predominantemente individual, tecnicista, e centrada no saber do profissional. Além disso, o cuidado nas unidades de saúde é fragmentado, já que os diferentes profissionais que a compõem não prestam atendimento de forma integrada; expondo o usuário a variados saberes que não dialogam.

2.2 Processo de trabalho

Para o autor Mendes-Gonçalves o processo de trabalho é constituído por um “Objeto” (vinculado a um carecimento, o qual pode ser a saúde); “Instrumento” (utilizado por um sujeito no desenvolvimento de um projeto, podendo ser tanto de insumos/equipamentos como saberes); a “Finalidade” (intenção do projeto). Essa última pode ser exemplificada quando no desenvolvimento do capitalismo, a saúde do indivíduo é preservada para que sua força de trabalho seja melhor aproveitada pelo capital. O último ponto seria os “Agentes”, ou seja, o sujeito que realiza a ação (Mendes-gonçalves,1964-1996 apud Ayres;Santos, 2017).

Ainda para Mendes-gonçalves o objeto do processo de trabalho não é apenas relacionado ao biológico,mas a uma construção social e política. E, dessa forma, as práticas de saúde devem concordar com as demandas sociais (Mendes-gonçalves,1964-1996 apud Ayres;Santos, 2017).

Para Merhy e Franco (2009) o trabalho em saúde é centrado no “trabalho vivo em ato”, ou seja, no momento que o trabalho é praticado, e molda o tipo de produção. Vale ressaltar que, o conjunto do trabalho vivo, e os elementos com que este se relaciona (instrumentos, normas, máquinas) formam o processo de trabalho.

Os autores avançam na conceituação de processo de trabalho, visto que Mendes-Gonçalves definia o trabalho como material e imaterial, e o conceito do trabalho vivo em ato e na discussão das tecnologias de produção do cuidado. Além disso, segundo Merhy (2005), as tecnologias em saúde são classificadas como leve (as relações), leve-dura (os saberes estruturados) e dura (recursos materiais).

É importante compreender que a finalidade do trabalho em saúde é suprir as necessidades do usuário. Esse trabalho é construído de forma coletiva, com sujeitos portadores das valises tecnológicas, estabelecendo pactuações, constituídas com base em negociações ou conflitos. Assim, as discussões sobre o processo de trabalho são relevantes para compreender a organização da assistência à saúde (Franco; Merhy, 2012).

Para uma produção do cuidado mais eficaz é imprescindível não simplificar todas as necessidades do usuário, em um único problema que lhe aflige (como uma doença crônica). Além disso, outro ponto importante na discussão do processo de trabalho é refletir sobre como o cuidado é ofertado; já que muitas vezes é baseado, apenas, nos saberes dos profissionais, não respeitando as singularidades dos sujeitos e seus conhecimentos. Ou seja, não considera os usuários como redes vivas (Merhy et al., 2016).

De acordo com Campos et al. (2014) o cuidado deve transcender a atenção na doença e intervenção clínica, o foco deve ser no indivíduo com suas múltiplas demandas, sendo assim configurada a clínica ampliada, que incorpora o conceito de ser compartilhada, onde o encontro profissional de saúde e usuário seja de troca de saberes, vínculo e responsabilização. Ou seja, os conceitos clínicos e sanitários são levados em consideração, mas compreende as fragilidades subjetivas do processo saúde-doença.

Para o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença é imprescindível repensar o trabalho das equipes, estabelecendo uma visão mais abrangente do cuidado ofertado ao usuário; em que os profissionais sejam qualificados para um processo baseado na escuta e no uso de tecnologias leves, como o vínculo e a responsabilização (Assis et al., 2010).

O vínculo é um instrumento facilitador da adesão ao tratamento, já que o cuidado deve ser centrado no usuário e em suas necessidades individuais; singularizando o tratamento, premissa do compartilhamento de decisões e conduta entre profissional e usuário (Silva *et al.*, 2022), que assume um papel de protagonismo no seu cuidado.

Ao passo que a ESF suscitou o fortalecimento da APS, como por exemplo a melhoria do acesso à saúde das pessoas com maiores necessidades, a possibilidade de tratamentos como o odontológico, e a redução das taxas de mortalidade infantil/adulta, tem sofrido com a falta de investimento financeiro e organizacionais (Macinko; Mendonça, 2018).

O subfinanciamento do setor da saúde sempre esteve presente, mas em alguns períodos observa-se um aprofundamento. Em 2007, a emenda nº 29/2000 entrou em pauta de discussão. Em seu texto preconiza a participação das três esferas de governo no financiamento do SUS, com um percentual anual mínimo estabelecido. Em 2012 houve a regulamentação dos investimentos da União (de 12 a 15%), Estado (12%) e Município (15%), mas foi vetada a participação na Receita Corrente Bruta da União; dificultando sobremaneira a consolidação do financiamento público (Batista, 2010).

Outro ponto é a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em dezembro de 2016, que limita as despesas federais em saúde para os próximos vinte anos, congelando os gastos ao nível de 2016 sem incremento além do ajuste pela inflação (Macinko; Mendonça, 2018).

2.3 Trabalho Interprofissional

O processo de trabalho das EqSF ocorre de forma multiprofissional, com o intuito de que o cuidado seja desenvolvido integralmente a partir da singularidade do sujeito, e considerando os saberes dos profissionais que constituem a equipe.

A interprofissionalidade surge a partir da necessidade de um grupo compartilhar conhecimentos, práticas e ações. É formada por 3 dimensões: a dimensão cognitiva, onde o profissional se permite aprender diferentes disciplinas, ampliando seus conhecimentos e levando a uma atuação mais integral; a dimensão pragmática, que corresponde a colaboração interprofissional, ou seja, analisa os meios

para que ocorra o compartilhamento de ações, os nossos sentimentos, a maneira que somos afetados por pessoas e aprendizados interferem em nossas ações; a dimensão subjetiva, onde a interprofissionalidade é influenciada por nossos afetos, considerando que o projeto interprofissional é viabilizado quando se diminui resistências e disputas, possibilitando um trabalho colaborativo entre os diferentes profissionais (Ellery; Barreto, 2019).

A colaboração interprofissional potencializa a atenção em saúde, visto que a partir do trabalho interprofissional há uma otimização de habilidades, além de uma oferta de atenção integral qualificada, em conformidade com o princípio da integralidade (Kwiatkowski *et. al.*, 2022). O trabalho é caracterizado como interprofissional quando há um compartilhamento de informações, de acordo com sua área de conhecimento, o que leva a uma melhor compreensão da situação do usuário (Almeida; Silva, 2019).

Segundo Peduzzi e colaboradores (2020), a equipe pode estar disposta de duas formas: como equipe agrupamento, onde há um acúmulo de ações dos diferentes agentes e a equipe integração, a qual articula ações através da interação dos agentes. Além disso, os profissionais trabalham com ação comunicativa e instrumental. A primeira diz respeito ao reconhecimento da necessidade de troca de informações, de forma rápida e, por vezes, informal. Já a ação instrumental, tida como um dos grandes desafios do trabalho em equipe, é caracterizada pela crença de que pode responder a todas as necessidades de saúde, apenas com uma área de conhecimento, ou a dificuldade de reconhecer casos que demandem o auxílio de outros profissionais.

A necessidade de integração entre as equipes, e destas com outros serviços da rede, é decorrente da complexidade do cuidado em saúde. O trabalho interprofissional precisa considerar aspectos como as características e necessidades da população, o contexto e as condições do serviço. O trabalho em equipe e a prática colaborativa contribui para o acesso e qualidade da atenção aos usuários, e para um melhor desenvolvimento das atividades pelos profissionais (Peduzzi; Agreli, 2018).

A interprofissionalidade não deve ser compreendida, apenas, como forma de qualificação da atenção, cujo foco é o trabalho em saúde centrado no usuário, pois se relaciona também, com o fortalecimento dos sistemas de saúde, redução do sofrimento no espaço do trabalho, favorecendo assim o provimento e a fixação dos trabalhadores. Aliado a isso, permite um planejamento e avaliação com base na integralidade,

humanização e educação permanente em saúde (Ceccim,2018).

O percurso para a consolidação do trabalho interprofissional enfrenta alguns desafios. A formação profissional segue, majoritariamente, um modelo tradicional com compartimentalização do saber, levando ao distanciamento do conhecimento com a prática. Somado a isso, o modelo de atenção à saúde é predominantemente hegemônico, centralizado na doença; e com terapêutica baseada na divisão do trabalho entre as diferentes categorias (Costa,2017).

Assim, ao se refletir em estratégias para potencializar os serviços de saúde, considerando o profissional como agente principal das mudanças, é relevante avaliar que a mudança da prática perpassa pela formação. Assim, seria importante integrar a interprofissionalidade nas instituições de graduação, para que se forme profissionais de saúde mais capacitados para o trabalho em equípe no contexto do SUS (Barbosa *et al.*,2022).

No âmbito dos serviços de saúde, os espaços de discussão entre os profissionais são importantes para a integração e compartilhamento de saberes. As experiências exitosas dos trabalhos colaborativos apontam para uma qualificação nos serviços, fortalecendo assim o SUS e a necessidade de criação de políticas públicas que estimulem o ensino e a prática entre profissões (Muller *et. al.*, 2022).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portaria nº 198-2004 e nº 1.996/2007, foi instituída como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde possibilita espaços de discussões entre os profissionais, onde todos possuem a importância e contribuem na expectativa de mudanças efetivas nos processos de saúde de dada realidade.

Assim, a Educação Permanente pode ser entendida como aliada para realização dos projetos interprofissionais. O objetivo seria a problematização do processo de trabalho, para posteriormente construir soluções viáveis para efetivar a questão (Sousa,2020).

2.4 Assistência ao pré-natal

A assistência ao Pré-natal deve compreender atividades que garantam o bem-estar da gestante durante todo o processo gestacional e do puerpério. As consultas devem ser espaços de apoio, proteção, orientações e condutas, sempre respeitando as expectativas e escolhas das mulheres (Silva *et al.*, 2017).

Ao captar gestantes nas semanas iniciais, a equipe de saúde oferece um melhor cuidado nas consultas pré-natais, visto que aumenta as chances de identificar precocemente possíveis condições que afetam a saúde da gestante e do bebê. Além disso, essa assistência deve ser realizada de forma integral, dialogando sobre os sentimentos, medos e ansiedades vivenciados nessa fase (Brasil, 2016).

A assistência ao pré-natal quando é orientada com relações de vínculo, acolhimento e humanização possibilitam o reconhecimento das reais necessidades de saúde da gestante e puérpera, assegurando a integralidade do cuidado (Souza *et al.*, 2020).

No âmbito da ESF, inicialmente, a gestante precisa ser cadastrada no sistema de informação, vinculada à unidade da área de abrangência da sua residência, ser informada da rotina do pré-natal a ser iniciado o mais precocemente e realizar teste de HIV e sífilis. Essas ações são de responsabilidade de todos os profissionais da equipe (Brasil, 2016).

O acompanhamento odontológico é fundamental para o controle de alterações bucais, como a doença periodontal, que interfere na saúde materno infantil e pode provocar ou levar ao baixo peso ao nascer (Nascimento *et al.*, 2021).

Um aspecto desafiador é que muitas gestantes acreditam em mitos e crenças, os quais dificultam a adesão ao atendimento odontológico durante o pré-natal. Por isso, há necessidade de ações de promoção à saúde, de forma multiprofissional, para desmistificar o acompanhamento e prevenir o desenvolvimento de doenças bucais, possibilitando uma melhor assistência (Botelho *et al.*, 2019).

O início precoce desse cuidado na atenção básica facilita a descoberta, e posterior tratamento, de intercorrências na gravidez, com uma maior chance de reduzir os efeitos das complicações, e em última instância diminuir a taxa de morbidade e mortalidade entre as mulheres (Spindola *et al.*, 2020).

Leal (2020), ao avaliar a assistência pré-natal no país, identificou que, em geral, a gestante usuária do SUS consegue acesso ao menos uma consulta, pela

disponibilidade da atenção prestada pelas ESF. No entanto, ao analisar outros critérios, o cenário se modifica, as desigualdades sociais e econômicas influenciam no acesso a um cuidado qualificado. Gestantes com assistência pré-natal inadequada possuem maiores risco de terem recém-nascidos prematuros.

Nunes *et al.* (2006) consideram que além de apresentar falhas na quantidade de consultas realizadas, o conteúdo discutido é insuficiente. É fundamental a construção do vínculo entre os profissionais e usuárias, oportunizando um cuidado também voltado para questões subjetivas das gestantes, do que apenas a realização de procedimentos clínicos.

Estudo realizado com a finalidade de avaliar a assistência e o acompanhamento oferecido a gestantes na Atenção Básica (AB), identificou problemas como a necessidade de mudanças no acompanhamento pré-natal, através do aumento da cobertura e captação precoce das gestantes, além de instituir educação permanente para os profissionais de saúde. Esses achados mostram a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas para o acompanhamento e discussão da qualificação da atenção pré-natal (Rodrigues *et al.*, 2021).

As Unidades de saúde são consideradas como a porta de entrada para o início do pré-natal, tendo o PHPN e a Rede Cegonha como dispositivos para nortear as ações para uma assistência de qualidade (Assis; Ascoli, 2019).

Contudo, ao observar a rotina de trabalho dos profissionais de saúde, ainda são observadas práticas desnecessárias, as quais levam a danos físicos, traumas, constrangimentos e gastos. Por isso é importante o atendimento humanizado, baseado nos objetivos e diretrizes propostos pela Rede Cegonha, para se alcançar um cuidado qualificado, suprimindo as necessidades e fragilidades de cada mulher (Rodrigues *et al.*, 2017).

2.5 Previne Brasil

O Programa Previne Brasil estabelece o modelo de financiamento do custeio da Atenção Básica, a partir de um modelo misto, formado por três componentes: Capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2021).

