



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

LUANA LEMOS ALVES

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES MAIORES DE 35
ANOS: com a palavra, as enfermeiras

Feira de Santana, Ba
2024

LUANA LEMOS ALVES

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES MAIORES DE 35
ANOS: com a palavra, as enfermeiras**

Dissertação de mestrado para submissão ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Dayliz Quinto Pereira

Feira de Santana, Ba
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Alves, Luana Lemos
A48a Assistência pré-natal às gestantes maiores de 35 anos: com a
palavra, as enfermeiras/ Luana Lemos Alves. – 2024.
101f. : il.

Orientadora: Dayliz Quinto Pereira

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2024.

1. Atenção primária a saúde. 2. Enfermeiras. 3. Cuidado
pré-natal. I. Pereira, Dayliz Quinto, orient. II. Universidade Estadual
de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 618.2

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695

LUANA LEMOS ALVES

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES MAIORES DE 35 ANOS: com a palavra, as enfermeiras

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

Data de aprovação: 25/07/2024.
Feira de Santana, Bahia, 25 de Julho de 2024.

Banca

Dayliz Pereira

examinadora:

Assinado de forma digital por
3141a036-6ea2-41e1-b57d-
e800f9ecb8fa
Dados: 2024.08.19 14:34:54 -
0300

Professora Dra Dayliz Quinto Pereira
Universidade Estadual de Feira de Santana (Primeira Examinadora e presidente)

Documento assinado digitalmente

gov.br

MARIANA DE OLIVEIRA ARAUJO
Data: 19/08/2024 13:57:47-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professora Dra Mariana de Oliveira Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana (Segunda examinadora)

Documento assinado digitalmente

gov.br

TANIA CHRISTIANE FERREIRA BISPO
Data: 19/08/2024 16:19:26-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professora Dra Tania Christiane Ferreira Bispo
Universidade do Estado da Bahia (Terceira examinadora)

Maricélia Maia de Lima

Professora Dra Maricélia Maia de Lima
Universidade Estadual de Feira de Santana (Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me possibilitar realizar este sonho, e me proporcionar a paz e calma que preciso para sempre prosseguir.

À minha mãe Lindinalva, por sempre me apoiar e incentivar o alcance de vãos maiores, e sempre acreditar em mim. Por nunca ter poupado esforços para investir na minha educação. Por sempre ter uma palavra amiga, de conforto, de encorajamento. Sou e sempre serei grata pela benção de ser sua filha.

Ao meu esposo Emerson, por seu amor, companheirismo e compreensão nas minhas ausências. Pela paciência, dicas e apoio em todas as etapas, que foram essenciais para essa vitória se concretizar. Muito obrigada!

À minha filha Melissa, presente de Deus, alegria dos meus dias, que sempre me inspira.

À minha orientadora, professora Dayliz, por todo apoio e disponibilidade para a condução desse estudo, assim como pelos conhecimentos compartilhados, gratidão!

À minha amiga e irmã em Cristo Suzana, por toda paciência, cuidado e incentivo. Por sempre me ouvir e acolher. Minha querida, que Deus te abençoe sempre.

Aos colegas de mestrado da Turma V, por tornarem o caminhar no mestrado mais leve e alegre.

Ao Distrito Sanitário São Caetano/Valéria, pelo apoio na concretização deste estudo.

Aos colegas que participaram da pesquisa, que possibilitaram a consolidação deste estudo.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”.

Florence Nightingale

RESUMO

A gestação em mulheres maiores de 35 anos está aumentando à nível mundial, sendo considerada gestação tardia. O pré - natal das mulheres que gestam tardiamente, deve ser realizado de forma rigorosa, objetivando ofertar assistência qualificada durante o período perinatal, visto às complicações que podem ocorrer. É importante realizar uma análise a partir do lugar ocupado pelo profissional que está na “ponta”, que lida diretamente com o usuário, a respeito de quais são os principais desafios que eles vêm enfrentando na assistência pré-natal. O presente estudo teve como objetivo compreender quais os principais desafios vivenciados pelas enfermeiras no que diz respeito à assistência pré-natal às gestantes acima de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo tem uma abordagem qualitativa e caráter descritivo, utilizando a pesquisa de campo. O estudo se desenvolveu na cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia, sendo entrevistadas 17 enfermeiras de unidades pertencentes ao Distrito Sanitário São Caetano-Valéria. A partir das entrevistas realizadas, organizou-se a análise e discussão de dados em 03 categorias a partir do protocolo de análise de conteúdo: dificuldades na condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos; potencialidades na condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos e estratégias para a melhoria de assistência às gestantes maiores de 35 anos. Independentemente da faixa etária das gestantes, de maneira geral, a maior preocupação das profissionais enfermeiras entrevistadas estão relacionadas às patologias e condições de risco associadas às pacientes. Os principais desafios na assistência pré-natal às gestantes no município de Salvador, estão relacionadas à realização de exames de laboratório e Ultrassom, tanto em relação ao acesso quanto ao tempo de entrega dos laudos. Foi evidenciado o compromisso das profissionais entrevistadas no que diz respeito em almejar a oferta de assistência pré-natal adequada às pacientes, destacando que o ofício exercido, apesar de ter muitos percalços, tem sido gratificante, principalmente devido às características que são inerentes à APS, relacionadas ao vínculo com a comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Cuidado pré-natal; Enfermeiras.

ABSTRACT

Pregnancy in women over 35 years old is increasing worldwide and is considered late pregnancy. Prenatal care for women who have a late pregnancy must be carried out rigorously, aiming to offer qualified assistance during the perinatal period, given the complications that may occur. It is important to carry out an analysis from the position occupied by the professional who is at the “edge”, who deals directly with the user, regarding what are the main challenges they have been facing in prenatal care. The present study aimed to understand the main challenges experienced by nurses with regard to prenatal care for pregnant women over 35 years old, within the scope of Primary Health Care. The study has a qualitative and descriptive approach using research field. The study took place in the city of Salvador, capital of the State of Bahia, with 17 nurses being interviewed from Public Health Units belonging to the São Caetano-Valéria Health District. From the interviews carried out, the analysis and discussion of cases were categorized into 03 distinct categories: difficulties in conducting prenatal care for women over 35 years old, potentialities in conducting prenatal care for women over 35 years old and strategies for improving care for pregnant women over 35 years old. Regardless of the age group of the pregnant women, in general, the biggest concerns of the professional nurses interviewed are related to the pathologies and risk conditions associated with the patients. The main challenges in prenatal care for pregnant women in the city of Salvador are related to carrying out laboratory tests and ultrasound, both in terms of access and in relation to the time it takes to deliver the reports. The commitment of the professionals interviewed was highlighted in terms of aiming to offer adequate prenatal care to patients, highlighting that the job performed, despite having many setbacks, has been rewarding, mainly due to the characteristics that are inherent to PHC, related to ties with the community.

Keywords: Primary Health Care, Prenatal care; Nursing care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário São Caetano/Valéria	30
Quadro 2 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa	35
Quadro 3 – Unidades de análise para a discussão.....	36
Quadro 4 - Estratégias para fortalecimento do pré-natal no Município de Salvador ...	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMA – Idade Materna Avançada
IMC – Índice de Massa Corpórea
ODS – Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMAQ- AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção em Saúde
REDA – Regime Especial de Direito Administrativo
SMS -Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
USG - Ultrassonografia
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
3.2 CUIDADO PRÉ-NATAL NA APS	19
3.3 A GESTAÇÃO EM MULHERES COM IDADE AVANÇADA.....	23
3.4 A GESTÃO DO CUIDADO	26
4. METODOLOGIA	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	29
4.2 CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO	29
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	31
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
4.3.2 Tamanho da amostra.....	31
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS	32
4.6 ANÁLISE DE CONTEÚDO	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 APRESENTAÇÃO DO PERFIL DAS ENTREVISTADAS E CATEGORIZAÇÃO DA DISCUSSÃO	35
5.2 DIFICULDADES NA CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL DE MULHERES	

ACIMA DE 35 ANOS.....	37
5.2.1 “A gente fica assim, no sufoco e no desespero”: dificuldades de encaminhamento para avaliação com especialista	37
5.2.2 “A gente tem que se basear no que elas falam”: a falta de contrarreferência e seus reflexos.....	40
5.2.3 Percalços relacionados à acessibilidade aos exames.....	43
5.2.4 “Isso com certeza impacta nos desfechos”: dificuldades de acesso à maternidade de referência.....	48
5.2.5 A violência urbana e o impacto na assistência à saúde	52
5.2.6 Angústia dos profissionais em situações adversas	55
5.3 POTENCIALIDADES NA CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL DE MULHERES ACIMA DE 35 ANOS	57
5.3.1 “A gente trabalha aqui, trabalha com amor”: o comprometimento da enfermeira	58
5.3.2 “Você acaba fazendo parte da família da paciente”: o vínculo entre a gestante e a enfermeira	61
5.3.3 Experiência de vida e a maturidade das gestantes	63
5.3.4 A integração da equipe de Saúde da Família	66
5.4 ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DE ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES MAIORES DE 35 ANOS NO ÂMBITO DA APS	68
5.4.1 Investimento na qualificação dos profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde	68
5.4.2 Diminuição da rotatividade dos profissionais	69
5.4.3 Incremento no Planejamento Familiar	69

5.4.4 Ampliação do quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde	70
5.4.5 Quadro – resumo: estratégias para fortalecimento do pré-natal no Município de Salvador	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A – Entrevista semi-estruturada	89
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	93
ANEXO B – Termo de Anuência Institucional	97
ANEXO C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para início da coleta de dados	98
ANEXO D - Flyer pré-natal de alto risco	100

1 INTRODUÇÃO

Numa fase onde a mulher encontra-se mais madura, gestar pode ter uma representação simbólica que remete à uma etapa de mais calma e estabilidade na vida da gestante, assim como pode vir à tona uma sensação de insegurança e frustração, associado ao medo do que está por vir.