O pagamento por desempenho define os atributos e prioridades de ações para,

segundo a portaria, buscar melhorias no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, estabelece um método e periodicidade de avaliação (Brasil,2021).

Em relação aos indicadores desse componente, os relacionados à assistência pré-natal são: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, para mensurar se o acesso das gestantes ao pré-natal na APS foi com início precoce e quantidades de atendimentos recomendados, buscando a diminuição da mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2022).

O segundo indicador é a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. É considerado um importante indicador para avaliar a qualidade do pré-natal na APS, visto que mede o controle, tratamento e prevenção associado a esses agravos (Brasil, 2022).

O último indicador é a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, o qual permite verificar se o cuidado está sendo realizado de forma integral e compartilhada, promovendo o acesso à saúde bucal para as gestantes (Brasil,2022).

O programa Previne Brasil está em processo de implantação desde 2020. Segundo Harzheim (2020), o princípio que norteia o programa é a centralização do cuidado no usuário. Os incentivos antes destinados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foram transferidos para sete indicadores referentes à saúde da mulher, criança, doenças crônicas e gestantes. Dessa forma, passa a responsabilizar mais diretamente gestores e profissionais pela assistência à saúde. O objetivo é enfrentar o desafio de ampliação e aperfeiçoamento da Atenção Básica, a partir da equidade do acesso.

Um estudo para discutir os resultados iniciais do novo financiamento, considera-o como uma experiência exitosa. Houve um incentivo de identificar os cidadãos atendidos por meio de cadastros, aumentando a responsabilização das EqSF pelas pessoas, e dimensionando de forma mais fidedigna o atendimento pelas equipes. No componente por desempenho, um dos benefícios foi a expansão das EqSB, e priorização de públicos estratégicos para acesso à saúde bucal como por exemplo as gestantes (Harzheim *et al.*,2022).

No entanto, alguns pontos, ao analisar o novo financiamento, são contrários às expectativas de melhoria na atenção primária. As transferências intergovernamentais tendem a resultar em restrições, do que de fato a qualificação dos serviços. A

avaliação por desempenho pode estimular equipes e gestores a se concentrarem nos problemas de saúde descritos nos indicadores, negligenciando outros relevantes em uma dada comunidade. Por consequência, diminui a possibilidade de acesso e qualidade na APS, aumentando a peregrinação para outros pontos da rede, principalmente para os serviços de urgência (Massuda, 2020).

Para Mendes, Melo e Carnut (2022), o Previne Brasil reforça o “SUS operacional”, ou seja, estabelece o financiamento a partir de instrumentos de gestão que determinam o acesso através do cadastro, apoiado em uma lógica de desempenho, o que distorce os fundamentos da atenção básica e o princípio de universalidade do sistema. O novo financiamento modifica a forma de transferência, simulando até mais repasse financeiro, só que de difícil operacionalização. Isso leva a um esvaziamento de recursos para justificar a necessidade de privatização da AB.

Para estes autores ponto importante é a extinção do financiamento ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), reduzindo o incentivo a implementação de ações multiprofissionais, as quais são características do modelo universal e integral do SUS (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado pelo referencial da pesquisa-ação.

O estudo qualitativo permite analisar o fazer do sujeito, compreendendo suas ações a partir do que vive e compartilha com os outros. O objeto de estudo qualitativo são as relações, expressões e suas intencionalidades, elementos que não se consegue quantificar (Minayo, 2009).

A pesquisa-ação é uma metodologia de caráter coletivo, no que diz respeito à investigação, cujo objetivo é a identificação de um problema prioritário e possíveis soluções, que possui como forte característica o papel ativo dos sujeitos, participantes e pesquisadores, configurando seu aspecto intervencionista. Para sua realização podem ser utilizadas várias técnicas, como seminários, grupos focais, reuniões de discussão, entre outros métodos de intervenção (Picheth, Cassandre e Thiollent,

2016).

A pesquisa-ação ao ser associada a princípios intervencionistas leva a uma aproximação mais direcionada ao problema vivenciado. Desta forma, o pesquisador desempenha um trabalho mais vigoroso do que uma participação ou colaboração (Thiollent; Oliveira, 2016).

Segundo Stake (2011), a pesquisa-ação se inicia quando um profissional problematiza sobre uma realidade. Assim, se caracteriza por ser um estudo da ação que engloba informações, conhecimentos e (principalmente) a associação com outras pessoas para entender a dinâmica de algo. O objetivo, geralmente, é melhorar uma ação e é executada por sujeitos responsáveis por ela.

A pesquisa-ação refere-se quando a pesquisa e ação são relacionadas para a mudança de uma prática. Sendo que a forma como será conduzido o processo de transformação, e sua intencionalidade vão ditar a abordagem da pesquisa-ação. Além disso, a mesma pode ter três conceituações: a pesquisa-ação colaborativa, quando um grupo solicita apoio de um pesquisador para participar e cientificar um processo que já foi iniciado por eles; a pesquisa-ação crítica, representa o trabalho do pesquisador em conjunto com uma equipe sustentada por uma reflexão crítica coletiva, e a pesquisa-ação estratégica, onde a transformação é planejada apenas pelo pesquisador, o qual irá acompanhar o resultado final (Franco, 2005). Vale ressaltar, que a presente pesquisa tem como base o tipo estratégica.

Em relação aos objetivos da pesquisa-ação, pode ser utilizada no levantamento de possíveis soluções para amenizar determinada situação-problema (objetivo prático); ou para obter informações que seriam difíceis a partir de outros métodos, para aumentar o conhecimento sobre algo (objetivo conhecimento). Além disso, o objetivo é dito "instrumental" quando seu propósito é limitado à resolução de um problema, como provocar a consciência de sujeitos inseridos numa realidade. Outro seria trazer benefícios não apenas a um determinado grupo, e assumir um papel mais generalista (Thiollent, 2022).

3.2 Campo Empírico do Estudo

O estudo tem como campo o município de Salvador, com população estimada em 2.900.319 pessoas segundo o último censo realizado, e com extensão de 3.859,44 km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,759 e a média

salarial dos trabalhadores formais é estimada em 3,3 salários mínimos (IBGE, 2010).

A cidade faz parte da Macrorregião Leste de saúde, com a proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família é de 40,24%, e a de Equipe de Saúde Bucal de 34,47% (CAMAB,2020).

Em relação a rede de atenção materno-infantil municipal, em 2010 foi publicada a lei nº 7.851 (lei da maternidade certa), que institui que toda gestante no município de Salvador tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto, e em caso de intercorrência pré-natal. Dois anos depois, houve a implantação do Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha e um grupo de trabalho específico para saúde materna. Atualmente, existem oito grupos de trabalho distritais (compostos por gestores, profissionais da atenção básica e das maternidades), que se reúnem periodicamente para o planejamento e avaliação das ações (Secretaria Municipal da Saúde,2021)

O município possui outros instrumentos para orientação da população principalmente em casos de dificuldades de acesso ao pré-natal e puericultura, como o Disque gestante, que é utilizado para orientação da população. Além disso, em 2020, foi instituído o programa Mãe Salvador visando facilitar o deslocamento de gestantes na rede pública através do transporte gratuito. O pré-natal de alto risco, casos que apresentem alguma alteração do desenvolvimento fisiológico da gestação, são encaminhados para uma das sete maternidades estaduais, como por exemplo a Maternidade José Maria de Magalhães Neto (Secretaria Municipal da Saúde,2021).

O projeto foi aplicado na Unidade de Saúde da Família Lagoa da Paixão, localizada na Rua Morada da Lagoa, Nova Brasília de Valéria. Trata-se de uma unidade urbana, com imóvel próprio, construída conforme as recomendações do Ministério da Saúde. A mesma faz parte do Distrito Sanitário São Caetano-Valéria. O critério de escolha se deu por conta da pesquisadora ter feito parte da equipe de saúde local, o que facilita o desenvolvimento da intervenção.

A unidade é composta por três equipes, cada uma responsável por uma micro-área. As equipes são constituídas por três médicas, três enfermeiras, cinco técnicos de Enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), duas recepcionista, um atendente de farmácia, um gerente, quatro policiais, e três equipes de saúde bucal com três cirurgiões-dentistas e duas auxiliares de Saúde Bucal. Não há agentes de endemias.

3.3. Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram agrupados em duas categorias: Profissionais de saúde e gestantes assistidas na unidade de saúde da família Lagoa da Paixão.

Os critérios de inclusão e exclusão são apresentados abaixo:

Quadro 1. Critérios para a participação

GRUPO	CRITÉRIO DE INCLUSÃO	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO
Profissionais de saúde	Profissionais que atuam diretamente na assistência pré-natal	Profissional que se recuse a participar, ou que estejam em licença/férias
Gestantes	Gestantes com período gestacional a partir do segundo trimestre, que não sejam primigestas e com as consultas de pré-natal iniciadas no primeiro trimestre.	Gestantes que possuam algum grau de dependência mental, cognitiva, psicológica ou física que a torne incapaz de compreender e responder as questões norteadoras, e/ou participantes juridicamente incapazes e/ou acamadas, e/ou menores de dezoito anos.
		Gestante que se recuse a participar/ou que tenham iniciado as consultas de pré-natal após o primeiro trimestre.

Considerando os critérios supracitados, participaram vinte um profissionais de saúde organizados, respeitando as relações interpessoais, da seguinte forma :

Grupo I: 1 enfermeira, 2 ACS, 1 técnico de enfermagem

Grupo II: 1 médica, 1 enfermeira, 2 cirurgiões-dentista, 2 técnico de enfermagem, 1 recepcionista, 1 ACS.

Grupo III: 2 médicas, 1 enfermeira, 1 cirurgião-dentista, 1 ACS, 1 técnico de enfermagem, 2 ASB, 1 assistente de farmácia.

O grupo de gestante teve a participação de quatro mulheres escolhidas de forma aleatória, mas dentro dos critérios previamente estipulados.

Vale ressaltar que antes de iniciar a pesquisa, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice C), em duas vias, para sua apreciação, leitura e assinatura.

3.4. Aspectos éticos da pesquisa

Após aprovação pelo Pólo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA (Anexo), o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de acordo com as normatizações previstas na portaria 566/2016 e da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Respeitando-se também a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 674, de 06 de maio de 2022, que dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep.

Desta forma, a pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana. Para isso, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes, assinado em duas vias, ficando uma em posse do investigador, e outra, do entrevistado.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) da UEFS (parecer nº 6.250.266).

3.5. Técnicas de coleta de dados

Para a realização da pesquisa foram utilizadas duas técnicas principais de coleta de dados: oficinas pedagógicas e grupos focais. Os encontros aconteceram em uma sala utilizada para reuniões da USF Lagoa da Paixão.

Inicialmente foi feito um processo de sensibilização dos profissionais durante reunião de equipe, expondo os resultados alcançados pela equipe dos indicadores relacionados ao pré-natal, os objetivos do estudo, explicação de alguns pontos do percurso metodológico, pactuação de datas e horários para os encontros subsequentes.

1. Oficinas pedagógicas

As oficinas pedagógicas (uma com os profissionais, e a outra com as gestantes) tiveram como eixo norteador a construção coletiva do fluxograma analisador, representando o percurso da usuária no âmbito da unidade e na RAS municipal.

O fluxograma analisador é uma ferramenta para análise, proposta por Merhy e Franco, que permite estruturar os fluxos e os processos de trabalho através de uma representação gráfica, tornando o trabalho cotidiano visível auxiliando na sua reflexão por parte da equipe, que pode propor e traçar estratégias de intervenções necessárias (Reis; David, 2010).

Segundo Merhy e Onoko (1997) o fluxograma analisador se constitui num instrumento de análise, que interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, além de como conduzi-lo.

2. Grupos Focais

Nessa etapa foram realizados quatro grupos focais, sendo três formados por profissionais, e um por gestantes.

A coleta de dados aconteceu em ambiente iluminado, com boa acústica para gravação. Durante os grupos focais houve o cuidado de não ter interferências sonoras de terceiros. As gravações foram feitas com o uso do aparelho celular, e posteriormente transcritas. O andamento do grupo foi apoiado por roteiros temáticos (Apêndices A e B).

Segundo Gomes (2005), o Grupo Focal é uma técnica descrita como um grupo de pessoas, previamente selecionadas pelo pesquisador, e reunidas em um espaço para discutir um tema (objeto da pesquisa), que podem contribuir com o processo a partir de suas experiências pessoais.

Os grupos focais podem tanto ser utilizados como uma técnica complementar a outras, como a observação participante, ou sendo abordagem principal, úteis para o levantamento de questões de forma mais precisa ou como método exclusivo. O GF é desenvolvido em grupos pequenos (entre seis a doze participantes), com um animador, o qual será responsável pela fluidez do processo, e um relator. É recomendado que o tempo de execução do grupo não ultrapasse uma hora e meia (Minayo, 2010).

Ao longo das atividades dos grupos focais não houve espaço para julgamentos

das falas. Contudo, quando observado alguma estrutura relevante foi solicitado maiores esclarecimentos, com foco nos objetivos do estudo. Além da facilitadora, houve a participação de uma relatora observando as comunicações não verbais, o ritmo do grupo para seguir o tempo previsto e construiu um relatório. O tempo médio de duração dos grupos focais foram de uma hora.

4. ANÁLISE DE DADOS

O tratamento do material coletado se orientou pela Análise de Conteúdo Temática de Minayo. Nesse método são identificados os núcleos de sentidos, e sua frequência determina o caráter do discurso (Minayo, 2000).

As etapas da análise de conteúdo, na modalidade temática, estarão divididas em três: Pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados.

1º Momento- Ordenamento dos dados

O primeiro passo é a escolha do material a ser analisado, confrontado com as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, e estruturando indicadores para auxiliar na interpretação final (Minayo,2000).

Inicialmente foi feita uma transcrição do material gravado. Em seguida, uma leitura flutuante dos dados, e sua organização através de escolha de falas com base nos objetivos da pesquisa.