O processo da gestação permeia um cenário que envolve diversos atores (tais como o parceiro, a família e a equipe de saúde) e diversos sentimentos desde a descoberta da gravidez até a aceitação da mesma. Indubitavelmente, a atenção à saúde da gestante deve ultrapassar o contexto biológico. Para além, é necessário avaliar os aspectos psicossociais, uma vez que gestar envolve mudanças nas esferas física, psicológica e social (Leite *et al.*, 2014).

A maternidade é historicamente constituída como uma função social da mulher. Enquanto para os homens, a paternidade é um processo que é amadurecido com o passar do tempo, para a mulher, desde o seu nascimento, este papel poderá estar permeando toda a sua formação enquanto indivíduo. Com a inserção no mercado de trabalho, a mulher dos dias atuais tem oportunidades para estudar e ter uma profissão, porém a missão relacionada ao papel social do exercício da maternidade ainda hoje é muito valorizada. Atualmente, a mulher tem assumido novos papéis, contudo, há uma concepção da sociedade de que para ser completa, é necessário conciliar todas as funções com o exercício da maternidade (Barbosa; Rocha-Coutinho, 2007).

De acordo com Gonçalves e Monteiro (2012), a gestação em mulheres maiores de 35 anos está aumentando à nível mundial, constituindo-se numa tendência que deve se manter no futuro, devido principalmente ao aumento da procura de qualificação profissional e inserção feminina no mercado de trabalho. Após os 35 anos de idade, a gestação é considerada tardia. Há ainda, alguns autores que realizam uma subdivisão com relação às mulheres acima de 40 anos, visto que as possíveis complicações com o binômio mãe-bebê aumentam consideravelmente a partir dessa faixa-etária (Pinto e Silva; Surita, 2009).

De acordo com Gravena *et al.* (2012), muitas são as razões pelas quais um grande número de mulheres tem postergado a gravidez. Dentre elas, podem-se destacar a grande oferta de métodos contraceptivos, investimento no crescimento profissional, tendência em casar-se mais tarde e problemas de saúde que afetam a fertilidade. Em geral, as mulheres que programam engravidar com idade mais avançada, objetivam ter condições financeiras e psicológicas para lidar com as questões inerentes à maternidade. Porém, muitas gestantes demonstram preocupação com a vida

após o nascimento do bebê, principalmente no que diz respeito à conciliação entre a maternidade e carreira (Aldrigh *et al.*, 2016).

Para Pinto;Silva e Surita (2009), dentre as mulheres que apresentam idade materna avançada, podem-se caracterizar dois grupos majoritários: as que planejaram e desejaram a gestação, sendo primigestas¹, e aquelas que já eram mães, e estão gestando mais uma vez, em idade avançada. De acordo com Gravena *et al.* (2012), após pesquisas, constatou-se que mulheres com idade maior de 35 anos apresentam maior probabilidade de obter complicações perinatais e APGAR no 5º minuto abaixo de 7 em relação a mulheres mais jovens. Gonçalves e Monteiro (2012) acrescentam que há um aumento na ocorrência dos casos de hipertensão arterial, diabetes gestacional, alto índice de cesarianas relacionadas à prematuridade, placenta prévia, amniorrexe prematura e gestações múltiplas.

O pré - natal das mulheres que gestam tardiamente, deve ser realizado de forma rigorosa, objetivando ofertar assistência qualificada durante o período perinatal, visto às complicações que podem ocorrer (Bezerra *et al.*, 2015). É preciso que a equipe de saúde esteja apta para identificar os sinais de risco no acompanhamento pré-natal, e que a mulher tenha acesso a profissionais capacitados e recursos disponíveis para prestar a assistência necessária (Gravena *et al.*, 2012).

A oferta de cuidado pré-natal qualificado e humanizado contribui diretamente para a saúde do binômio mãe-bebê. Além da promoção e prevenção de doenças e agravos, no pré-natal deve ocorrer diagnóstico e tratamento oportuno das possíveis afecções que possam ocorrer durante o ciclo gravídico (Brasil, 2005). Caso a gravidez seja classificada como alto risco, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) deve encaminhar a mulher para um centro especializado de referência, sendo o pré-natal compartilhado entre a equipe de saúde da APS e o centro especializado. Indubitavelmente, em muitos casos, os profissionais da APS têm mais contato e aproximação com a paciente gestante do que os profissionais do centro de referência, criando laços e um vínculo entre si. Sendo assim, é de fundamental importância que estejam aptos a identificar os fatores de risco e as alterações, para a realização de conduta em tempo hábil e oportuno.

É necessário que a APS seja fortalecida, visto que é porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), indo para além da concepção de “postinho²” apresentando resolutividade e

¹ O termo primigesta refere-se à mulher que se encontra grávida pela primeira vez.

² Muitos indivíduos têm a concepção que a Unidade Básica de Saúde, popularmente conhecida como “postinho”, limita-se à dispensação de alguns medicamentos e administração de vacinas, traduzindo-se como um local de baixa resolutividade para os problemas de saúde da comunidade. Em contrapartida, ao contrário, a Unidade de Saúde tem um papel de suma importância na coordenação do cuidado em saúde.

efetividade nas ações relacionadas ao pré-natal, proporcionando melhor qualidade na área da saúde materna (Barreto *et al.*, 2015).

A partir das vivências obtidas através da experiência enquanto profissional atuando por 10 anos em Distrito Sanitário da cidade de Salvador, tornou-se latente a percepção de que é preciso ter um olhar para a equipe de saúde. Exercer a “arte do cuidar” é uma missão de muita responsabilidade e dedicação. E quando se trata do binômio mãe-bebê, depara-se com um desafio ainda maior. São duas vidas, interligadas, interdependentes. O profissional precisa estar seguro, atualizado e ter rede de apoio para encaminhamentos conforme a necessidade. O foco na presente discussão será o profissional enfermeiro.

Percebe-se que além dos estudos que enfatizam a percepção do usuário em relação aos serviços de saúde, bem como as suas dificuldades no itinerário terapêutico, é de fundamental importância abordar a visão do processo a partir das vivências dos profissionais. Com relação ao pré-natal, nas discussões de cunho científico, a APS tem sido vista como “vilã”, verificada em diversos discursos, no que diz respeito ao não alcance das metas e pactuações para a redução da mortalidade materno-infantil.

Em contrapartida, é importante realizar uma análise a partir do lugar ocupado pelo profissional que está na “ponta”, que lida diretamente com o usuário, a respeito de quais são os principais desafios que eles vêm enfrentando na assistência pré-natal. É preciso ter uma visão holística do processo e realizar uma avaliação a partir da realidade vivenciada pela profissional enfermeira cujo enfoque nesse estudo será no cuidado às gestantes acima de 35 anos.

Esta pesquisa poderá contribuir para proporcionar maior embasamento nos estudos relacionados à assistência na APS na região Nordeste, bem como para aumentar a qualidade de assistência neste nível de atenção, traçando estratégias para a gestão do cuidado efetivo, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil. Sendo assim, o presente estudo apresenta a seguinte pergunta norteadora: quais os principais desafios vivenciados pelas enfermeiras no que diz respeito à assistência pré-natal às gestantes acima de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Compreender quais os principais desafios vivenciados pelas enfermeiras no que diz respeito à assistência pré-natal às gestantes acima de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as potencialidades da Atenção Primária à Saúde no cuidado às gestantes maiores de 35 anos;

- Traçar estratégias para a melhoria da qualidade de assistência às mulheres gestantes maiores de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do indivíduo para ter acesso ao sistema de saúde, tendo como foco a pessoa, ao invés da doença. Constitui-se como a base, fundamentando ações de outros níveis de atenção em saúde (Starfield, 2002). A Atenção Primária é um modelo assistencial que visa atender às demandas individuais e coletivas, sendo que no Brasil, foi denominada de Atenção Básica à Saúde (Giovanella; Mendonça, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em 1978, na cidade Alma-Ata, enfatizando que a saúde é a meta a ser alcançada a nível mundial, sendo a APS instrumento fundamental. Esta declaração constituiu-se num importante marco para o desenvolvimento da APS, à nível mundial (Brasil, 2020). A Declaração de Alma-Ata expressa que a APS tem um papel basilar no sistema de saúde, ao passo em que disponibiliza acesso à saúde a toda população, levando em consideração a participação da comunidade (Giovanella; Mendonça, 2012).

A APS é caracterizada por um total de sete atributos, que devem ser colocados em prática para que o sistema seja operacionalizado na sua essência, com qualidade. Dentre os atributos da APS, existem os essenciais (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e os derivados (foco na família, orientação comunitária e competência cultural) (Brasil, 2015).

Para que o usuário consiga acessar o sistema de saúde através da APS, sendo o primeiro contato, é necessário que o serviço seja acessível. A acessibilidade pode ser definida como a disponibilização do cuidado ao usuário para atender as suas demandas de saúde, de maneira facilitada e conveniente (Starfield, 2002). Como porta de entrada no sistema de saúde no Brasil, a Atenção Primária deve ser acessível à população e resolutiva (Oliveira; Pereira, 2013).

A APS deve garantir assistência integral ao indivíduo, utilizando-se da gama dos serviços ofertados na unidade, e caso não esteja no seu escopo de ações, deverá ser realizado o encaminhamento à serviços de referência (Starfield, 2002). Através da integralidade, as demandas de saúde do indivíduo devem ser supridas por meio da oferta de serviços nos seus diversos níveis de complexidade, embora o sistema público de saúde seja conhecido pela descontinuidade da assistência, sinalizando assim, a necessidade de reorientação das práticas e formulação de políticas

públicas que tenham enfoque na promoção da saúde em detrimento da medicalização (Oliveira; Pereira, 2013).

A APS deve ofertar assistência em saúde, incluindo prevenção e promoção à saúde, aos usuários de acordo com suas necessidades, ao longo de todos os ciclos de vida, de forma longitudinal (Starfield, 2002). A partir do atributo da longitudinalidade, pode-se reduzir os encaminhamentos desnecessários para avaliação com especialistas, através de diagnósticos e tratamentos mais precisos (Oliveira; Pereira, 2013).

A APS também objetiva ofertar assistência de forma que o atendimento seja integrado, visando a resolutividade do problema do usuário, o qual deve ser revisto nas consultas subsequentes, garantindo a continuidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002). A coordenação constitui-se num importante atributo da APS, uma vez que visa a articulação entre os diversos níveis de atenção para atender as necessidades de saúde do indivíduo integralmente. O exercício da coordenação do cuidado através da APS constitui-se num dos maiores desafios do SUS (Oliveira; Pereira, 2013).

Quanto aos atributos derivados, o foco na família, refere-se ao fato de que a APS reconhece a família como centro ao nortear o escopo das ações, o que demanda da equipe de saúde a interação com os indivíduos para reconhecimento dos problemas de saúde, para melhor abordagem. O segundo atributo derivado, orientação comunitária, introduz a necessidade de análise do processo saúde-doença, o qual deve ocorrer a nível local, identificando as demandas das famílias a partir do território onde vivem, levando em consideração o contexto físico e sócio-econômico em que a comunidade está inserida. Finalmente, a competência cultural, último atributo derivado, refere-se à necessidade da inserção das práticas de saúde consoante às singularidades de cada sujeito, bem como suas crenças e valores (Starfield, 2002).

A APS apresenta uma característica peculiar no que diz respeito ao direcionamento da atenção à saúde integral da família, acompanhando todos os ciclos de vida, levando em consideração a dinâmica familiar e o contexto no qual está inserida, trazendo a concepção de que a saúde é uma área essencial para o desenvolvimento econômico-social da comunidade (Giovanella; Mendonça, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para a ampliação e consolidação da APS no país. A Estratégia Saúde da Família está pautada em ações que transcendem as práticas curativas, tendo foco na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Centrada na família, essa estratégia estrutura-se a partir do reconhecimento das necessidades da comunidade, que são compreendidas a partir do contato dos profissionais de saúde com o território (Oliveira; Pereira, 2013).

A Unidade de Saúde da Família (USF) é o posto ou centro de saúde reestruturado, com uma nova roupagem, objetivando atender com maior eficiência as demandas de saúde da comunidade. A USF não é um local destinado exclusivamente à triagem e encaminhamentos, para além, deve ser resolutivo, manejando as principais doenças e promovendo saúde. A USF não pode perder de vista o usuário, mesmo em caso de encaminhamentos para serviços especializados, uma vez que é responsável pelo plano terapêutico do paciente e como coordenador do cuidado, deve ofertar continuidade na assistência à saúde ao usuário de acordo com a sua singularidade (Neto, 2000).

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), no ano de 2007, reforçou que a APS tem suma importância para a melhoria das condições de saúde da população das Américas. No ano de 2018, na Conferência Global sobre APS, a partir da Declaração de Astana, foi enfatizado que a APS é uma excelente abordagem para a obtenção da melhoria da saúde dos indivíduos, sendo a mais eficiente e eficaz. A APS forte e resolutiva contribui para a melhoria da oferta do cuidado em saúde para a população (Brasil, 2020).

A APS, porta de entrada preferencial do SUS, deve utilizar as tecnologias leves, leve-duras e duras, articulando-se com a Rede de Atenção em Saúde (RAS), como coordenadora do cuidado, para garantir a integralidade e ofertar alta resolutividade aos seus usuários (Brasil, 2017).

3.2 CUIDADO PRÉ-NATAL NA APS

A atenção pré-natal deve ofertar à mulher os cuidados necessários para que o processo de gestar, parir e nascer ocorram de forma saudável, visando a preservação da saúde materna e desfechos favoráveis para o binômio mãe-bebê. Para tal, a mulher deve ser protagonista do processo de gestar, ao passo em que é empoderada a partir das atividades de educação em saúde inseridas nas consultas de pré-natal (Amorim *et al.*, 2022).

O cuidado pré-natal na APS deve atender as necessidades das gestantes, acolhidas através da escuta qualificada, utilizando os conhecimentos técnico-científicos aliados à utilização de recursos, garantindo a integralidade de assistência necessária para cada caso individualizado da paciente (Brasil, 2012). O acompanhamento gravídico-puerperal de qualidade está diretamente relacionado à

redução da morbimortalidade materno-infantil (Souza *et al.*, 2013).

A consulta pré-natal constitui-se numa oportunidade para a execução da integralidade da assistência na saúde da mulher, atuando também na promoção e recuperação. A estratificação de risco, que ocorre a partir da primeira consulta de pré-natal e revista em todas as subsequentes, é de fundamental importância, pois de forma equânime, a gestante deve receber cuidado de acordo com a sua necessidade, de forma singular (Brasil, 2022). A diminuição da morbimortalidade materno-infantil é influenciada pela melhoria de qualidade no cuidado pré-natal e ampliação de acesso (Guimarães *et al.*, 2018).

O pré-natal realizado na APS constitui-se num espaço ideal para que a mulher agregue conhecimentos à respeito do processo de gestar e parir, levando em consideração seus direitos enquanto cidadã. Além da consulta padrão, durante o acompanhamento pré-natal pode-se fornecer orientações para a gestante, as quais contribuirão para o seu empoderamento (Rios; Neiva, 2007).

O período gestacional, etapa singular na vida da mulher, é permeada por diversos sentimentos, que podem remeter à alegria e contentamento, se a gestação foi planejada ou desejada, ou sentimentos como tristeza e negação, se a gestação foi indesejada. O profissional de saúde na Atenção Primária tem um papel fundamental nesse processo, buscando promover a autoestima da mulher, para que ela possa vivenciar o período do pré-natal, parto e pós parto de maneira positiva, sendo que a educação em saúde é um dos componentes do processo do cuidar (Rios; Neiva, 2007).

A condição de gestante de alto risco pode gerar na mulher sentimentos como ansiedade, impotência e culpa. Pode ocorrer ainda a negação da gravidez para evitar criar vínculo afetivo com o feto, devido às incertezas se ele irá sobreviver. É muito importante que esses fatores relacionados à ansiedade sejam levados em consideração na avaliação de risco da paciente gestante em idade avançada, pois podem interferir na evolução da gestação e parto, e ainda no pós-parto, no relacionamento da mãe com o recém-nascido (Gomes *et al.*, 2008).

Alguns fatores podem ser levados em consideração, no que diz respeito à ocorrência de ansiedade na maternidade tardia: preconceito da sociedade, falta de sensibilidade de alguns profissionais de saúde e manejo inadequado de obstetras (Gomes *et al.*, 2008). A assistência pré-natal deve ultrapassar o contexto biológico, pois a gestação consiste num fenômeno que abrange diversas mudanças a nível biopsicossocial e cultural (Shimizu e Lima, 2009).

A integralidade da assistência deve ser garantida para todas as gestantes, através da integração entre a equipe da atenção básica e a equipe de atenção especializada, as quais devem

atuar em sintonia, de maneira que o manejo da paciente seja realizado com base nos protocolos e diretrizes clínicos atuais vigentes, realizando assim o cuidado à gestante compartilhado (Brasil, 2019).

O pré-natal que se estratifica como de alto risco, deve ser compartilhado entre a APS (coordenadora do cuidado) e o centro especializado, de modo a manter o vínculo com a equipe (Brasil, 2022). Sendo assim, quando uma gestação é classificada como de alto risco, a paciente é encaminhada para um centro de referência para que seja acompanhada por uma equipe especializada, porém as consultas na APS devem ser mantidas.

De forma normativa, na atenção primária, as consultas de pré-natal devem ocorrer de forma alternada entre o enfermeiro e o médico, havendo atuação interdisciplinar no cuidado à gestante, com a discussão de casos, planejamento de intervenções e apoio mútuo na oferta de cuidado (Brasil, 2019).