2º Momento- Classificação dos dados

Na segunda etapa, a partir das falas selecionadas dos grupos focais, foi realizada a identificação das subcategorias. Esta é a fase de exploração do material coletado na qual é realizada a aplicação sistemática das decisões tomadas (Minayo,2000).

Na etapa da exploração do material, a partir das falas selecionadas, buscou-se identificar subcategorias. Ou seja, é possível reduzir o material a palavras e expressões significativas, as quais foram identificadas na fase de pré-análise (Minayo,2010).

A partir da leitura exaustiva do texto, conseguimos uma aproximação entre os dados encontrados no material produzido pelos grupos focais, com o referencial teórico adotado por este estudo. Com isso, possibilitou a extração das unidades de registro para a definição das categorias.

3º Momento- Análise final dos Dados

Nessa etapa é efetivada a construção das temáticas, sendo realizada, posteriormente, a leitura do objeto de estudo a partir do referencial, identificando como acontece o processo de assistência ao pré-natal. Assim, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos (Minayo, 2000).

A análise final permitiu apreender o conteúdo das falas produzidas nos grupos focais dos profissionais e das gestantes, complementados com os fluxogramas construídos pelos mesmos, demarcando uma triangulação do material e deste com a fundamentação teórica da pesquisa.

O quadro a seguir sintetiza as categorias referente ao material produzido nos grupos focais. A sua construção foi feita da seguinte maneira: Após a elaboração das categorias foi selecionado falas correspondentes às mesmas (Apêndice C). Com isso foram formados as gavetas de cada grupo focal, as quais correspondem à síntese da categoria, e estão destacadas na cor cinza. Na síntese horizontal, através de leitura do material de cada categoria, pode-se identificar as convergências, as divergências, e o que é complementar. A síntese vertical permite visualizar, de forma mais evidente, a ideia do participante sobre o objeto de estudo dessa pesquisa.

Quadro 2. Modelo do quadro construído para análise dos dados

Grupos focais Categorias	1	2	3	4	SÍNTESE HORIZONTAL
1. Avanços e desafios da assistência pré-natal					Convergências Divergências Complementar
2. Pré-natal Interprofissional: Invisibilidade na assistência					Convergências Divergências Complementar
3. Limites do previne brasil para assistência pré-natal					Convergências Divergências Complementar
SÍNTESE VERTICAL					

Após a coleta e organização dos dados, será apresentada a análise do material, inicialmente com a descrição do perfil dos participantes. Em seguida, o que foi produzido nos grupos focais, complementado pelos fluxogramas construídos, com a contribuição de alguns autores e a inserção das indagações da pesquisadora sobre os resultados.

PERFIL DOS PARTICIPANTES

Para um melhor entendimento do objeto de estudo é necessário definir o perfil desses sujeitos da pesquisa exposto no quadro 3.

Quadro 3. Perfil dos Profissionais

Categoria	Sexo	Idade	Tempo de serviço no SUS	Tempo de serviço na USF
Enfermeira	F	36 ANOS	3 ANOS	3 ANOS
Enfermeira	F	35 ANOS	4 ANOS	4 MESES
Enfermeira	F	33 ANOS	4 ANOS	1 ANO E 1 MÊS
Médica	F	28 ANOS	2 ANOS e 8 MESES	1 ANO e 3 MESES
Médica	F	31 ANOS	3 ANOS E 10 MESES	3 ANOS E 10 MESES
Médica	F	32 ANOS	3 ANOS E 10 MESES	3 ANOS E 10 MESES
Cirurgião-Dentista	F	30 ANOS	5 ANOS	1 MÊS
Cirurgião-Dentista	F	29 ANOS	3 ANOS	1 ANO
Cirurgião-Dentista	M	31 ANOS	7 ANOS	3 ANOS E 10 MESES
Técnico de Enfermagem	F	55 ANOS	17 ANOS	3 ANOS E 10 MESES
Técnico de Enfermagem	F	45 ANOS	25 ANOS	3 ANOS E 10 MESES
Técnico de Enfermagem	F	54 ANOS	3 ANOS	3 ANOS
Auxiliar de Saúde Bucal	F	36 ANOS	1 ANO	6 MESES
Auxiliar de Saúde Bucal	F	41 ANOS	19 ANOS	1 ANO E 9 MESES
Agente Comunitário de Saúde	F	54 ANOS	20 ANOS	1 ANO
Agente Comunitário de Saúde	F	47 ANOS	20 ANOS	3 ANOS
Agente Comunitário de Saúde	F	51 ANOS	26 ANOS	3 ANOS E 10 MESES
Agente Comunitário de Saúde	F	55 ANOS	22 ANOS	3 ANOS E 10 MESES
Recepcionista	F	46 ANOS	4 ANOS	3 ANOS E 10 MESES
Atendente de Farmácia	M	20 ANOS	1 ANO E 4 MESES	1 ANO E 4 MESES

A maioria dos profissionais possuem menos de cinco anos trabalhando em serviço público, sendo os ACS os com maior tempo de atuação, com vínculo desde os primeiros anos de implantação do PSF, como pode ser confirmado na fala de um ACS participante do grupo II “porque eu vim de um PSF raiz, do início, né?”.

Em relação ao tempo de atuação na unidade de saúde, uma grande parcela dos profissionais estão desde a inauguração. Para Souza et al. (2023), a estabilidade de profissionais na ESF para o desenvolvimento de um processo de trabalho com integralidade, com maior possibilidade de vínculo entre a equipe e usuário.

Dentre os profissionais participantes, dois fizeram residência em saúde da família, e um é especialista em saúde coletiva.

Quadro 4. Perfil das gestantes

Idade	Nível de escolaridade	Número de filhos	Raça/cor
28 ANOS	Ensino Fundamental completo	5	Preta
32 ANOS	Ensino Médio completo	2	Parda
27 ANOS	Ensino Fundamental completo	1	Preta
21 ANOS	Ensino Médio completo	2	Preta

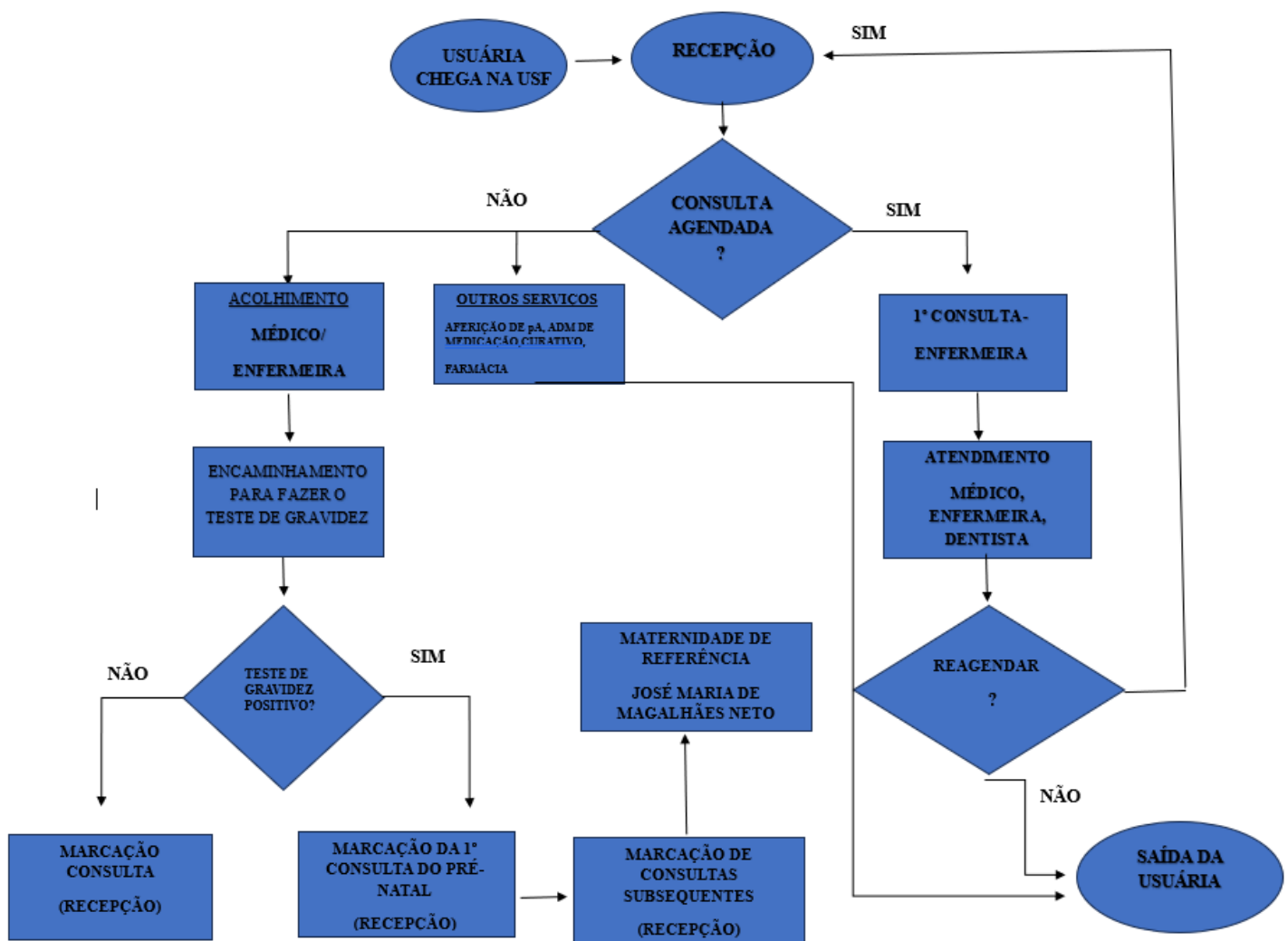
No quadro do perfil das gestantes observa-se baixa escolaridade. Esse é um ponto importante a ser analisado, visto que interfere em questões intrínsecas a maternidade.

Em estudo para determinar o perfil epidemiológico de gestantes com sífilis gestacional foi constatado maior presença em mulheres com baixa escolaridade, devido a uma maior dificuldade para obter de informações sobre a doença, prevenção e tratamento (Cunha et al., 2021). Outra pesquisa concluiu que a maior parte de gestantes com intenção de realizar amamentação exclusiva era entre as de maior escolaridade (Moimaz et al., 2020).

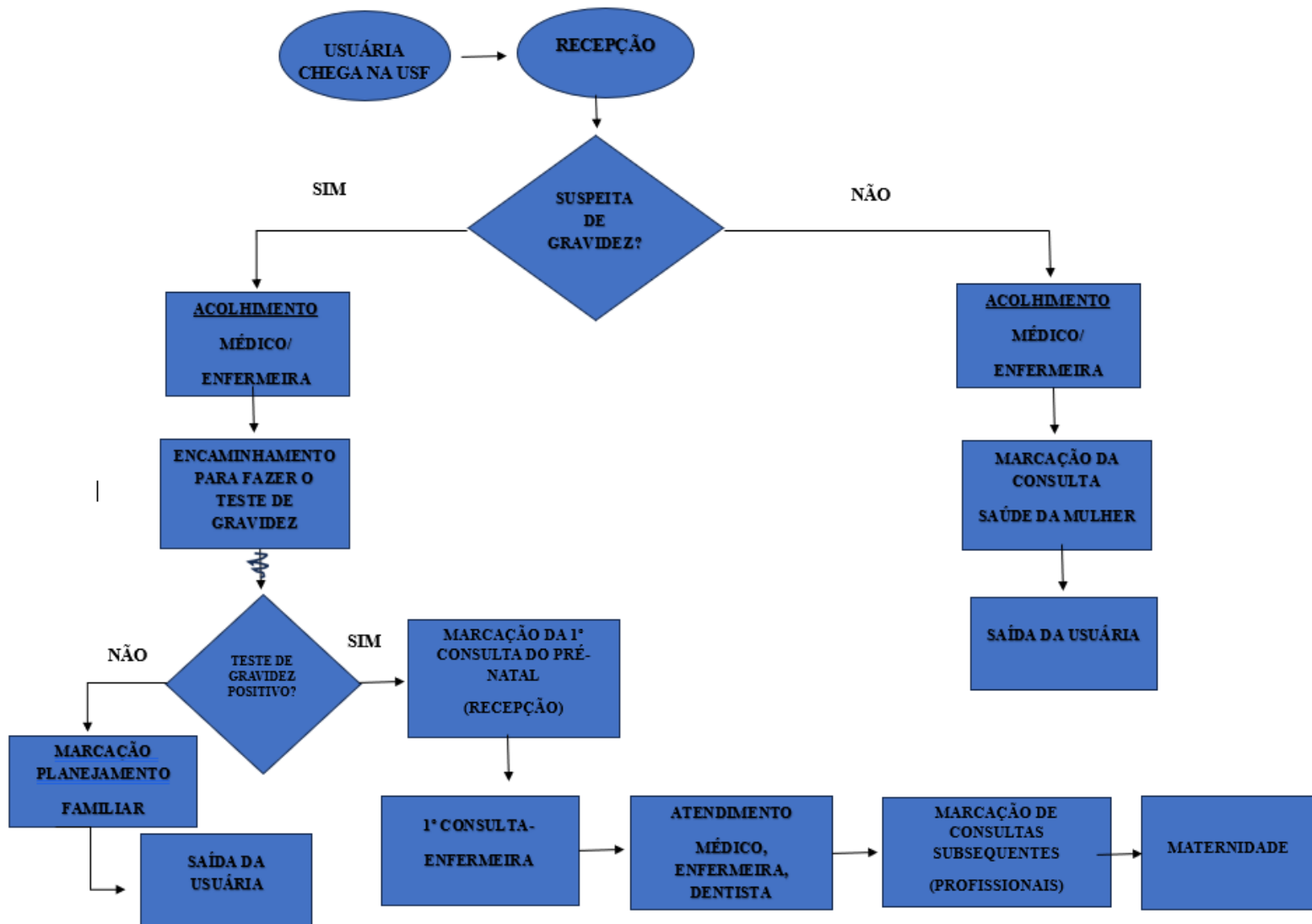
Em relação ao quesito raça/cor todas as gestantes se auto declaram preta ou parda. Segundo Mendez, Urrea-Giraldo e Ortega (2020) a variável raça/cor é importante para a saúde pública, já que a população negra sempre teve maior dificuldade de acesso à saúde quando comparado à população branca.