O enfermeiro, enquanto membro da equipe multiprofissional de saúde que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF), possui um importante papel na assistência pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde . O profissional de enfermagem desenvolve as suas atividades baseadas na bioética e direitos humanos, em todas as dimensões (Souza *et al.*, 2013).

O enfermeiro possui respaldo legal para realizar acompanhamento no pré-natal de baixo risco, através do decreto 94406/87, o qual dispõe sobre as atividades de enfermagem, além deste profissional possuir conhecimento técnico-científico para tal (Souza *et al.*, 2013). Durante o acompanhamento pré-natal, o profissional enfermeiro deve realizar a escuta qualificada das gestantes, ouvindo os medos e angústias que as permeiam, estabelecendo um elo, realizando a educação em saúde, afim de promover mudanças que contribuirão para a promoção da saúde da gestante e de sua família (Brasil, 2012).

A consulta de enfermagem é caracterizada pela comunicação dialógica, escuta, vínculo e acolhimento, fazendo com que a gestante sinta confiança para expressar seus anseios, sentimentos e dúvidas, dando possibilidades a usuária para viver com maior tranquilidade o processo gravídico-puerperal (Shimizu; Lima, 2009). Durante a consulta pré-natal, o enfermeiro realiza procedimentos, além de realizar a escuta ativa da paciente, estabelecendo um vínculo e relação de confiança, esclarecendo as dúvidas acerca dos seus direitos e deveres enquanto gestante, promovendo o empoderamento da mulher (Souza *et al.*, 2013). Sendo assim, na APS, o profissional enfermeiro exerce um papel de suma importância no que tange à oferta de pré-natal

de qualidade e conseqüentemente, na obtenção de desfechos positivos da gestação.

A redução da morbimortalidade infantil é um assunto de relevância mundial, e constitui-se num importante indicador para a qualidade de assistência materno-infantil (Brasil, 2019). Vários esforços têm sido empreendidos no país para melhoria dos indicadores relacionados à saúde materno-infantil.

Um importante movimento que visou alcançar a melhoria da assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu a partir de um movimento iniciado pelas mulheres e discussões técnicas de profissionais de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, para o desenvolvimento de ações voltados para a assistência em saúde para as mulheres em consonância com o exercício da cidadania, sendo implantada no ano de 1984 (Rios; Neiva, 2007).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria GM nº569 de 1/6/2000, representou uma das medidas tomadas pelo país para melhoria da qualidade e acesso à saúde materno-infantil, objetivando a adoção de ações que abrangem desde o pré-natal ao puerpério (Brasil, 2002).

No ano de 2010, foi publicada as diretrizes organizativas para as Redes de Atenção em Saúde (RAS), e no ano de 2011, instituiu-se a implantação da Rede Cegonha, importante estratégia que objetiva assegurar a qualidade de assistência desde o período pré-concepcional, abrangendo a gestação, parto, puerpério e acompanhamento da criança até os dois anos de idade. Após mais de 10 anos da implantação dessas diretrizes, o Brasil ainda enfrenta grandes desafios a respeito da qualificação da assistência voltada para a saúde das mulheres e crianças (Brasil, 2019).

No Brasil, a razão de mortalidade materna no triênio relacionado ao ano de 2015 a 2017 apresentou o valor aproximado de 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Em contrapartida, a OMS indica como taxa aceitável o máximo de 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2019).

Infelizmente, o Brasil não conseguiu alcançar o 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio, pactuado no ano 2000, que consistia na redução de 75% dos casos de mortalidade materna no país, no ano de 2015. O país conseguiu reduzir a razão de mortalidade materna para 50 por cento, porém esse resultado ainda é insuficiente. Em nova pactuação, foram estabelecidos os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030, no que se refere à melhoria da saúde materna, pretendendo-se alcançar a razão de 30 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos

(Brasil, 2022).

A partir da análise de dados do banco do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), infere-se que é preciso avançar na adequação do cuidado clínico no pré-natal, bem como evidencia a necessidade de adequação da gestão no aprimoramento da atenção pré-natal, à nível nacional (Guimarães *et al.*, 2018).

O estudo realizado por Costa *et al.* (2013), indicou que a assistência pré-natal realizada na Atenção Básica enfrenta alguns desafios que impactam a sua qualidade: mulheres iniciando o pré-natal em idade gestacional avançada e baixa adesão das pacientes nas atividades de educação em saúde, que demanda da equipe a adoção de ações que possam favorecer o acolhimento e captação precoce das mulheres.

3.3 A GESTAÇÃO EM MULHERES COM IDADE MATERNA AVANÇADA

Considerando as primigestas que gestam após os 35 anos, o adiamento da maternidade pode ser explicado pelas demandas que a mulher do século atual precisa conciliar, no que diz respeito à família, estudo e vida profissional. Porém, em meio a todas essas demandas, gestar continua a estar presente no projeto de vida de muitas mulheres (Lopes *et al.*, 2014).

Com o surgimento da pílula anticoncepcional, as mulheres, em especial as de classe econômica média e alta, passaram a ter maior autonomia a respeito de como exercer a sua sexualidade, decidindo se queria ou não ter filhos, e o melhor período das suas vidas para isso acontecer (Barbosa; Rocha-Coutinho, 2007). Além do investimento na qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho, pode-se apontar que a disponibilidade de diversos métodos contraceptivos e o advento da reprodução assistida, são fatores que explicam o aumento do número de gestantes com Idade Materna Avançada (IMA), como tendência mundial (Brasil, 2022).

A gestação em IMA é definida como a gestação que ocorre em mulheres a partir de 35 anos de idade. No Brasil, no ano de 1994, o percentual de partos de mulheres com IMA era de 7,6%. No ano de 2018, o percentual aumentou para 15,5% (Brasil, 2022).

A partir dos 27 anos, as chances da mulher engravidar vão diminuindo, e a partir dos 30 anos, inicia-se o envelhecimento do aparelho reprodutor feminino, aumentando-se os riscos (Barbosa; Rocha-Coutinho, 2007). Porém, o declínio da fertilidade geralmente se dá de forma mais

acentuada partir dos 35 anos, diminuindo as chances de engravidar conforme o passar dos anos. Os casos de infertilidade vêm sendo tratados com sucesso, graças ao avanço da ciência (Febrasgo, 2014).

O *Council of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, no ano de 1958 caracterizou as nulíparas acima de 35 anos como idosas, recomendando que esse seja um padrão a nível internacional (Febrasgo, 2014). Alguns estudos classificam a gestação em mulheres maiores de 45 anos e outros em maiores de 50 anos, como idade materna muito avançada, devido ao aumento do risco ao binômio mãe-bebê (Brasil, 2022).

Gomes *et al.* (2008) fazem uma crítica em seu estudo, a respeito da classificação da gestação de alto risco considerando apenas o fator idade. Reconhecem a importância de maior atenção para as mulheres com esse perfil, sendo fundamental para a redução da morbimortalidade materno-infantil, ao tempo em que refletem sobre as condições psicológicas das gestantes que são intituladas como de alto risco, antes de uma análise minuciosa de todo o contexto onde está inserida, do ponto de vista biopsicossocial.

Em contrapartida, a pesquisa realizada por Gravena *et al.* (2013) evidenciou que os bebês provenientes de gestação nos extremos da idade reprodutiva (adolescentes e maiores de 35 anos) apresentam maior frequência de prematuridade, baixo índice de APGAR no quinto minuto de vida e baixo peso ao nascer. Há maior probabilidade de mulheres com idade avançada desenvolverem placenta prévia, distúrbios hipertensivos e hemorrágicos (Aldrighi *et al.*, 2021).

As gestantes com IMA possuem maior risco de gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, abortamento espontâneo, anomalias cromossômicas, anomalias congênitas, gestações múltiplas, maiores índices de baixo peso ao nascer e prematuridade, óbito fetal, diabetes mellitus, distúrbios tireoidianos, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, distócias e partos cesareanos (Brasil, 2022).

Martins e Menezes (2022) apontam que dentre os manuais de obstetrícia analisados em seu estudo, todos relacionam a idade materna avançada à aneuploidia fetal e abortamento espontâneo. Há autores que defendem que a classificação de risco gestacional da mulher com idade avançada é influenciada por fatores externos, como posição econômica, acesso a serviços de saúde e condição de saúde. Em contrapartida, há quem defenda que as condições de risco de mulheres acima de 35 anos independem de outros fatores, e que elas não devem engravidar. A faixa etária de 20 a 29 anos ou de 20 a 30 anos é considerada como ideal para a gestar.

O estudo realizado por Alves *et al.* (2017) constatou que 70 por cento das gestantes que se encontravam na faixa etária a partir dos 35 anos apresentaram algum tipo de complicação, como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e rotura prematura de membranas. Quando apresentavam complicação, houve uma maior tendência à prematuridade e realização de cesarianas.

Há maior taxa de abortamento nas mulheres com idade gestacional avançada. Cerca de 40 a 60% dos casos de abortamento espontâneo estão relacionados com anomalias cromossômicas, as quais possuem risco aumentado para as mulheres que gestam tardiamente (Febrasgo, 2014).