CARTOGRAFIA DO CUIDADO: Descrição do fluxograma analisador da produção do cuidado para gestantes na perspectiva dos profissionais e das usuárias

FLUXOGRAMA ANALISADOR- PROFISSIONAIS



FLUXOGRAMA ANALISADOR- GESTANTES



A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2023) define acesso como a capacidade de se utilizar os serviços de saúde de forma integral, adequada, com qualidade e quando necessário.

O fluxograma construído com as gestantes mostra que as usuárias compreendem a unidade de saúde como o primeiro serviço a ser acessado, em suas demandas de saúde. Concordando com o conceito de Starfield (2002) a Atenção Básica é apontada como a “porta de entrada” mais adequada para o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde.

O serviço analisado conta com uma recepção onde as usuárias são recebidas por duas trabalhadoras de nível médio, em regime de trabalho de 40 horas semanais, e são direcionadas para os serviços ofertados na USF. Caso seja uma suspeita de gravidez, a usuária é encaminhada para os profissionais, médico e enfermeiro, escalados para o acolhimento à demanda espontânea.

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário. E neste momento, há a construção da relação do usuário com o serviço; influenciando na continuidade do tratamento (Souza; Zeferino; Fermo, 2016).

Na descrição dos dois fluxogramas apareceu que no acolhimento a usuária realiza o teste rápido para confirmação ou não da gravidez sob supervisão do enfermeiro. Se confirmado, a gestante é conduzida à recepção para o agendamento da primeira consulta na sua equipe de referência.

Contudo, uma gestante relatou que seu processo para agendamento foi diferente, mostrando a necessidade da validação do fluxo pela recepção:

Eu não fiz esse teste aqui, eu só fiz em casa. Eu vim com minha irmã, e cheguei na recepção e avisei que estava grávida. Ela olhou lá se tinha vaga, me deu um papelzinho com data e horário. Esse teste eu não fiz.

A primeira consulta do pré-natal, nessa unidade de saúde, é realizada pela enfermagem, sendo descritos da seguinte forma:

A primeira consulta a gente faz pra anamnese, né. Aí vê o histórico da gestante, preenche a caderneta de gestação, realiza os testes rápidos. Em relação ao material, insumos não faltam nenhum (partc. 4, grupo II).

Na primeira consulta com Enfermeiro, ela já faz todos os rápidos, e o teste da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais). Faz uma consulta completa. e a gente já direciona pra vacina, para atualizar o cartão vacinal; e já direciona também pra marcar o pré-natal odontológico (partc 1, grupo I).

O profissional enfermeiro desempenha um papel importante durante o período pré-natal, visto que quando o acompanhamento é qualificado cria o fortalecimento do vínculo, interfere no cuidado integral, e por conseguinte na redução da mortalidade materno infantil. Esse cuidado da enfermagem é baseado em programas de saúde e protocolos das instituições de saúde (Reis, Abi rached,2017).

Na primeira consulta da gestante é importante uma avaliação clínica, com escuta livre de julgamentos, acolhimento das expectativas, investigação de fatores de risco, e solicitação de exames complementares. O cuidado deve ser conduzido de forma contínua, com avaliações individuais e sequenciais de todos os profissionais de saúde da equipe (Brasil,2019).

O fluxograma construído com as gestantes também confirma que sua primeira consulta é com enfermeiro e, dentre outras coisas, são feitos testes rápidos. Porém, uma das gestantes faz uma fala contrária:

Eu não fiz teste rápido porque eu estava com o papelzinho com os resultados dos testes da outra gestação. Aí a enfermeira falou que eu não ia precisar fazer, que não era para mim perder esse papel que eu tinha feito; que ela ia se basear por esse papel.

As equipes das unidades de saúde são instruídas a inserir como rotina na assistência pré-natal, a realização dos testes rápidos (TR). O objetivo é prevenir, diagnosticar para a redução do risco de transmissão vertical, e tratamento das ISTs/HIV/Aids, sífilis e hepatites virais. Os TRs são de fácil execução, e devem ser feitos, de preferência, no primeiro e terceiro trimestres de gestação (Brasil,2022).

Segundo Previati, Vieira e Barbieri (2019) a disponibilidade do teste rápido de HIV nas unidades de saúde traz duas possibilidades: Tanto o diagnóstico precoce para as gestantes, agilizando o processo de encaminhamento ao tratamento; quanto o aconselhamento profissional, em casos de resultado negativo, incentivando o uso do preservativo.

Um estudo realizado em municípios da região Nordeste, identificou deficiências em relação a testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis, nas consultas pré-natal. As mesmas foram em relação a realização do teste no período preconizado, testagem dos(as) parceiros(as) sexuais da gestante e administração da penicilina benzatina. Além disso, a falta de envolvimento de outros profissionais da equipe, sendo que a execução não é responsabilidade apenas da enfermagem (Araújo; Souza, 2020).

Nos dois fluxos pode-se observar que as consultas subsequentes são alternadas entre os profissionais de nível superior. Além disso, os agendamentos seguintes são realizados pelo médico ou enfermeiro da equipe.

Os dois fluxos mostram o encaminhamento para a Maternidade. No grupo das gestantes ficou evidente que no município não é instituída visita de vinculação, mesmo com a lei municipal nº 7851/2010, devido aos relatos: “Não sei como é lá, não conheço ninguém lá. Eu já passei pela frente” (partc.4, grupo IV). “Mas conhecer como a senhora perguntou, eu nunca fui. Eu sei que é bom” (partc. 2, grupo IV), “Eu não sei. Como é feito essa visita?” (partc 3, grupo IV).

A visita de vinculação na maternidade é um momento de ação educativa, com informações de todo o percurso e procedimentos realizados, da admissão até o centro cirúrgico, além de ser um espaço para sanar dúvidas. Com isso ajuda a diminuir ansiedade e insegurança das gestantes, e por conseguinte garantindo a humanização proposta pela Rede Cegonha (Sampaio *et al.*,2018).

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: Do dito ao feito

Categoria 1. Avanços e desafios da assistência pré-natal

Para iniciar as discussões, queríamos descobrir qual a percepção dos participantes sobre a assistência pré-natal prestada na unidade de saúde. De modo geral, os grupos de profissionais caracterizaram como de boa qualidade, como visto nas falas: “A gente tem uma assistência de boa qualidade de atendimento aqui na unidade, a gente consegue hoje já buscar essa gestante, fazer esses atendimentos certo” (partc.1, grupo I), “Eu acho assistência aqui boa” (partc.7, grupo II), “Na minha opinião, a gestante na unidade são bem assistidas” (partc.2, grupo III).

As gestantes também tinham uma opinião positiva como demonstrado nos relatos: “E também eu gostei daqui do atendimento, achei maravilhoso. Então o que falar? Achei bom mesmo aí eu fiquei aqui” (gestante 2), “Eu não tenho muito o que reclamar” (gestante 4).

É importante essa visão satisfatória, pois quando as gestantes não percebem a consulta pré-natal como um espaço de acolhimento e cuidado, pode diminuir sua confiança nos profissionais, reduzindo o vínculo. Isso pode levar a uma desistência do pré-natal, e por conseguinte a complicações na gestação, parto ou puerpério como a mortalidade materna (Andrade; Castro; Silva, 2016).

O acesso foi elencado como um dos motivos para essa avaliação positiva da assistência ao pré-natal. Desde a criação do SUS a dinâmica de oferta e procura de serviços sofreu mudanças significativas, devido a ampliação do acesso a assistência e de profissionais vinculados ao sistema de saúde (Viacava *et al.*, 2018).

Na unidade em questão, o acesso à assistência pré-natal é facilitado como visto na fala “Aqui é demanda aberta. Elas vêm de outro lugar pra fazer o pré-natal” (partc.1, grupo I). Em outro grupo, essa informação foi confirmada “Em termos de marcação aqui é demanda totalmente aberta, espontânea. A gestante chega independente do dia, do horário ela vai ter sua consulta de pré-natal agendada com a equipe de referência” (partc.9, grupo III).

As gestantes confirmam esse acesso facilitado “Eu já sou atendida aqui. Eu estava fazendo acompanhamento e planejei essa terceira gestação.” (gestante 3); “Na

verdade já tenho um filho, e acompanhamento pré-natal, tudo foi feito aqui. Então, assim que descobrir a gravidez, eu vim aqui sozinha para começar o acompanhamento.” (gestante 4).

Considerando que as gestantes dessa pesquisa se autodeclararam da raça/cor preta ou parda, a lógica de acesso e assistência da unidade em questão diferencia do resultado de outros estudos.

Um estudo realizado a partir de dados secundários da pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha, mostrou que para o grupo de gestantes autodeclaradas pretas/pardas foi observado maiores índices de gravidez não planejada, menores proporções no número de consultas preconizado pela Rede Cegonha, maiores dificuldades de acesso quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde e tempo de espera maior para serem atendidas. Ou seja, há diferença por raça/cor na assistência (Theophilo, Rattner e Pereira, 2018).

Segundo Lessa *et al* (2022), os seus estudos apontam que mulheres negras possuem maior dificuldade de ter acesso a um pré-natal considerado adequado. Houve uma associação negativa da cor da pele e o início do pré-natal com 12 semanas ou menos, realização de testes rápidos como o de HIV e orientações dadas no pré-natal.

Outro ponto destacado como positivo é o atendimento odontológico, como visto na fala “Os outros dois pré-natais que fiz tem diferença para esse de agora, foi o acompanhamento odontológico” (gestante 3), “Nessa eu tenho atendimento odontológico” (gestante 1).

A crítica positiva sobre o pré-natal odontológico foi também vista em um estudo desenvolvido para descobrir a percepção e os conhecimentos de gestantes cadastradas na ESF sobre a importância do pré-natal odontológico, em um município do sul do país. Houve consenso sobre a importância de realizar o pré-natal e os benefícios que o mesmo traz à saúde materno-infantil, além da adoção de práticas bucais saudáveis (Brito *et al*, 2022).

Além dos avanços, foi possível identificar os desafios para a prestação da assistência pré-natal com qualidade. O tema mais abordado durante as discussões,

aparecendo em todos os grupos focais, é a dificuldade das gestantes ao acesso a exames complementares.

O relato da participante número sete, grupo focal III, consegue sintetizar a questão levantada por outros profissionais:

Eu acredito que o maior problema que a gente tenha é a disponibilidade de exames na unidade. Não oferta realização de exames laboratoriais como algumas outras unidades e isso dificulta a ida da gestante que muitas vezes não querem ou não podem também sair da área, devido a briga de facções, e a disponibilidade também no sistema de exames de imagem. Alguns não são ofertados pelo SUS; e os que são ofertados tem poucas vagas, não tem sempre disponível.

No grupo das gestantes, a participante 3 se emociona ao descrever a peregrinação para conseguir realizar exames:

Na primeira gestação, os exames laboratoriais foram quase impossíveis de fazer. Eu acumulei todos exames, e já fiz a partir do oitavo mês de gestação, e nem foi aqui em Salvador. Eu fui pra São Francisco do Conde, eu fiz e lá foi super rápido. Mas aqui é quase impossível conseguir fazer.

Ainda dentro desse tema, tantos os profissionais quanto gestantes relatam atrasos para recebimento dos resultados, o que impacta de forma negativa na continuidade do cuidado; como é visto na fala da gestante 1:

Aqui isso é uma porcaria. É essa questão do exame então algo complica. Eu mesmo eu tenho mais de um mês já que fiz um exame, é lá longe para pegar o resultado, a doutora não conseguiu puxar pelo computador. Eu fui lá que é longe, lá no posto lá de baixo, e ainda não chegou. Já tem mais de um mês. E para gestante, a de risco mesmo, precisava dos exames, né? Pra saber o que a pessoa tem aqui, se tem algo pra poder cuidar, e até hoje nada.

A partir desses relatos podemos discutir o acesso quanto a sua capacidade de atender as necessidades de saúde do indivíduo. Com efeito, partindo desse pressuposto identificamos a violência institucional.

O conceito da violência institucional é quando instituições de saúde que deveriam promover o cuidado, negligenciam direitos constitucionais. Esse tipo de violência, muitas vezes, acontece rotineiramente e de forma natural que não são reconhecidas como tal (Ladeia, Mourão e Melo,2016).

Em um estudo realizado para compreender a percepção de enfermeiras e gestantes de alto risco sobre a violência institucional no acesso às redes de atenção de uma capital nordestina, os resultados mostraram o desconhecimento dos participantes sobre o conceito desse tipo de violência; e das diversas formas como ela

se apresenta, como por exemplo a dificuldade de acesso a medicamentos e/ou exames (Brilhante; Jorge, 2020).

Diante dessa realidade, reforçamos a necessidade de dar visibilidade sob a concepção de Bourdieu que discorre de uma violência simbólica, onde há uma violência invisível às vítimas por ser imposta de forma sutil, como define o próprio autor:

A violência simbólica é uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer (BOURDIE, 1996 apud SANTOS, 2015).

Ao tornar público o invisível ou o visível naturalizado, podemos inferir na implicação negativa que a falta de acesso aos exames tem causado na assistência pré-natal nessa unidade. Tanto por uma peregrinação das gestantes para conseguir realizar os exames, quanto pelo não recebimento dos resultados em tempo hábil; interferindo na oferta do cuidado.