Um estudo de Lean *et al.* (2017) demonstra que a idade materna avançada está relacionada ao aumento das taxas de natimorto. As mulheres maiores de 40 anos têm maior risco da ocorrência de natimorto, em relação às mulheres de 35 a 39 anos.

O estudo de Martinelli *et al.* (2021) revela que as gestantes primigestas com IMA, de forma geral, apresentam características distintas quando comparadas com as multíparas com IMA, no que diz respeito à poder aquisitivo, hábitos de saúde e acesso ao serviço de saúde. As primíparas tiveram maior nível de escolaridade, trabalho remunerado, maior percentual de Índice de Massa Corpórea (IMC) dentro dos padrões de normalidade e maior número de consultas de pré-natal com o profissional médico. Porém, tiveram também maior percentual de cesarianas desnecessárias.

Positivamente, a literatura descreve que as primigestas acima de 35 anos tendem a apresentar maior estabilidade emocional, melhor condição financeira, maiores taxas de amamentação e experiências de vida, em relação às primigestas abaixo dessa faixa etária (Febrasgo, 2014).

Um estudo realizado com gestantes acima de 41 anos concluiu que as mulheres com nível de escolaridade igual ou acima de 12 anos podem apresentar riscos semelhantes aos de mulheres mais jovens, na faixa-etária de 21 a 34 anos. Isto pode estar relacionado ao fato das gestantes com maior grau de escolaridade apresentar uma tendência à melhor compreensão das orientações médicas à respeito de sua saúde (Almeida *et al.*, 2015).

A heterogeneidade do perfil das pacientes gestantes com IMA expressa que os serviços de saúde precisam se adequar para atender às necessidades das gestantes multigestas, no que diz respeito principalmente ao planejamento familiar, e para as primigestas, a realização de educação em saúde para a orientação dos benefícios relacionados ao parto normal e os riscos da cesariana nos casos de ausência de indicação clínica (Martinelli *et al.*, 2021).

É necessário que os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, estejam instrumentalizados e aptos para atuar na prevenção e intervenção nos desfechos que podem ser desfavoráveis para o binômio mãe-bebê, promovendo a melhoria da qualidade a assistência (Aldrighi *et al.*, 2021), objetivando obter a adequada condução do pré-natal, visando o bem-estar da mulher e do feto, bem como aumentando a qualidade das consultas pré-concepcionais das mulheres que planejam engravidar tardiamente (Alves *et al.*, 2017).

A produção científica na área da enfermagem que discute sobre a gestação em mulheres com idade avançada e as suas consequências para o binômio ainda são consideradas escassas, necessitando de mais estudos acerca do tema. A gestação em idade avançada constitui-se num fenômeno crescente, com tendência a se manter no futuro, sendo que a enfermagem deve desenvolver mais estudos nessa área, visto à sua relevância (Aldrighi *et al.*, 2021).

3.4 GESTÃO DO CUIDADO

A gestão do cuidado em saúde diz respeito à provisão dos recursos necessários para ofertar aos indivíduos saúde, autonomia e segurança. A gestão do cuidado é realizada a partir de 06 dimensões: individual, familiar, organizacional, sistêmica, societária e profissional (Cecílio, 2011).

A dimensão individual perpassa pelo “cuidar de si”, englobando a autonomia do indivíduo. Por sua vez, a dimensão familiar abrange o cuidado ofertado por familiares e pessoas próximas, cada vez mais crescente com a tendência ao envelhecimento populacional. Na dimensão organizacional, surgem novos atores, que devem cooperar entre si para a oferta efetiva do cuidado. Abarca as atividades de coordenação, gerenciamento, trabalho em equipe e delineamento do processo de trabalho (Cecílio, 2011).

Por outro lado, a dimensão sistêmica busca integrar os serviços de saúde, visando ofertar integralidade de assistência ao usuário, formando redes e/ou linhas de cuidado. A dimensão societária trata da relação entre a sociedade e o Estado, e a forma como são elaboradas e implementadas as políticas públicas que versarão sobre a melhoria de qualidade de vida da população (Cecílio, 2011).

Por fim, a dimensão profissional na gestão do cuidado está relacionada à relação entre profissional e paciente, sendo marcada por elementos que irão determinar a qualidade na oferta de cuidado: competência técnica, postura ética e o vínculo com o usuário (Cecílio, 2011).

A atuação do profissional enfermeiro perpassa pela dimensão profissional da gestão em cuidado, enquanto trabalhador que desenvolve funções relacionadas à assistência em saúde ao paciente, e dimensão organizacional, enquanto colaborador que rotineiramente desempenha funções relacionadas à gerência e supervisão. A prática profissional do enfermeiro é de fundamental importância para a obtenção de qualidade assistencial, utilizando-se no processo de trabalho ações que ultrapassam os protocolos burocráticos (Senna *et al.*, 2014).

Na gestão do cuidado, o profissional enfermeiro oferta atendimento singular à gestante, de acordo com as suas necessidades individuais, levando em consideração as questões relacionadas ao contexto biopsicossocial a qual está inserida. O cuidado deve ser fundamentado através da ciência, por meio de evidências, utilizando protocolos assistenciais (Amorim *et al.*, 2022).

A atividade gerencial do enfermeiro propicia a organização dos fluxos e adequado funcionamento de organizações na área de saúde. Por outro lado, devido à grande demanda de atividades na área assistencial e a complexidade das ações gerenciais, o profissional pode sentir-se sobrecarregado, havendo um conflito devido à dicotomia histórica entre o gerir e o executar/cuidar (Senna *et al.*, 2014).

Analisando a gestão do cuidado em saúde à gestante no país, de maneira ampla, em todas as dimensões, verifica-se que o Brasil tem muitas barreiras a superar. Um estudo realizado por Viellas *et al.* (2014) revelou que 75,8% das mulheres estudadas iniciaram o pré-natal até a 16ª semana de idade gestacional, sendo que destas, apenas 60,6% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 12ª semana (recomendação que consiste num consenso em vários países). Esse fato pode ocorrer devido à uma série de fatores, dentre eles: dificuldades socioeconômicas; maior dificuldade de acesso ao pré-natal para mulheres indígenas e negras, com menos anos de estudo, multíparas e para as mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste; e desconhecimento do diagnóstico de gestação nas semanas iniciais.

Vrellas *et al.*, (2014) trazem um importante dado a respeito da assistência pré-natal das mulheres que possuem maior risco reprodutivo: no estudo, apresentaram menor quantitativo de consultas de pré-natal, início tardio e menor cobertura de assistência, quando comparadas às mulheres que não apresentavam perfil de alto risco. Também se observou que principalmente na região nordeste, houve grande peregrinação das gestantes para assistência ao parto. Para que o Brasil possa obter melhores resultados acerca da qualidade de assistência pré-natal e a redução da

morbimortalidade materno-infantil, é necessário superar as barreiras e dificuldades que essas gestantes enfrentam, a nível sistêmico.

O planejamento de intervenções voltadas para a redução da mortalidade materna durante o período perinatal devem ser consideradas prioridade pelos governos e pela sociedade em geral. A realização de planejamento familiar (reduzindo os índices de gestações indesejadas e abortos ilegais), assistência pré-natal com profissionais qualificados (para que as ações necessárias para evitar a ocorrência de desfechos negativos sejam realizadas), registro adequado de nascimentos e mortes (evitando a subnotificação dos casos de mortalidade materna), implantação de comitês de óbito materno, treinamento de parteiras tradicionais (para as regiões de difícil acesso, quando outras estratégias forem inviáveis) e parto institucional (realizado numa unidade de saúde com estrutura adequada e profissionais capacitados), constituem-se em importantes estratégias para a redução da mortalidade materna (Alencar Junior, 2006).

Para além das questões inerentes à oferta de cuidado pré-natal de qualidade, a problemática da mortalidade materna perpassa pelas dificuldades na atenção ao planejamento reprodutivo, pelas regiões com grandes vazios assistenciais, e fragilidades no sistema de regulação com eficiente referência e contra-referência (Brasil, 2022).

Para que a vida materna seja protegida, é necessário que as instituições de saúde estejam adequadamente estruturadas, sejam acessíveis e contem com profissionais qualificados, com utilização da tecnologia necessária e um processo de referência e contra-referência eficaz. Urgentemente, é preciso que haja investimentos de ordem financeira na área de saúde materna, com a implementação de políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade materna (Alencar Júnior, 2006).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo apresenta abordagem qualitativa, pois dentre outros aspectos, buscou identificar quais as principais percepções das enfermeiras a respeito dos desafios relacionados à assistência pré-natal na APS, pautando-se na subjetividade. Segundo Minayo *et al.* (2002), a pesquisa qualitativa trabalha com questões que não podem ser quantificadas e reduzidas à utilização de variáveis, preocupando-se com aspectos que não podem ser captados através de dados matemáticos.

O estudo caracteriza-se quanto aos fins, como uma pesquisa descritiva, a qual tem como finalidade a descrição de uma determinada população ou fenômeno; e quanto aos meios como pesquisa de campo, a qual consiste numa técnica onde o pesquisador estuda um grupo específico, buscando a interpretação dos fatos (Gil, 2002). Através do trabalho de campo, cria-se a possibilidade de maior aproximação com o fenômeno que deseja-se estudar, gerando a criação do conhecimento através do diálogo com a realidade obtida em campo (Minayo *et al.*, 2002).