Outro obstáculo que se cria é o aumento do absenteísmo. A dificuldade de realizar o exame ou o atraso no recebimento de resultado, faz com que a gestante não vá à consulta agendada, como relatado pela participante número 2, grupo focal II:

Na minha função nós já fomos visitar gestantes para saber porque que ela não tá vindo, fala “Porque eu não fiz nenhum exame”. Ela não fez e diz não ter dinheiro. Elas falam que “a Médica me passou um monte de exame, e eu não consegui fazer”.

Dentre os exames complementares, além da dificuldade nos laboratoriais, foi destacado também o mesmo problema nos por imagem. A participante 9, grupo III, relata poucas vagas ofertadas no sistema de regulação e morosidade no agendamento:

Não existe cota da vaga por unidade. Abre no sistema via regulação e aí aparece. Além de aparecer poucas vagas, a gestante ela tem necessidade de em certos períodos da gestação fazer alguns ultrassons e assim, apareceu uma vaga hoje é pra ela fazer daqui a dois meses. Às vezes a gestante pariu e ela tá na fila aguardando a ultrassom pra ser realizada, entendeu?

Outro tipo de violência apontada no material empírico, como limitador de acesso, é a violência urbana. Há uma impossibilidade de deslocamento das gestantes para as consultas, dificuldade da realização de exames complementares principalmente quando o estabelecimento faz parte de território dominado por outra

facção e fechamento da unidade de saúde em episódios mais violentos. Com isso, há mudanças na dinâmica do trabalho da equipe.

A profissional número 3, grupo II, opina que “eu acho também que a questão da violência no bairro é um fator limitador pra que elas compareçam nas consultas; é um fator limitador para que o parceiro esteja comparecendo”.

Em outro grupo, o de número III, a participante 9 diz “às vezes a gestante não pode sair da área pra ir posto por questão da violência, da rivalidade são facções diferentes”.

A violência urbana também foi discutida no grupo focal das usuárias do serviço. A gestante 3 confirma o que foi dito pelos profissionais “tem a coisa da violência. Às vezes não dar para vim. Ontem mesmo, eu vinha aqui. Eu fui pegar o menino, e começou a rolar tiro. Isso para mim dificulta um pouco.” A gestante 2 complementa “até porque se tiver rolando tiro, o posto nem abre. Querendo ou não, essa violência afeta sim. “

A gestante 4 fez um relato, emocionada, lembrando que a coleta de dados dessa pesquisa também foi afetada pela violência no território:

Essa reunião aqui, era para ser outro dia. Ela foi remarcada por conta da violência. Se não tivesse sido isso, poderia já ter acontecido. É muito ruim, a gente não pode sair de casa, com medo do que pode acontecer. A gente nunca sabe o que vai acontecer.

A violência deve ser entendida como barreira de acesso, sendo realidade de muitas comunidades. Essa limitação de acesso, impostas por facções, inviabilizam a entrada dos profissionais de saúde que não moram no território, interferindo no processo de trabalho. Além disso, prejudicam a circulação de alguns moradores até o território onde fica a unidade (Benício; Barros, 2017).

Segundo Almeida, Peres e Lima (2016), a violência comunitária reflete não só na oferta de cuidados individuais como também nas ações coletivas de saúde. Assim, a violência afeta não apenas a organização dos serviços de saúde na atenção básica, a qual ordena as necessidades para os outros níveis de atenção, mas como toda a rede.

A INTERPROFISSIONALIDADE: Distanciamento da prática no contexto da saúde da Família.

Categoria 2. Pré-natal interprofissional: Invisibilidade na assistência

A análise do processo de trabalho das equipes na atenção básica mostra a necessidade de uma reorganização, a qual busque a superação do cuidado compartimentado. A compreensão da melhoria do cuidado ao usuário através da integralidade da atenção, permite a ampliação dos núcleos de saberes e favorece o trabalho conjunto (Galavote *et al.*, 2016).

Para Müller *et al.* (2022), o passo inicial para a interprofissionalidade precisa ser o entendimento por todos do papel que cada profissional desenvolve na equipe. Contudo, observamos que há a necessidade do profissional compreender a sua função, e como ela implica na produção do cuidado. Isso porque ao serem solicitados para avaliar a assistência pré-natal ofertada na unidade, um dos profissionais faz o seguinte relato: “Eu não tenho muito o que abordar em relação ao fluxo das gestantes, porque isso faz parte da enfermeira junto com a médica” (partc 3, grupo I).

Há uma dificuldade dos profissionais se entenderem como parte da estrutura organizativa da unidade, e sua contribuição para a produção do cuidado das gestantes, como mostra a fala da outra participante 3, grupo III: “Eu sou da parte de saúde bucal, né? E aí eu fico um pouco distante”.

A integralidade na saúde é uma construção coletiva, em que o processo de trabalho da equipe envolve a todos, com seus saberes, espaços de diálogo, organização de fluxos de atendimentos, e uma articulação intersetorial (Lemos; Spiri e Spagnulo, 2020).

Apesar dessas concepções, há divergência entre os profissionais da unidade, sobre a existência ou não da integralidade na assistência ao pré-natal. Segundo a participante 1, do grupo I, há integralidade na assistência “A equipe um tem uma ligação muito boa com essa assistência ao pré-natal das gestantes.” A mesma ainda reforça um espaço para diálogo com discussão dos casos, na seguinte fala:” se for algo que eu precise reportar logo assim que eu terminei o meu, e a médica ou as meninas tiver algum espaço de tempo; eu passo logo pra já ficar ciente.”

Contudo, quando a pesquisadora fazia parte dessa equipe, nunca participou desses momentos.

Outra profissional faz também um relato de como sua equipe trabalha de forma integral:

Em relação a minha experiência pessoal, eu vejo que tem sim, né? A interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado dessa gestante. Desde a comunicação com a recepção, Agente comunitário quando eu preciso de uma busca ativa. A enfermeira, né? Pra gente trocar em relação às consultas né? Uma conduta depende mesmo diretamente da outra; a marcação de preventivo e com as técnicas, né? E a dúvida de quem, né? A gente tem sempre o contato direto com a comunicação muito boa, e com o Dentista da minha equipe que eu tenho uma boa relação, e um contato direto com ele (partc 9, grupo III).

Contudo, outros profissionais fazem uma narrativa diferente como a participante número 5, grupo II:

Sim, não há uma integralidade entre as equipes. É bem complicado, o clima organizacional da unidade infelizmente deixa a desejar, não sei por qual motivo, uns se acham demais ou acham que sabem mais do que os outros, melhores, tem esse problema aqui nessa unidade desde quando ela inaugurou.

As três equipes trabalham de forma independente, sendo criadas diferentes produções do cuidado, que não se relacionam. A participante 8, grupo II traz:

Acredito que é o que faz acontecer para o número de ausência ser grande pra gestantes é a questão que a unidade não fala a mesma fala, né? Tem profissionais que agem de uma forma, por exemplo fazem grupos outros profissionais que não fazem grupo. Então é muito difícil metade de uma área aderir a um grupo e a outra área sabendo que tem grupo que não tem grupo. Então acho que a questão é da unidade.

Essa dificuldade das equipes de realizarem uma produção do cuidado integral, também foi visto em um estudo que comparou as atitudes colaborativas relatadas por profissionais da atenção básica, com seu real processo de trabalho. Com isso, identificou uma escassez das atividades interprofissionais (Ribeiro *et al*, 2022).

Ainda em relação a falta de práticas colaborativas, observamos dificuldade de compartilhamento de informações entre os profissionais das equipes da unidade, como mostra o relato abaixo:

Eu particularmente não conheço os pontos da rede que estão disponíveis e estão relacionados ao Pré-Natal. E aqui é a que a gente acaba tendo mais contato mesmo, né especificamente a maternidade de referência e alguns pontos isolados onde a gente pode encaminhar alguns pacientes. Mas em uma das situações mais específicas de acompanhamento por exemplo uma paciente, uma gestante com HTLV, a gente entrou em contato com uma colega que já trabalhou aqui, e ela sabe indicar para onde poderia encaminhar. Mas que falta essa sistematização, né? Colocar bem exposto pra todos os profissionais, né? Quais são os fluxos que a gente tem que seguir, pra gente tá disponível, como é que a gente consegue a vaga do paciente direitinho o que que precisa o paciente levar ...Muitas vezes o paciente chega lá e “ah está faltando o teu documento” “Está faltando isso de novo”; e aí o paciente perde tempo de ir lá volta pra cá de noite (partc 3, grupo II).

Um profissional, vinculado a outra equipe, fez relato semelhante:

Não tem essa informação de todos os locais da rede. Nada nunca foi passado em reunião. O que a gente fica sabendo, através de experiência de outros colegas que já trabalhavam na área, né? É o famosa “boca a boca” (partc 9, grupo III).

A profissional, referência da rede cegonha na unidade, possui uma fala distinta dos colegas:

Hoje a gente já tem. Eu já tenho esse conhecimento, né? Porque hoje a gente já se criou distrito grupos de rede cegonha. A gente tem uma vinculação direta, e um contato direto com a maternidade de referência da nossa unidade. Então hoje a gente já sabe pra quem a gente encaminha se a paciente ela tá com HTLV. Hoje eu já sei que essa paciente deu diabete gestacional, se essa paciente tá com a hipertensão na gestação, se teve alguma complicação na questão de ultrassonografia que a gente recebeu. Então, hoje a gente já tem esse contato (Partc 1, grupo I).

As práticas colaborativas auxiliam na resolução de casos complexos, como também nas necessidades e expectativas dos usuários e profissionais. Assim, para que não haja prejuízo nas ações é importante as interações entre os profissionais de saúde (Reuter; Santos e Ramos,2018).

A ausência da integralidade das equipes também é vista nas diferenças da assistência ao pré-natal, no que diz respeito ao cardápio de ofertas. Uma equipe instituiu o pré-natal do parceiro, identificado na fala da gestante 3 “Os outros dois pré-natais que fiz tem diferença para esse de agora, foi o acompanhamento odontológico e o **pré-natal do pai**”. Mas, para as demais gestantes, assistidas por outras equipes,

seus parceiros não possuem esse apoio, como diz a gestante 4: “Não. Eu nem sabia que tinha”, e a gestante 2: “Aqui para mim também não tem esse pré-natal”.

Ao serem questionadas no que o serviço poderia melhorar, a gestante 2 fala da importância do grupo de gestantes, demonstrando a necessidade das equipes de anexar outras atividades na assistência ao pré-natal:

Eu achei interessante, porque seria bom também pra gestante, tipo ter um grupo. Só gestante, sabe? Porque tudo que tivesse, a gente sabia. Lá no interior, como nunca eu fui mãe, a doutora pedia para uma falar com a outra; uma passava experiência para outra. Eu achava muito interessante isso. Outra coisa é que também avisava tudo que tinha no posto.

A falta de informações relatada pela maioria dos profissionais é percebida pelas gestantes. Isso perpassa desde o acesso a serviços da unidade e de outros estabelecimentos, como também a benefícios sociais como mostra a fala da gestante 4:

Tinha que ter alguém para avisar a gente das coisas. Hoje mesmo eu vim pesar meu filho, aí eu dei uma andada legal com ele. Eu gestante, e ele com dois anos. Quando cheguei aqui, elas da recepção só falaram “só pela tarde”. Eu fiquei tipo “Poxa. Não teve ninguém pra me falar nada. Eu voltei pra casa, passei mal no meio do caminho algumas vezes, foi duas vezes, quase desmaiei e aí ficava difícil entender? Porque a gente tenta vim e quando chega e acaba não acontecendo nada, tive que voltar pra casa com a mão abanando.

A gestante 3 reforça essa insatisfação com a fala:

Hoje mesmo eu vim pra consulta, aí tinha uma mãe no corredor e falou eu fiquei sabendo sobre um auxílio enxoval. Se alguém já tinha me falado sobre isso, eu disse que não. Ela disse que pra ela também não, mas que outras mães já tinham comentado com ela. Eu e ela comentamos que a gente sente essas necessidades de os profissionais de saúde passar as informações que não chega até a gente com facilidade. Tipo algo que tem algum benefício para a gestante, para a gente saber como recorrer a esse benefício.

Segundo Daminello (2022) as atividades interprofissionais propiciam reflexões das práticas, levando a um aprimoramento das ações. Ao rever práticas, por meio de diálogo de diferentes profissionais, em espaços de reuniões de planejamento, favorece o desenvolvimento de estratégias para a integralidade no cuidado.

Ao serem questionados sobre reunião de equipe, reconhecendo como espaço potente, os profissionais fazem falas mostrando falta de planejamento e episódios de disputa de poder, como a da participante 5, grupo II: “São reuniões perigosas. Entendeu? Então é inviável a gente desenvolver uma ação em saúde”. Mas, para outra

profissional, participante 8 do grupo II, as reuniões são proveitosas “Existe a equipe aqui, onde eu trabalho, que faz reunião sim. E a reunião é muito boa, é organizada e todo mundo sai pra muito bem”

Nesse momento, foi possível compreender que a reunião a qual a participante dessa última fala se referia era composta por profissionais de nível superior. Com isso, observamos mais uma vez a falta da lógica interprofissional.

A participante 2, profissional de nível médio dessa equipe, fez o seguinte relato com expressões de irritação:

Uma reunião de equipe pra mim, você tem que tá com a sua equipe completa ali na reunião. Reunião de equipe pra mim não é juntar o Médico, Enfermeiro, Dentista. Reunião de equipe é você montar toda aquela equipe, e fazer, como nós estamos aqui, e resolver as demandas dessa equipe, certo? Quanto à reunião da unidade que se chama reunião geral, aqui nunca foi, não é, e nunca vai ser. É uma reunião botar bem grande assim “M.M.A”.

A opção sugerida para acabar com os impasses na reunião de equipe, também mostra um distanciamento da interprofissionalidade, mas tem como base as angústias da participante 6, grupo II:

Olha, eu até outro dia eu falei com a gerente, eu sugeri, fazer reunião por classe. Tipo assim, só os médicos, só os enfermeiros. Só os dentistas. É melhor. Só os técnicos. Por quê? Eu não tenho estrutura pra suportar isso. Eu fico me tremendo.