4.2 CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

O estudo se desenvolveu na cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia, que ocupa uma extensão territorial de 693,44 km², possuindo uma população estimada de 2.417.678 habitantes, sendo 116.972 mulheres na faixa-etária de 35 a 39 anos, e 123.965 mulheres de 40 a 44 anos. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2022). A organização política-administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador se dá através do estabelecimento de 12 distritos sanitários (Secretaria Municipal de Saúde - SMS-Salvador, 2022).

O Distrito Sanitário São Caetano/Valéria, um dos distritos do município de Salvador, possui uma área de extensão de 32,28 km² e 249.238 habitantes, e dentre essa população, 131.893 do sexo feminino. O Distrito faz fronteira com outros seis distritos: Subúrbio Ferroviário, Itapagipe, Cabula/Beiru, Liberdade, Cajazeiras e Pau da Lima, sendo composto por 34 bairros (SMS-Salvador, 2022).

A seguir, no Quadro 1, apresenta-se a caracterização das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário São Caetano/Valéria, no que diz respeito ao quantitativo de enfermeiros que realizam

pré-natal, médicos clínicos e ginecologistas. Destaca-se o tipo de vínculo trabalhista dos enfermeiros, uma vez que esse é um fator que influenciará diretamente na rotatividade de profissionais enfermeiros na Rede.

Quadro 1 – Caracterização das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário São Caetano/Valéria – Salvador, Bahia.

Unidade de Saúde	Quantitativo de enfermeiros (que realizam pré-natal)	Vínculo trabalhista dos enfermeiros	Quantitativo de médicos clínicos	Quantitativo de Ginecologistas
USF Jaqueira do Carneiro	03	03 Estatutários	03	-
USF Nossa Senhora do Guadalupe	04	04 Estatutários	04	-
USF Fiéis	04	04 Estatutários	04	-
USF Pirajá	03	03 REDAS	03	-
USF Alto do Cabrito	03	02 REDAS 01 Estatutário	03	-
USF Boa Vista do Lobato	04	04 Estatutários	04	-
USF Recanto da Lagoa	04	03 REDASs 01 Estatutário	04	-
USF Antonio Lazzarotto	03	01 REDA 02 Estatutários	03	-
USF Bom Juá	04	03 Estatutários 01 REDA	04	-
USF Boa Vista de São Caetano	07	06 REDAS 01 Estatutário	05	-
USF Capelinha de São Caetano	04	01 Estatutário 03 REDAS	04	-
USF Recanto da Lagoa 2	03	02 REDAS 01 Estatutário	03	-
USF San Martins 2	04	02 Estatutários 02 REDAS	04	-
USF Deputado Luís Braga	04	03 REDAS	04	-
USF Lagoa da Paixão	03	03 REDAS	03	-
UBS Drº Péricles Laranjeiras	03	03 Estatutários	04	02
UBS Marechal Rondon	02	01 REDA 01 Estatutário	02	01
UBS Frei Benjamin	03	03 Estatutários	02	01

Fonte: elaboração própria (2022).

Em seu território de abrangência, o Distrito estudado conta com 18 unidades de Saúde, sendo 15 com Estratégia Saúde da Família (ESF) e 03 Unidades Básicas de Saúde (sem ESF). Apenas as unidades básicas (sem ESF) possuem ginecologistas em seu quadro de profissionais.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa contou com a participação de enfermeiras, considerando que a enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina. No campo de estudo especificamente, a composição do quadro de enfermeiros é constituída por 95,39% de profissionais do sexo feminino, reafirmando a representatividade desse gênero na profissão.

Os participantes da pesquisa foram compostos por enfermeiras da Atenção Primária à Saúde. Neste estudo, cinco unidades com ESF foram escolhidas aleatoriamente por meio de sorteio. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e deliberação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para início da coleta de dados, a coordenação do distrito sanitário foi informada a respeito da pesquisa através da SMS. Foi realizado o sorteio das cinco unidades, a saber: USF Alto do Peru, USF Boa Vista de São Caetano, USF Capelinha, USF Fiais e USF Recanto da Lagoa 2. Os gerentes das unidades sorteadas foram notificados através de email, sendo agendada uma data para a apresentação do projeto, informando-os acerca da justificativa, motivação e objetivos da pesquisa. Após esse momento, foi realizado o agendamento das entrevistas com as profissionais, as quais concordaram em participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No estudo, cada unidade foi identificada com o nome de uma árvore, e cada entrevistada identificada com uma numeração associada à árvore correspondente à sua unidade.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

As entrevistas foram realizadas do mês de Outubro de 2023 até o mês de Fevereiro de 2024. Foram incluídas as enfermeiras atuantes nas 05 Unidades de Saúde sorteadas, que tinham mais de 06 meses de experiência na APS. Foram excluídas da pesquisa as enfermeiras atuantes em uma das 05 Unidades de Saúde sorteadas, que estavam em gozo de férias, licença maternidade ou prêmio.

4.3.2 Tamanho da Amostra

As enfermeiras foram entrevistadas conforme os critérios de inclusão e exclusão

estabelecidos, inicialmente até que houvesse saturação teórica, havendo assim o fechamento amostral. A saturação teórica indica o momento onde as informações obtidas através de novos elementos não modifica a compreensão do objeto estudado. O ponto de saturação é atingido quando o pesquisador verifica que as respostas obtidas através da entrevista semi-estruturada começam a se repetir, e a inclusão de novos participantes não apresentariam contribuição relevante para o estudo (Thiry-Cherques, 2009).

No entanto, a cada entrevista, notou-se que devido à individualidade de cada profissional, alguns elementos se repetiam nas entrevistas, porém cada enfermeira trazia um olhar, e uma contribuição diferente que se agregava na pesquisa. Sendo assim, foram entrevistadas 17 enfermeiras de acordo com os critérios estabelecidos, e apenas duas profissionais que enquadravam-se nos critérios não foram entrevistadas, devido à indisponibilidade na agenda.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao CEP, através da Plataforma Brasil, tendo como base as resoluções nº466/12 e 510/16 do Ministério da Saúde, obtendo a aprovação no parecer 6.116.047/2024, CAAE: 69628723.0.0000.0053. Foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para a realização do estudo, obtendo-se o termo de anuência da instituição. As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para participação na pesquisa. Somente após a aprovação no CEP foi dado início a coleta de dados.

4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Ao participar da pesquisa, as profissionais tiveram risco de sentir constrangimento, vergonha, preocupações ao revisitar memórias e timidez. Para evitar tais situações, foi utilizado das seguintes estratégias: entrevista em ambiente acolhedor e privativo (através de agendamento prévio), atenção aos sinais não – verbais que expressem desconforto, possibilidade da profissional desistir de participar da pesquisa, utilização de nomes fictícios para preservação do sigilo das informações e gravação da entrevista apenas conforme consentimento do participante.

Como benefícios, espera-se que as participantes da pesquisa tenham se sentido gratificadas pelos resultados que serão alcançados a partir desse estudo. A pesquisa visou propiciar maiores

subsídios para a elaboração de políticas públicas, tendo em vista a melhoria da saúde materno-infantil no município de Salvador, e extensivamente, no país, através de publicações no meio científico e participações em eventos.

4.6 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise do material foi pautada através do método de análise de conteúdo, com base em Laurence Bardin (1977). De acordo com a autora, a análise de conteúdo constitui-se numa gama de ferramentas metodológicas, as quais encontram-se em constante aperfeiçoamento, aplicando-se aos mais diversos conteúdos.

A análise de conteúdo compreende três fases distintas: pré-análise, exploração do material e por fim, o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (Bardin, 1977).

A fase correspondente à pré-análise visa organizar e sistematizar as principais idéias e impressões do material, levando a um planejamento das ações seguintes. Em linhas gerais, na fase de pré-análise selecionou-se os materiais que foram analisados, formulou-se os objetivos, sendo elaborado os indicadores que fundamentaram a interpretação das informações. Essas ações não possuem uma ordem cronológica entre si, embora sejam interligadas (Bardin, 1977).

Para a seleção dos materiais analisados, procedeu-se com a leitura flutuante dos documentos, objetivando delinear as primeiras impressões. Na formulação dos objetivos, os resultados obtidos através da análise foram utilizados para atender a finalidade da pesquisa. De acordo com os objetivos do trabalho, deve-se designar a categorização do texto e codificação (Bardin, 1977).

Após a realização da pré-análise do material, explorou-se o conteúdo dos discursos, que consiste numa etapa essencialmente longa, caracterizada principalmente por realização de codificação. Os dados brutos foram trabalhados de maneira que transformaram-se em informações significativas para o estudo, por meio do tratamento dos resultados obtidos, através da codificação, possibilitando ao leitor a elucidação das características relacionados ao conteúdo abordado (Bardin, 1977). A partir da etapa de codificação, definiu-se as unidades de análise, que são oriundas dos dados brutos. As unidades de análise foram categorizadas e sub-categorizadas, aplicando a classificação apriorística, na qual o pesquisador elege categorias prévias, segundo a sua experiência

ou interesses da pesquisa, procedendo assim com a interpretação (Campos, 2004).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DO PERFIL DAS ENTREVISTADAS E CATEGORIZAÇÃO DA DISCUSSÃO

Na sessão a seguir, as 17 enfermeiras que participaram da pesquisa serão caracterizadas, com o objetivo de apresentar o perfil do público entrevistado, principalmente com relação à faixa-etária, tempo de formação, tempo de atuação e tipo de vínculo empregatício.