As características, como respeito e confiança, são relevantes para o trabalho interprofissional. Em alguns casos a organização e a estrutura do serviço dificultam a construção de vínculo entre os profissionais da equipe (Santos,2022).

O PREVINE BRASIL NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: Expectativa e a prática.

Categoria 3. Limites do previne brasil para assistência pré-natal

Segundo Alves, Barbosa e Vieira (2022) a PNAB em 2017 já trouxe mudanças na organização do modelo da atenção básica. Com o Previne Brasil essa tendência aumentou devido a supercapitalização da saúde, e das medidas recomendadas pelo Banco Mundial.

Contudo, as mudanças são o caminho para otimizar a distribuição de recursos, o acesso e a avaliação da qualidade na assistência, segundo seus propositores (Mitros *et al.*, 2023).

Dito isso, nos grupos focais dos profissionais abordamos o novo modelo de financiamento da atenção básica, para compreender de que forma o previne brasil auxilia na qualificação da assistência pré-natal.

Houve dois relatos, em que os profissionais acreditam que o programa trouxe benefícios para o processo de trabalho, como a participante 1 do grupo I:

Já teve casos em que a gestante precisou do profissional da sua área, e ele não estava na unidade. Eu não estava na demanda prestei assistência pra gente não perder essa gestante, principalmente por causa do previne brasil. E isso só acontece depois do previne brasil mesmo.

O relato mostra que o acolhimento e garantia do acesso à gestantes só foi instituído devido ao programa, mesmo que esta seja uma premissa básica não apenas para esse grupo mas todo usuário do SUS que busca uma unidade, com base no princípio de universalidade.

A participante número 8, grupo II, ressaltou em sua fala que o programa foi benéfico principalmente para a Odontologia:

Eu acredito que com o previne brasil a parte odontológica passou a ser mais valorizado. Assim, eu não tenho experiências antes do pré-natal odontológico ser um dos indicadores do Previne Brasil. Então eu não sei falar como era antes. Se a questão odontológica ela fazia parte realmente do pré-natal das gestantes.

Um estudo realizado por Lâredo *et al.* (2022) para investigar o cuidado odontológico durante a gravidez sob a ótica dos resultados do previne brasil numa capital do norte do país, mostrou pouco avanços nos quadrimestres, com índices baixos de atendimento odontológico às gestantes. Assim foi apontado a necessidade de capacitações dos cirurgiões-dentistas, e maior interação entre as equipes de saúde da família com as de saúde bucal para um atendimento multiprofissional.

Ao se vincular recursos aos serviços de saúde ao desempenho de atividades a determinados grupos, pode levar a redução da atenção para problemas não contemplados nos indicadores de avaliação; além de enfatizar o monitoramento quantitativo sem considerar a promoção à saúde (Mendes; Carnut ; Guerra, 2022).

A preocupação do cuidado ser estratificado no intuito de atingir as metas do programa foi destacado pela participante 5, grupo II:

Eu acho que o Previne Brasil não deveria limitar tendo em vista as várias barreiras que nós temos, as várias dificuldades que nós temos. Porque senão vai ficar uma assistência muito limitada. As equipes ficam limitadas aos indicadores, essa é a minha opinião.

Para Linard *et al.* (2023) o atual modelo de financiamento permite ao gestor identificar as áreas com coberturas insuficientes, aperfeiçoar sua interpretação sobre o processo de trabalho das equipes nas unidades, e assim auxiliar nas alterações que possibilitam o cumprimento das metas.

A participante 9, grupo III, possui uma visão diferente e relata que o programa reduz o serviço a análise quantitativa das consultas, sem preocupação com a assistência:

Então pra gente o programa Previne Brasil se resumir a cobrança né? A porque mudou agora, porque agora a verba vai ser distribuída de forma diferente. Agora o que isso pra interfere diretamente em termos da assistência prestada ao meu paciente pra mim é em termos de cobrança distrital e Secretaria de Saúde em termos de quantitativo e não em termos de qualidade e boa prestação de serviço. Pode ser a pode ser muito bonita no papel. Mas a experiência pessoal e o contato que o profissional tem é em termo de cobrança de quantidade de atendimento. Porque desde que o programa foi instituído só se fala nisso. Todas as reuniões são pra cobrança de números de atendimento.

Outro ponto significativo observado com a análise do material é que dos vinte e um profissionais participantes dos grupos focais, doze disseram desconhecer o programa ou não sabe do que se trata; como visto nas falas: “Eu não tenho conhecimento desse programa” (partic 4,grupo I),”Eu não conheci também esse

programa, não chegou lá pelo menos aos meus ouvidos não” (partc 6, grupo II),”Sei que existe mas não conheço nada” (partic 3,grupo III).

Além disso, teve participante que possui uma compreensão errada sobre os objetivos do programa:

Quando eu abro o sistema vida mesmo está escrito previne brasil. Mais de uma vez o escrito de verde “peso, altura, e pressão arterial.” Então pra mim eu entendo que a gente tem que estar olhando ali o IMC, que aí eu vejo pacientes que estão bem obesos.

O município utiliza como sistema operacional na saúde o sistema Vida, e não o e-sus (sistema ministerial para as informações da atenção básica).

Com base nas discussões, podemos inferir que a prática profissional não sofreu mudanças com a inserção do programa. A seletividade e focalização em determinada política não ajudou na qualificação da prestação do serviço, como também não estimulou as equipes a desenvolverem estratégias para cumprimento de metas.

7.0 Considerações Finais

Este estudo trouxe à discussão a produção do cuidado às gestantes na atenção básica, em um bairro periférico de grande centro urbano, algo comum a muitas equipes de saúde da família. Em vista disso, buscamos compreender como esse processo é formado, de modo mais visual, utilizando o fluxograma analisador. Além disso, identificamos os desafios, possibilidades e a influência do programa Previne Brasil na construção do pré-natal interprofissional. Para isso, utilizamos a experiência da USF Lagoa da Paixão.

As equipes possuem um processo de trabalho fragmentado, com poucas ofertas de promoção à saúde e prevenção de agravos, em um ambiente com animosidade entre parte dos profissionais. Além disso, sofrem com problemas estruturais na rede municipal pela dificuldade do acesso às gestantes a exames complementares, e a violência urbana local.

A assistência realizada foi classificada como satisfatória, mas apontada a necessidade de mudanças principalmente no que diz respeito a estruturar uma prática colaborativa. Com isso, elaboramos uma proposta de plano de ação. (quadro 5)

Algumas propostas já estão em andamento, principalmente as que envolvem outros setores da secretaria municipal de saúde.

Quadro 5. Plano de ação

Objetivo: Reestruturar a assistência Pré-natal na USF Lagoa da Paixão		
AÇÃO	OBJETIVO	RESPONSÁVEIS
Qualificar a reunião de equipe	A partir do uso de um instrumento, organizar a reunião de equipe de forma a ser entendida como espaço potente para construção do processo de trabalho, discussões plano terapêuticos singular, educações permanentes, construção dos fluxos da	Pesquisadora Equipes de Saúde da família/Saúde Bucal

	unidade.	
Realizar Educação Permanente sobre o Previne Brasil	Discutir o programa previne brasil, desde a sua criação e indicadores	Diretoria de Atenção Primária/ Coordenadoria de Saúde Bucal
Realizar Educação Permanente sobre Interprofissionalidade	Discutir sobre os conceitos de interprofissionalidade, práticas colaborativas e como inserir no processo de trabalho.	Pesquisadora
Qualificar o planejamento familiar da unidade	Implantar ações educativas sobre saúde reprodutiva em sala de espera, grupos, eventos de saúde; além de discutir a estrutura da consulta.	Pesquisadora Equipes de Saúde da família/Saúde Bucal
Qualificar o pré-natal da unidade de saúde	Criar o grupo de gestantes na unidade; além de realizar oficinas para discutir a assistência pré-natal	Pesquisadora Equipes de Saúde da família/Saúde Bucal
Realizar a cartografia da rede materno infantil municipal	Construir documento norteador com os pontos da rede	Diretoria da Atenção Primária à saúde (Área temática saúde da mulher)

Criar grupo de trabalho sobre previne brasil municipal	Grupo de trabalho, com lideranças de setores da diretoria de atenção primária para monitorar e criar estratégias de ação baseado nas metas do programa; Dialogar sobre a possibilidade de ampliação para outros pontos na rede ofertar exames complementares.	Diretoria da Atenção Primária á saúde/Coordenadoria de Saúde Bucal/Vigilância Epidemiológica (Área temática Imunização)/ Núcleo de tecnologia/ Diretoria de planejamento e gestão de pessoas
--	--	--

REFERÊNCIAS

LEITE, M.G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n.1. 2014.

OSIS, M.J.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/J6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?format=pdf&lang=pt>

RAMALHO, K.S. et al. Política de saúde da mulher à integralidade: Efetividade ou possibilidade?. **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fits**, Maceió, v. 1. n.1. 2012.

BRASIL. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde matern. Infant.**, Recife, v.2, n.1.2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

SANTOS, R. R dos. et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.18, n.1. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

LUZ, L.A., AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 715 de 4 de abril de 2022. **Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)**. Brasília: Diário Oficial da União, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Brasília:Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de Janeiro de 2022. **Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.** Brasília:Diário Oficial da União, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS**, 2015.

VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2005.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, 2016.

FIGUEIREDO, W. M.; CAMARGO, A.M.; RIBEIRO, L.G. Estratégia da saúde da família: avaliação da percepção da comunidade. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 4, n. 6.2018.

VICARI T.; LAGO, L.M.; BULGARELLI, A.F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 132. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 267/GM de 06 de março de 2001. Brasília, n. 119.2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>

RONCALLI, A.G.; CÔRTEZ, M.I. DE S.; PERES, K.G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 .2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. **Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.** Brasília: Diário Oficial da União, 2023.

SILVA, S.E. et al. Caracterização do modelo de atenção básica à saúde bucal na região nordeste no período de 2015-2017. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v.7, n. 10, p. 402- 407, 2018.

ALQUILANTE, A.G.; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):239-248, 2015.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira. Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de alagoinhas - BAHIA: o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonista da mudança. Feira de Santana, 2005.234f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades, 1964-1996. In: AYRES, José R. C. M.; SANTOS, Liliana (orgs.). Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves: saúde, sociedade e história. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: **Saúde em Debate**. Editora da Rede Unida, 2017.

MEHRY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde- Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. Pág. 151-163, 30 abr.2012.

MERHY, E.E. et. al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E.E. et. al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** 1. Ed. – Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA, J. N.; CASTRO, C.P.A. Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu. v.18.2014.

ASSIS, M.M.A. et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. **EDUFBA**, Salvador 2010.

SILVA, A.R. dos S. et. al. Percepções de pessoas com tuberculose/HIV em relação à adesão ao tratamento. **Acta Paul Enferm.** 2022

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelode Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018.

BATISTA, J.R.F. A **Agonia do SUS**. 2010. Disponível em: <http://fopspr.wordpress.com/2010/01/13/agoniadosusporfranciscobatistajunior> Acesso em: 03/05/22.

ELLERY, A. E. L., BARRETO, I. C. H. C. (2019). Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos. In: Schweickardt, J. C., Ceccim, R. B., Gai, D. N., Bueno, D., & Ferla, A. A. (Orgs.). **Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde**. 1ª edição. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.

KWIATKOWSKI, H.S. et al. Educação e Relações Interprofissionais na Saúde: Uma Revisão Integrativa. Revista Saúde em Redes, editora Rede unida. v.8, n.1.2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3087>.

ALMEIDA, R. G. DOS S.; SILVA, C. B. G. A Educação Interprofissional e os avanços do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CjbRCJk6zwtwgN7ZMb9YV5tJ/?lang=pt&format=pdf>.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 18. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface. Botucatu, v.22. 2018.

CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface. Botucatu, v.22. 2018.

COSTA, M.V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R.F.C. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª ed. Porto Alegre: **Rede Unida**, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.

BARBOSA, A.S. et al. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n.5. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wmPBptVWzNR34nHMkBrBknQ/?format=pdf&lang=pt>

MULLER, J.L. et al. A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**. Editora Rede Unida. v. 8. 2022.

Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3152>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília. 2004.

SOUSA, F.M.S. et al. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JLmFRXYWGmtd95YWbQQ7jby/?format=pdf&lang=pt>

SILVA, L.A. et al. O cuidado no pré-natal: um valor em questão. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, **Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**– Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SOUZA, F. L. et. al. Motivos da não realização do pré-natal por gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2020.

NASCIMENTO, A.L.C. A importância do Pré-Natal Odontológico na saúde do infante: Uma revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**, v. 58. 2021.

BOTELHO, D.L.L. et al. Odontologia e gestação: A importância do pré-natal odontológico. **SANARE**, Sobral.v.18, n.2. 2019.

SPINDOLA, T. et. al. Caracterização de gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família: Uma contribuição para Enfermagem Obstétrica. **R. pesq.: cuid. Fundam**. 2020.

LEAL, M do C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saude Publica**. 2020.

NUNES, J.T. et. al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (2): 252-261. 2016.

RODRIGUES, A.F.M. Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: Revisão Integrativa. **Revista Nursing**, 2021.

ASSIS, K.C. de; ASCOLI, A.M.B. Avaliação da Assistência ao Pré-Natal nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Cassilândia-MS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.23, n.2. 2019.

RODRIGUES, F.A.C. et. al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **REPROD.CLIM**. v. 32, n.2.2017.

BRASIL. **Manual instrutivo financiamento do APS Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. **Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil**. Diário Oficial da União, 2022.

HARZHEIM, E. et. al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n. 2. 2022.

HARZHEIM, E. “Previne brasil”: bases da reformada atenção Primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1189-1196, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1181-1188, 2020.

MENDES, A.; MELO, M.A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, 38(2):e00164621.2022.

MINAYO, M.C.de S. O desafio da pesquisa. In: DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa Social Teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2009.