Quadro 2 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Idade	Ano de formação	Tempo de atuação como enfermeira no Município de Salvador	Vínculo Trabalhista
35 anos	2011	09 anos	Estatutária
35 anos	2009	09 anos	Estatutária
43 anos	2011	09 anos	Estatutária
45 anos	2004	10 anos	Estatutária
56 anos	2000	05 anos	REDA
52 anos	2009	4,5 anos	REDA
47 anos	2009	4 anos	REDA
34 anos	2011	10 anos	Estatutária
43 anos	2011	09 anos	Estatutária
49 anos	1999	18 anos	Estatutária
52 anos	2012	12 anos	REDA
45 anos	2000	05 anos	REDA
46 anos	2005	05 anos	REDA
67 anos	1998	02 anos	REDA
60 anos	2009	05 anos	REDA
45 anos	2003	15 anos	REDA
35 anos	2010	05 anos	REDA

Fonte: elaboração própria (2024)

A partir do Quadro 2, pode-se realizar algumas análises a respeito das informações extraídas. Com relação à faixa-etária das entrevistadas, a idade mínima foi 34 anos e a máxima 67 anos. Pode-se perceber que a faixa-etária foi bastante diversificada, apresentando predominantemente a idade acima de 40 anos. Sendo assim, o público entrevistado, independente do tempo de formação, é marcado pela experiência de vida que geralmente a idade biológica traz como bagagem.

As enfermeiras entrevistadas não apresentam formação recente no curso de Bacharel em enfermagem. Ao contrário, as participantes do estudo apresentam predominantemente entre 12 e 15 anos de formação, e possuem entre 2 a 15 anos de atuação na Estratégia Saúde da Família do município, possibilitando que as opiniões fossem embasadas por experiências condizentes com o real cenário existente. A maioria das enfermeiras entrevistadas possuem vínculo empregatício REDA (Regime Especial de Direito Administrativo), caracterizado por ser de curta duração (temporário) e pela fragilidade, o que pode trazer diversas consequências para a assistência.

Após a apresentação do perfil das entrevistadas, segue-se para a organização da discussão do presente estudo. A partir da pré-análise dos materiais, a leitura flutuante das entrevistas e a interpretação das mesmas, foi possível a construção de 03 categorias temáticas, a saber: Dificuldades na condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos; Potencialidades na condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos e por fim, as estratégias para a melhoria de assistência às gestantes maiores de 35 anos.

Após proceder com todas as etapas relacionadas à análise de conteúdo pautada em Bardin, organizou-se as unidades de análise com relação às categorias a serem discutidas, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 – Unidades de análise para a discussão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos	Dificuldades	Encaminhamento ao alto risco
		Acesso a exames
		Distância da maternidade de referência/acesso
		Angústia
		Violência na comunidade
		Resistência de gestantes maiores de 35 anos
		Falta de contrarreferência
	Potencialidades	Profissionais competentes
		Proximidade com o usuário
		Maturidade das gestantes
Estratégias para a melhoria de assistência às gestantes maiores de 35 anos	Assistencial	Integração da equipe Saúde da Família
		Oferta de consultas
		Oferta de exames
		Melhoria do planejamento familiar
	Organizacional	Ampliação do número de ACS
		Qualificação dos Profissionais
		Diminuição da rotatividade

Fonte: elaboração própria (2024)

As categorias e subcategorias serão discutidas a seguir.

5.2 DIFICULDADES NA CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL DE MULHERES ACIMA DE 35 ANOS

Durante as entrevistas, foram elencados vários desafios enfrentados na condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos, por parte das enfermeiras da APS: dificuldades de encaminhamento para avaliação com especialista, na acessibilidade das gestantes à exames e à maternidade de referência, angústia, violência e falta de contrarreferência. Discutir as dificuldades visando a melhoria da assistência pré-natal é de fundamental importância para as gestantes, sobretudo as de alto risco, que apresentam maior probabilidade de apresentarem desfechos desfavoráveis. É importante manter o foco na melhoria da assistência pré-natal, para alcançar a redução da mortalidade materna, bem como prevenir agravos (Viellas *et al.*, 2014).

5.2.1 “A gente fica aqui assim, no sufoco e no desespero”: Dificuldades de encaminhamento para avaliação com especialista

A equipe de Saúde da Família tem característica generalista. Embora não tenha em sua composição os especialistas, na USF as mulheres que iniciam o pré-natal têm a oportunidade de rastrear doenças e riscos, através da assistência à saúde multidisciplinar (Caldeira *et al.*, 2010). Porém, para proporcionar à gestante atendimento integral, por vezes é necessário uma avaliação do especialista, objetivando atender às demandas de saúde da paciente.

A APS fortalecida é caracterizada por atender aos objetivos do sistema de saúde, atuando desde a prevenção e promoção de saúde até aos cuidados paliativos. No processo de trabalho da equipe, é fundamental que os profissionais filtrem de maneira assertiva os casos em que podem ser acompanhados na atenção básica, e aqueles em que precisam de acompanhamento com especialista (Gérvaz; Fernández, 2011).

[...] Essas mulheres não se preparam para engravidar, e aí quando engravidam já tem alguma doença, às vezes nem sabe que tem, e a gente vai descobrir no pré-natal, e aí tem que torcer pra que alguma dessas condições se encaixe nos critérios para conseguir o encaminhamento, porque se não tiver, a gente vai apelar, pra um, pra outro, pra poder conseguir uma consulta [...] (Jacarandá 1).

A fala de Jacarandá 1 expressa a realidade de muitas mulheres que iniciam o pré-natal e não planejaram a gestação, podendo haver o desconhecimento de doenças pré-existentes, que muitas vezes são diagnosticadas durante o acompanhamento pré-natal. A questão é que o acesso à atenção

especializada constitui-se num grande gargalo no SUS, sendo a garantia de integralidade de assistência e continuidade do cuidado um grande desafio para os profissionais de saúde (Tesser; Poli Neto, 2017), como pode-se identificar nas falas a seguir:

[...] Quando uma paciente não se enquadra nos critérios de encaminhamento para o alto risco, mas tem outro agravado, eu entrego nas mãos de Deus ... e aí a gente vai apelar pra consulta particular, apelar para a maternidade, pedir pelo amor de Deus...Mas quando a gente não consegue nada... É orientar mesmo, registrar, deixar tudo registradinho em prontuário, que a gente tentou, que a gente pediu, que a gente solicitou ajuda e não conseguiu, e esperar o desfecho [...]. (Ipê1).

[...] Às vezes a gente tenta encaminhar, lá dizem que não é critério, manda de volta pra gente, e a gente fica aqui assim, no sufoco, e no desespero [...]. (Jacarandá 1).

[...] Às vezes a gente tem alguns entraves, que a gente encaminha para a maternidade, mas tem alguns critérios que a maternidade não aceita, então tem esse entrave [...]. (Cedro 5).

As narrativas acima expressam a dificuldade e angústia das enfermeiras, ao deparar-se com o entrave relacionado ao encaminhamento para avaliação com obstetra, sobretudo nos casos onde a gestante não se enquadra nos critérios estabelecidos para o pré-natal de alto risco.

O estudo conduzido por Cunha *et al.* (2019), discute a importância da Rede ofertar assistência especializada, nos casos em que a equipe da Atenção Básica necessita de suporte para assegurar um cuidado caracterizado pela qualidade e resolutividade, reconhecendo em seu estudo, o fato de que também há limitações na cobertura populacional de acordo com a demanda dos serviços, no município estudado. Além disso, os pesquisadores Rocha e Silva (2011) realizaram um estudo no município de Fortaleza, cidade da região Nordeste, assim como Salvador, e ressaltam que um dos percalços no acompanhamento pré-natal está relacionado ao encaminhamento das gestantes à especialistas, devido à longas filas de espera.

No município de Salvador, o encaminhamento para avaliação com obstetra se dá a partir de critérios estabelecidos por meio de documentos validados, os quais norteiam todo o processo de encaminhamento aos centros de referência. As mulheres gestantes com idade acima de 35 anos e abaixo de 40 anos, sem comorbidades, não são elegíveis para o pré-natal de alto risco. As pacientes que têm mais de 40 anos têm direito a realizar duas interconsultas com obstetra, uma no primeiro trimestre gestacional e a última no terceiro trimestre, de acordo com o Flyer de fluxo pré-natal de alto risco (Anexo D).

[...] Eu acho que duas interconsultas não são suficientes. Se é uma faixa de idade que requer um olhar mais apurado, um cuidado mais apurado, eu acho muito pouco, né. Eles fazem essas duas, e traz de volta né, e devolvem pra gente aqui da atenção básica [...]

(Videira 1).