PICHETH, S.F.; CASSANDRE, M.P.; THIOLENT, M.J.M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, Porto Alegre. v. 39.2016.

THIOLENT, M.; OLIVEIRA, L. Participação, cooperação, colaboração na relação dos dispositivos de investigação com a esfera da ação sob a perspectiva da pesquisa-ação. **Atas- Investigação Qualitativa em Ciências sociais**. v. 3.2016.

STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam / Robert E. Stake; tradução: Karla Reis; revisão técnica: Nilda Jacks. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: **Penso**, 2011.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ep/a/DRq7QzKG6Mth8hrFjRm43vF/?format=pdf&lang=pt>.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 1º ed. São Paulo: Cortez. 2022

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Rio de Janeiro, IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/simoes-filho/panorama>.

SALVADOR. Secretária Estadual de Saúde. **Indicadores de cobertura da atenção primária**. CAMAB. 2020. Disponível em : <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO SALVADOR. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. Volume I / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021.

SOUZA, E.R. et al. Consequências que a rotatividade de servidores gera no atendimento aos usuários da unidade de saúde. *Nativa*-revista de ciências sociais do norte de mato grosso. Mato grosso. v11, n.1.2023. Disponível em: <https://www.revistanativa.com.br/index.php/nativa/article/view/476>.

CUNHA, M.R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional em uma cidade do nordeste brasileiro: clínica e evolução de 2014 a 2019. **Acervo Saúde**.v. 13, n.3.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6086>.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Estudo quanti-qualitativo sobre amamentação exclusiva por gestantes de alto risco. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.25, n.9. 2020.

MENDEZ, F.; URREA-GIRALDO, F.; ORTEGA, D. Cor da pele, desigualdades sociais e saúde em idosos: uma análise a partir do inquérito SABE na Colômbia. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.10. 2020.

REIS, V.M.; DAVID, M.S.L. O Fluxograma Analisador Nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: Uma Revisão Crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

MERHY, E. E; ONOKO, R. (orgs). **Agirem saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

Organização Pan-Americana da Saúde. Barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas. Washington, DC: **OPAS**; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726983>.

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

SOUZA, T.H.; ZEFERINO, M.T.; FERMO, V.C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao sistema único de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.3. 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/BDRcC7YW5hdgrBzY9SmQjwk/?format=pdf&lang=pt>

REIS, R.S. ABI RACHED, C.D. (2017). O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando uma abordagem centrada na pessoa - gestante. **Revista Internacional de Revisão de Gestão de Saúde**, 2017.

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 Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília :Ministério da Saúde, 2022.

PREVIATI, S.M.; VIEIRA, D.M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **J Health Biol Sci.** 2018.

ARAÚJO, T.C.V; SOUZA, M.B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Rev Esc Enferm USP**, 2020.

GOMES, A.A. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: Usos e possibilidades do Grupo Focal. **EccoS – Revista Científica**, São Paulo, v. 7, n.2, p. 275-290, jul./dez. 2005.

MINAYO, M.C.de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed.- São Paulo: **Hucitec**, 2010.

MINAYO, M.C.de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed.- São Paulo: **Hucitec**, Rio de Janeiro. 2000.

ANDRADE, F.M.; CASTRO, J.F.L.; SILVA, A.V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**, v. 6, n.3.2016. Disponível em:
<http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1015/1170> .

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6. 2018.

LESSA, M.S.A. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.10.2022.

THEOPHILO R.L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E.L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.11):3505-3516, 2018;

BRITO, G.M.S.; BOCASSANTA,A.C.S.; MURILLO, R.S.G.;GOMES,S.P.M. Percepção materna sobre a importância do pré-natal odontológico na estratégia de saúde da família. **Humanidad. med**, v. 22, n.2. 2022.

LADEIA, P.S.S.;MOURÃO,T.T.;MELO,E.M. O silêncio da violência institucional no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**. v. 26.2016.

BRILHANTE, A. P. C. R.; JORGE, M. S. Violência institucional na gravidez de alto risco na visão de gestantes e enfermeiras. **Rev. Brás. Enferm.** v. 5. 2020

BENÍCIO, L.F.S.,BARROS,J.P.P. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **Sanare**,v.16, n.1. Sobral, 2017.

ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; LIMA, T. F. A violência no território e a construção de vínculos entre os agentes comunitários de saúde e os usuários em um serviço de atenção primária. **Rev. Epos**, v. 7, n. 1.Rio de Janeiro. 2016 . Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2016000100006.

GALAVOTE et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery**. v. 20, n.1.2016. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8QsxZbDLnCWVBN6zQVwjbXL/?format=pdf&lang=en>

MÜLLER et al. A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Redes**. v. 8.2022. Disponível: [file:///C:/Users/User/Downloads/1+A+pr%C3%A1tica+interprofissional+e+a+forma%C3%A7%C3%A3o+dos+profissionais+de+sa%C3%BAde+uma+revis%C3%A3o+integrativa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1+A+pr%C3%A1tica+interprofissional+e+a+forma%C3%A7%C3%A3o+dos+profissionais+de+sa%C3%BAde+uma+revis%C3%A3o+integrativa%20(1).pdf).

LEMOS,S.S.;SPIRI,W.C.;SPAGNUOLO,R.S. A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde. **Revista eletrônica acervo**. v.12,n.10. 2020.

RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. DOS; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersectorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4 2018.

DAMINELLO, M. Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional. Dissertação de mestrado. São Paulo.2022. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1398476/marcellodaminelloversaoriginal.pdf>.

SANTOS,C.C.S. Interprofissionalidade e práticas colaborativas em saúde na atenção primária à saúde em Maceió- AL.trabalho de conclusão de curso. Maceio.2022. Disponível:
<https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/11555/1/Interprofissionalidade%20e%20pr%C3%A1ticas%20colaborativas%20em%20sa%C3%Bade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%Bade%20em%20Macei%C3%B3-%20AL.pdf>

ALVES,P.K.L.;BARBOSA,E.A.;VIEIRA,A.C.S. Incorporação das diretrizes do Banco Mundial para a atenção primária à saúde. **Em pauta**. Rio de Janeiro. v.20, n.5. 2022.

MITROS, V.M.S.; ROCHA,R. N.; COSTA,N.G.S.;SILVA, M.R.F.;MOTA, M.V.;ARAÚJO,C.E.L. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 47, n. 138.2023.

LARÊDO, G.B.S.;MIRANDA,E.B.M.;FONSECA,N.L.;MONTEIRO,D.S. Saúde Bucal e gravidez: Desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do previne brasil. **Revista Ciência Plural**. 2022.

LINARD, A.G. et al. Avaliação dos indicadores de desempenho do programa Previne Brasil no Maciço de Baturité: Doenças crônicas. **SciELO Preprints**. 2023. Disponível em :
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322/12088>.

ANEXOS

ANEXO A – Documento do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UEFS, que aprova a pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Pesquisador: SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70219622.5.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.250.266

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um retorno de pendência enviado ao CEP-UEFS 01/08/2023. Assim, a terceira análise desse protocolo foi realizada com base nas informações dos seguintes arquivos "cartarespostanovo.pdf"; "ProjetoCompletoSilviacor.pdf"; "Declaracaopesquisadorascom.pdf"; ProjetoCompletoSilvianovocor.pdf e cronogramanovo.pdf. Esse estudo será desenvolvido a partir do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob a responsabilidade da estudante SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS e da orientadora da pesquisa, Prof^a Dra^a Ana Aúrea Alécio de O. Rodrigues. O presente estudo trata do desenvolvimento da produção do cuidado à gestantes em uma Unidade de Saúde da Família, dentro da Rede de Atenção à Saúde municipal. Propõe-se estudo qualitativo, apoiado pelo referencial da pesquisa-ação, cujos sujeitos de pesquisa serão os profissionais da Unidade de saúde da Família, e as gestantes em acompanhamento no pré-natal. O campo do estudo será a Unidade de Saúde da Família Lagoa da Paixão, na cidade de Salvador (BA). A coleta de dados será iniciada com a realização de duas oficinas pedagógicas (uma com os profissionais, e a outra com as gestantes), utilizando o fluxograma analisador como instrumento de representação do fluxo do atendimento às gestantes. Além disso, será realizado grupo focal com esses participantes, divididos em grupos, sem que aja prejuízos na discussão. A análise de dados será realizada através do método de Análise de Conteúdo de Bardin. Considerações: Espera-se a partir desta pesquisa compreender as potencialidades e desafios para instituir um pré-natal interprofissional,



Continuação do Parecer: 6.250.266

Justificativa de Ausência	TCLEScor.pdf	01/08/2023 11:40:21	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLES.pdf	01/08/2023 11:36:27	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoSilvianovocor.pdf	01/08/2023 11:29:30	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoSilvianovo.pdf	01/08/2023 11:28:58	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS	Aceito
Cronograma	cronogramanovo.pdf	01/08/2023 11:28:07	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	01/08/2023 11:25:54	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Outros	cartarespostanovo.pdf	04/07/2023 14:02:38	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Cronograma	cronogramai.pdf	04/07/2023 14:01:33	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoSilviacor.pdf	04/07/2023 13:57:08	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoSilvia.pdf	04/07/2023 13:56:46	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadorascom.pdf	03/07/2023 15:45:17	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadorascor.pdf	03/07/2023 15:45:00	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoabencaoado.pdf	01/06/2023 10:21:35	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE JESUS	Aceito
Outros	Instrumentocoleta.pdf	30/05/2023 22:23:56	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2023 22:20:38	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/05/2023 22:20:08	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Declaração de concordância	termodeanuencia.pdf	17/04/2023 15:21:56	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	18/11/2022 14:36:51	SILVIA ROSELY PEDREIRA DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Continuação do Parecer: 6.250.266

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 21 de Agosto de 2023

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

ANEXO B- Termo de anuência institucional

Secretaria
da Saúde



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS


Salvador, 14 de outubro de 2022.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, o Distrito Sanitário São Caetano/Valéria e a Unidade de Saúde Lagoa da Paixão, declaram-se conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS Nº. 466/2012, a Resolução do CNS Nº 510/2016 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança, bem-estar dos sujeitos selecionados em seu âmbito e com o sigilo dos dados coletados para a realização do projeto de pesquisa/intervenção denominado: PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR. O objetivo deste estudo é: Contribuir com a melhoria da assistência pré-natal interprofissional na Unidade de Saúde Lagoa da Paixão, em Salvador-BA, Brasil.

Esta pesquisa será conduzida pela Profª Dra. Ana Áurea Alécio de O. Rodrigues, orientadora; Sílvia Rosely Pedreira de Jesus, mestranda. As pesquisadoras apresentaram este projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas desta secretaria, obtendo autorização no Parecer/SMS Nº. 057/2022 e este Termo de Anuência Institucional (TAI), para a sua condução após aprovação em Comissão de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Atenciosamente,


MRS 3070659

Melícia Silva Reis Góes

Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS.

OBS. Este TAI não permite acesso aos lócus de pesquisa para coleta de dados, especialmente em tempos de pandemia. Esta pesquisa só poderá ter início após envio de **ofício de autorização** desta Subcoordenadoria de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro Temático para o grupo focal dos profissionais de saúde



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Pesquisadora: Silvia Rosely Pedreira de Jesus

Orientadora: Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Projeto: PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL: Qualificação da atenção às gestantes em unidade de saúde do município de Salvador

GRUPO FOCAL Nº _____

Data de realização: ___/___/___

A. Identificação dos participantes:

Nome: _____

Formação: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de serviço no SUS: _____

Tempo de serviço na USF Lagoa da Paixão: _____

Nome: _____

Formação: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de serviço no SUS: _____

Tempo de serviço na USF Lagoa da Paixão: _____

Nome: _____

Formação: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de serviço no SUS: _____

Tempo de serviço na USF Lagoa da Paixão: _____

B. Questões norteadoras

1. Como você avalia a assistência pré-natal na Unidade de Saúde?
2. Em suas atividades diárias, você identifica algum desafio para prestar o serviço? Se sim, quais?
3. Em relação a rede de atenção à saúde municipal, você conhece os aparelhos que a constituem ou possuem material norteador com essas informações?
4. Você saberia qual função do seu colega ao lado na assistência ao Pré-natal?
5. O cuidado é feito de forma integral? Se sim, aponte um aspecto que confirme essa integralidade.
6. Como o programa Previne Brasil está apoiando na qualificação do Pré-natal?

APÊNDICE B – Roteiro Temático para o grupo focal das gestantes



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Pesquisadora: Silvia Rosely Pedreira de Jesus

Orientadora: Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Projeto: PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL: Qualificação da atenção às gestantes em unidade de saúde do município de Salvador

GRUPO FOCAL GESTANTES

Data de realização: ___/___/___

A. Identificação dos participantes:

Nome: _____

Nível de escolaridade: _____ **Idade:** _____

Idade gestacional: _____

Número de filhos: _____

Nome: _____

Nível de escolaridade: _____ **Idade:** _____

Idade gestacional: _____

Número de filhos: _____

Nome: _____

Nível de escolaridade: _____ **Idade:** _____

Idade gestacional: _____

Número de filhos: _____

B. Questões norteadoras

1. Antes da gravidez, você já era atendida na Unidade? Como foi o processo de descoberta da gestação?
2. Você acha que é importante esse acompanhamento de pré-natal?
3. Desde a marcação da sua primeira consulta para Pré-natal até agora, o que você acha que poderia ser melhorado para os atendimentos às gestantes?
4. Onde pretende realizar o parto? Conhece o local?

APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de consentimento livre e esclarecido (profissionais)

Eu, Silvia Rosely Pedreira de Jesus, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, lho convido para participar da pesquisa "PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL: Qualificação da atenção às gestantes em unidade de saúde do município de Salvador", que objetiva qualificar a assistência Pré-Natal interprofissional na Unidade de Saúde Lagoa da Paixão. Será solicitado que você, profissional da equipe da Unidade de Saúde supracitada, discuta em grupo algumas questões; em data e horário a serem estabelecidos previamente para não interferir nas suas atividades cotidianas. Esse espaço de diálogo e troca, com duração de aproximadamente uma hora, será gravado com o uso de um aparelho digital, na qual será ouvida, transcrita e arquivada por um período de cinco anos, sendo destruído depois. Você, se desejar, poderá ler a transcrição do áudio para confirmar sua fala. O estudo poderá causar desconforto, constrangimentos ou cansaço. Contudo, o profissional possui liberdade de recusar participação ou retirar seu consentimento, em qualquer fase, sem que sofra penalizações. Vale ressaltar, que para minimizar os riscos elencados será criado um ambiente acolhedor, sem que aja julgamentos sobre a sua opinião. A participação na pesquisa trará a possibilidade da troca de saberes, os quais são de suma importância para o enriquecimento individual. Além disso, é uma oportunidade de auxiliar na qualificação do cuidado no SUS, com o qual todos estão implicados de forma direta ou indireta. Sua participação nesta pesquisa não traz implicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução N° 674, de 06 de maio de 2022 do Conselho Nacional de Saúde. A sua participação será voluntária, sendo que, dessa forma, não receberá remuneração. Certifico que em nenhum momento o seu nome será divulgado, garantindo o anonimato e o sigilo de suas informações, respeitando a sua integridade moral, social e cultural. Não haverá despesas para você participar da pesquisa e se por ventura houver, será ressarcido. O seu nome não aparecerá no trabalho. A coleta de dados acontecerá na Unidade de Saúde Lagoa da Paixão. A pesquisa terá os resultados divulgados em seminário realizado na Unidade supracitada, tendo como ouvintes os gestores municipais, a equipe de saúde da família da unidade e o público-alvo da pesquisa (gestantes). O (A) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora SILVIA PEDREIRA a qualquer momento para informações adicionais no seguinte endereço: USF Lagoa da Paixão, localizada na Rua Morada da Lagoa, Nova Brasília de Valéria (Salvador-BA); e-mail: silvinhaodontoba@gmail.com. O (A) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se achar necessário. O CEP/UEFS é um colegiado formado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua dignidade e integridade; possibilitando o desenvolvimento da pesquisa seguindo padrões éticos, podendo ser acionado para dúvidas sobre esse assunto. O mesmo fica localizado Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, UEFS, Módulo – Módulo Administrativo 17 (MA 17), CEP: 44.036-900, Feira de Santana – BA. Telefone: (75) 3161-8124; e-mail: cep@uefs.br. O horário de funcionamento: Segunda a sexta-feira: 13h30 – 17h30. Os resultados dessa pesquisa serão publicados em artigos científicos ou livro e/ou em evento científico nacional e internacional após serem apresentados à banca examinadora do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da UEFS, para a obtenção do título de mestre nessa instituição. Caso concorde em participar, podem confirmar sua autorização assinando ou colocando a impressão digital neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será entregue em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as páginas, exceto as com as assinaturas/impressão digital, ficando cada um com sua via.

Participante da pesquisa

Silvia Rosely P de Jesus
Pesquisadora responsável

Termo de consentimento livre e esclarecido (gestantes)

Eu, Sílvia Rosely Pedreira de Jesus, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, lhe convido para participar da pesquisa "PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL: Qualificação da atenção às gestantes em unidade de saúde do município de Salvador", para ajudar a melhorar o serviço do Pré-Natal na Unidade de Saúde Lagoa da Paixão. Será solicitado que você, paciente dessa Unidade de Saúde, discuta com outras gestantes algumas questões; data e horário definido pelo grupo, sem que atrapalhe seu dia. O tempo do grupo vai ser de aproximadamente quarenta minutos. Esse momento vai ser gravado com o uso de um aparelho digital, e o áudio gravado será ouvido, transcrito e arquivado, por cinco anos, e depois destruído. Você, se desejar, poderá ler a transcrição do áudio para confirmar sua fala. O estudo pode causar desconforto, constrangimentos ou cansaço. Porém, pode recusar a participar, em qualquer momento, sem nenhum problema. Para que não venha acontecer essas situações incomodas, vai ser criado um ambiente acolhedor; em que sua opinião não vai ser criticada. A sua participação na pesquisa pode levar a troca de saberes, além de ajudar a tentar melhorar o serviço da Unidade que você é atendido. Sua participação nesta pesquisa não vai trazer problemas judiciais e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução Nº 674, de 06 de maio de 2022 do Conselho Nacional de Saúde. Esclarecemos que a sua participação será voluntária, sendo que, dessa forma, não receberá remuneração. Certificamos que em nenhum momento o seu nome será divulgado, respeitando sua integridade moral, social e cultural. Não vai haver gastos para participar, mas caso você tenha, será devolvido o valor. O grupo vai acontecer na Unidade de Saúde Lagoa da Paixão. Quando a pesquisa acabar, os resultados vão ser apresentados na Unidade, para o grupo de gestantes; os profissionais da equipe da Unidade da Lagoa da Paixão e profissionais da Secretária de Saúde. A senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora SILVIA PEDREIRA, a qualquer momento para informações adicionais no seguinte endereço: USF Lagoa da Paixão, localizada na Rua Morada da Lagoa, Nova Brasília de Valéria (Salvador-BA); e-mail: silvinhaodontoba@gmail.com. A senhora poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se achar necessário. O CEP/UEFS é um grupo para defender os direitos de pessoas que participam de pesquisa, para que sejam seguidos padrões dignos e éticos, podendo ser acionado para dúvidas sobre isso. Ele fica localizado Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, UEFS, Módulo I – Módulo Administrativo 17 (MA 17), CEP: 44.036-900, Feira de Santana – BA. Telefone: (75) 3161-8124; e-mail: cep@uefs.br. O horário de funcionamento: Segunda a sexta-feira: 13h30 – 17h30. Os resultados dessa pesquisa serão publicados em artigos científicos ou livros e/ou evento científico nacional ou internacional após serem apresentados em bancada examinadora do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da UEFS para obtenção do título de Mestre nessa instituição. Caso aceite participar, confirme através da assinatura ou colocando a impressão digital nesse documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que será em duas vias, uma para a participante (gestante) e outra para a pesquisadora, com rubricas nas páginas que não tiver assinatura ou impressão digital.

Participante da pesquisa

Sílvia Rosely P de Jesus
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D - Síntese Vertical - Participante 9 do Grupo III

A participante acredita que a assistência pré-natal é de qualidade por ser demanda aberta, a gestante não precisa passar pelo fluxo normal para marcação de consulta visto que é garantido, e por pelo cuidado ser feito pelos três profissionais de nível superior. Em relação aos desafios encontrados para a prestação do cuidado às gestantes, a profissional diz do início tardio do pré-natal por desconhecimento do total exato desse grupo, já que não tem agentes comunitários em número suficiente trabalhando no território. Além disso, o absenteísmo principalmente em consulta odontológicas; e o acesso a exames complementares, principalmente por imagem. A participante desconhece a rede municipal de atenção à saúde, a qual nunca foi informada pela gestão por reunião ou documento oficial. A mesma mostra que sabe qual o papel dos outros colegas na assistência pré-natal da unidade, e acredita que sua equipe desenvolve um cuidado de forma integral; principalmente por sua boa relação com os outros profissionais. Por último, a participante diz não conhecer de forma aprofundada o programa previne brasil, mas que o mesmo não contribui para a qualificação da assistência por ser apenas lembrado sob cobranças de produtividade.

APÊNDICE E – Classificação das falas do Entrevistado 9 do Grupo III nas categorias

1. Como você avalia a assistência pré-natal na Unidade de Saúde?

Eu concordo com que o número oito falou acho que a assistência que a gente presta aqui é uma assistência de qualidade. Eu acho que só o fato da gente não ter empecilho, né? Em termos de marcação e aqui é demanda totalmente aberta, espontânea, a gestante chega independente do dia, do horário ela vai ter sua consulta de pré-natal agendada com a equipe né de referência. Os retornos nós que marcamos eu tenho a gestante ela não precisa ficar na fila nem nada o retorno pelo menos eu posso falar em relação a minha equipe, o pré-natal odontológico eu entro em contato com o profissional e ele entra na minha consulta; a gente já faz essa interconsulta e ele a consulta do pré-natal odontológico. Em termos da comunicação com a Enfermeira também eu não tenho o que falar da assistência prestada aqui.

2. Em suas atividades diárias, você identifica algum desafio para prestar o serviço? Se sim, quais?

A gestante ela tem dificuldades em fazer exames às vezes... principalmente exames de imagem, né? Muito difícil.

Esses desafios são vários, né? Primeiro às vezes a gente tem aqui a questão do início de pré-natal tardio porque assim a gente não sabe exatamente quantas gestantes tem na área então justamente por não ter uma cobertura total de agentes comunitários pra área daqui que é muito grande. Nós temos poucos agentes pra o tamanho total da área. Então não tem como os agentes que nós temos disponíveis conhecer todas as gestantes que tem na área. Então o fato que as vezes elas vêm enquanto quer. Na verdade, é sempre uma a iniciativa de iniciar o pré-natal é da paciente, então ela vem quando quer, eu acho que isso é um desafio porque eu tô falando da minha equipe pelo menos tem algumas gestantes quando início de pré-natal tardio e isso dificulta né? Coisas que poderiam ter intervenção em primeiro trimestre, a gente acaba tendo uma intervenção tardia, né? Pra segunda ou terceiro trimestre. O segundo eu acho que isso não tem tanto comigo, é muito raro, mas eu sei que acontece a questão da assiduidade né? Às vezes tem uma ou outra que acaba faltando, assim eu vejo muito isso, principalmente no pré-natal odontológico, né? A gente marca a consulta o pré-natal odontológico dentro da própria consulta médica e acaba a gestante não sei por

não priorizar acho que a saúde né a saúde odontológica e elas acabam não vindo com tanta assiduidade pra consulta do plantão odontológico e o outro não é desafio é a dificuldade na realização dos exames, né? A gente trabalha numa área, elas moram numa área que é muito distante. Então assim, a dificuldade de acesso de transporte é difícil, né? Além da dificuldade de acesso de transporte ser difícil. Agora que a gente tem um projeto mais Salvador então acaba dificultando menos isso por causa da questão do vale-transporte né? Do cartão, mas o exame de imagem porque é muito difícil a vaga pelo sistema e das vezes elas tem que fazer esse exame de forma particular e a maioria não tem condições financeiras realmente de estar realizando esses exames.

3. Em relação a rede de atenção à saúde municipal, você conhece os aparelhos que a constituem ou possuem material norteador com essas informações?

Não tem essa informação de todos os locais da rede nada nunca foi passado de reunião o que a gente fica sabendo, através de experiência de outros colegas que já trabalhavam na área, né? É a famosa “boca a boca”. Ou então quando você tem alguma dúvida de entrar em contato com o distrito né e pergunta, mas forma em termos de documento não. Se passa que a maternidade referência da gente qual é? E as coisas vão surgindo no decorrer dos atendimentos.

4. Você saberia qual função do seu colega ao lado na assistência ao pré-natal?

O profissional do lado é auxiliar em farmácia e pra mim é de extrema importância, né? O pré-natal da gestante porque através dele, né? Primeiro que em organização da farmácia, solicitação de medicamentos está sempre atento né? A manter a farmácia da gente com tudo que o sistema tá disponibilizando de medicação no momento e através do que a gente estabelecer de condutas em consultório né? Ele poder estar ali auxiliando e liberando essas medicações pra gestante então pra mim sem falar que além de outras coisas né? Quando a gestante chega e que fica suspeita de gravidez é através desse profissional que a gente vai lá, pegar um teste rápido pra gestante poder fazer então ele tá sempre ele, tá envolvido ali do primeiro contato o último.

5. O cuidado é feito de forma integral? Se sim, aponte um aspecto que confirme essa integralidade.

Em relação a minha experiência pessoal, eu vejo que tem sim, né? A interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado dessa gestante. Desde a comunicação com a recepção, Agente comunitária quando eu preciso de uma busca ativa. A enfermeira, né? Pra gente trocar em relação as consultas né? Uma conduta

depende mesmo diretamente da outra; a marcação de preventivo e com as técnicas né? E a dúvida de quem, né? A gente tem sempre o contato direto com a comunicação muito boa, e com o Dentista da minha equipe que eu tenho uma boa relação, e um contato direto com ele. Então é resolvida durante a própria consulta. Inclusive de uma experiência que eu tive hoje de um relato de uma gestante que foi encaminhada pra o pré-natal de alto risco e chegou lá que foi é lá ela foi encaminhada né? Que na própria maternidade tem assistência odontológica e a Dentista usou a seguinte frase, que ela não precisava fazer nada porque o tratamento odontológico dela já tinha sido completado aqui na unidade. Então assim, em relação a minha experiência pessoal, pra mim existe a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade sim. Condutora: “Quando vocês trazem essa questão de que eu converso, eu falo, existe um espaço protegido pra isso, existe uma reunião de equipe

6. Como o programa Previne Brasil está apoiando na qualificação do pré-natal?

Assim não conheço o programa né? Como eu estou falando porque muito que foi repassado minha experiência. O programa para nossos profissionais é em termos de cobrança. Né? O que aqui distrito passa pra gente é em número de quantitativo de atendimento. Então pra gente o programa Previne Brasil se resumir a cobrança né? A porque mudou agora, porque agora a verba vai ser distribuída de forma diferente. Agora o que isso pra interfere diretamente em termos da assistência prestada ao meu paciente pra mim é em termos de cobrança distrital e Secretaria de Saúde em termos de quantitativo e não em termos de qualidade e boa prestação de serviço. Pode ser a pode ser muito bonita no papel. Mas a experiência pessoal e o contato que o profissional tem é em termo de cobrança de quantidade de atendimento. Porque desde que o programa foi instituído só se fala nisso. Todas as reuniões são pra cobrança de números de atendimento.