[...] Não acho ideal o número de interconsultas para gestantes acima de 40 anos... Não.... Porque tem uma vulnerabilidade maior...Essas mulheres, né, tem uma predisposição maior a complicações e tudo, eu acho que elas deveriam passar pelo obstetra mais vezes. Eu acho que isso traz uma preocupação maior [...] (Jacarandá 3).

[...] Eu acho que o acompanhamento das mulheres maiores de 40 anos, no caso do nosso município, poderia ser como o de uma hipertensa, por exemplo, do começo até o final, minha opinião. Mas eu até concordo que se a gestante não tem nenhuma comorbidade associada além da idade, acho que dá pra gente conduzir tranquilamente o pré-natal aqui na atenção básica mesmo [...] (Ipê 1).

Diante do exposto, nota-se que há preocupação por parte das enfermeiras em prestar a assistência pré-natal às gestantes que possuem maior propensão à complicações no período perinatal, sem o suporte do especialista com maior periodicidade. A entrevistada Ipê 1 acredita que o Município poderia adotar o critério da idade maior de 40 anos de forma similar às outras condições patológicas que são acompanhadas regularmente pelo obstetra, embora concorde que se a paciente não tem comorbidades, a APS tem condições de conduzir o pré-natal da paciente de maneira eficaz.

[...] No dia-a-dia, na nossa vivência, a gente não vê muita diferença, no pré-natal de uma pessoa de 35 anos, pra uma pessoa de 20 anos, certo que como a gente estudou, já sabe né, que é um fator de risco maior, devido a que, a gente tem que ficar mais alerta, questão da pressão, os níveis de glicemia, tudo pela questão da idade em si, mas não tem um olhar tão diferenciado das outras, porque as outras também, a gente tem que ter esse mesmo olhar [...] (Ipê 2).

O pensamento de Ipê 2 corrobora com o de outras enfermeiras entrevistadas, ao reconhecer que as gestantes maiores de 35 anos apresentam maior fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades, mas apesar do sinal de alerta indicado pela idade avançada, a reavaliação de risco é feita nas consultas de pré-natal de todas as gestantes. Portanto, considera que é necessário atentar-se para os sinais e sintomas de risco em todas as gestantes, independente da idade.

[...] Às vezes é algo que precisa de uma celeridade, a gente sabe que a rede não tem, fica realmente desassistida no caso por exemplo de psicólogo, psiquiatra, vai encaminhar pra onde né? Marcar pelo sistema? Isso não existe. São situações que são mais urgentes, que precisam de um dia pra o outro [...] (Jacarandá 4).

A dificuldade de encaminhamento das gestantes para especialistas, inclusive quando é uma área que não está diretamente relacionada com a obstetrícia, como por exemplo, a psiquiatria, demonstra que a Rede não está adequadamente estruturada para assistir a paciente em sua integralidade.

A APS, inserida em um complexo contexto, tem enfrentado desafios em exercer o papel de ordenadora e coordenadora do cuidado (Araújo *et al.*, 2023). A coordenação do cuidado diz respeito ao papel de prover as necessidades de saúde do paciente, por meio das conexões, correspondendo a um dos papéis da APS. Apesar da ampliação nos últimos anos de serviços voltados para a atenção especializada, é necessário que haja um grande incremento nessa área, possibilitando facilidade de acesso ao invés de entraves e barreiras de acesso aos diferentes níveis de atenção (Almeida *et al.*, 2018).

O estudo conduzido por Trevisol *et al.* (2020) concluiu que os principais motivos de encaminhamento para especialistas no âmbito da APS são devido à recursos terapêuticos indisponíveis na APS, indisponibilidade de recursos diagnósticos e dúvidas quanto ao diagnóstico e terapia. Apenas 20,6% dos encaminhamentos foram classificados como evitáveis, levando à reflexão de que a Rede precisa ser tecida verdadeiramente para que a integralidade de assistência e a resolutividade para atendimento das necessidades de saúde do paciente, no âmbito da APS, de fato ocorra.

Sem dúvidas, a dificuldade no encaminhamento de gestantes para o médico especialista constitui-se em grave problema a ser resolvido no município de Salvador, uma vez que pode haver impacto na assertividade da equipe da APS nas condutas terapêuticas necessárias para atender as demandas de saúde da paciente, e conseqüentemente, no desfecho positivo para o binômio mãe-bebê.

5.2.2 “A gente tem que se basear no que elas falam”: a falta de contrarreferência e seus reflexos

A referência e contrarreferência constituem-se num instrumento de gestão, sendo um elo de comunicação entre serviços de diferentes níveis de complexidade. A falta de contrarreferência de uma gestante fragiliza o vínculo entre a equipe de atenção básica e o serviço de referência, gerando uma descontinuidade na assistência devido à falta/falha de comunicação (Côrrea; Dóí, 2014).

O sistema de referência e contrarreferência ainda não faz parte da rotina de muitos profissionais, apresentando-se como um entrave para a integralidade da assistência. O estudo de Melo *et al.* no ano de 2011 já detectava essa grave falha no sistema de saúde. Na atualidade, mais de 10 anos depois, essas dificuldades ainda não foram superadas, como demonstram as falas a

seguir:

[...] O ruim é a contrarreferência, que elas vão, e voltam falando o que aconteceu, a ficha de contrarreferência, acho que eu só vi uma ou duas vezes aqui, e olhe que são 9 anos. E a gente encaminha com a referência, para a maternidade, e volta com a ficha do jeito que aqui foi feito [...] (Jacarandá 2).

[...]Tem muitas gestantes que referem que eles nem pegam na contrarreferência...Pode dar na recepção, mas chega lá, que o médico nem pega pra ler. É um protocolo, é um papel pra guardar, e pra que a ficha, se sabia que atrás da ficha tinha que dar um retorno? A maioria nem olha, minha filha [...] (Jacarandá 3).

[...] A gente faz a referência, acho que eles nem olham o papel, as pacientes falam...Não, eles nem olharam [...] (Jacarandá 4).

Perceptivelmente, as falas das enfermeiras demonstram descontentamento com a falta de contrarreferência das pacientes encaminhadas para o serviço de maior complexidade. Uma vez que é preconizado o encaminhamento de pacientes para outros serviços por meio de ficha de referência, que seria um elo de comunicação entre eles, a falta de utilização das fichas e das informações nelas contidas, expressa através da vivência cotidiana dessas profissionais na USF, a fragilidade na continuidade da assistência que deveria haver com a integração entre os serviços.

Os pesquisadores Gervaz e Fernández (2011) constataram que há um grande problema em relação à comunicação entre os profissionais de serviços distintos. Os pacientes vem transitando entre diversos serviços, sem que os profissionais se relacionem entre si, sendo raros a contrarreferência na alta hospitalar, nas consultas com especialistas e mais raras ainda os relatórios advindos de emergências hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Os autores apresentaram a percepção de que na APS, é necessário se montar um “quebra-cabeça da vida”, na tentativa de entender e dar continuidade ao cuidado, ao juntar informações de exames solicitados, medicações prescritas e as informações orais que os pacientes trazem.

Sendo assim, a comunicação entre o profissional de saúde e a paciente é um elemento de suma importância no processo assistencial. Em contrapartida, não é adequado que a gestante seja responsável por transmitir as informações de cunho técnico acerca de sua terapêutica, para o serviço de menor complexidade, devido à ausência de documentação que formalize as condutas realizadas (Côrrea; Dói, 2014). Infelizmente, essa prática acontece na atualidade com frequência, no cotidiano dos profissionais que realizam a assistência pré-natal, conforme as narrativas a seguir:

[...]Você depende da informação da gestante, então não casa, né? [...] (Jacarandá 3).

[...]Aí a gente fica sabendo porque ela fala, ah eu fiz um exame tal... ah eu to usando tal medicação, e aí eu vou registrando, bom saber....E vou perguntando como foi a consulta, toda vez que vem de lá eu pergunto, como foi a consulta, passou alguma coisa, algum

exame específico... e elas vão relatando [...] (Jacarandá 2).

[...] A atenção da contrarreferência que é importante pra gente, que a gente não sabe, o que foi feito não sabe...A gente sabe pela paciente, mas às vezes a paciente não sabe informar nada! A gente não tem esse retorno, dessa contrarreferência, é uma queixa da maioria dos profissionais né, não existe essa contrarreferência [...]”. (Jacarandá 4).

[...] A gente se baseia muito no que elas falam né, se é verdade ou não é... porque às vezes não entende muito bem, a ficha de contrarreferência teria que estar vindo para um profissional, como não vem, a gente tem que se basear no que elas falam, e aí será que realmente é isso, que o profissional falou...será que ela entendeu, realmente? É meio complicado, viu? [...] (Videira 1).

As entrevistadas acima expressam a grande dificuldade que as enfermeiras têm para dar seguimento ao pré-natal das pacientes que necessitam de avaliação de um especialista. Dependendo das informações passadas pelas gestantes, sem saber se condizem com a avaliação clínica do especialista, representam um hiato no processo do cuidar. Considerando que na Atenção Básica, os profissionais tem uma relação mais próxima com as gestantes, tanto em relação ao vínculo formado, quanto em relação à proximidade geográfica, é importante que os especialistas mantenham uma comunicação formal entre os diferentes serviços, visando obter o sucesso da terapêutica para o binômio mãe-bebê.

Os pesquisadores Rocha e Silva (2011) relatam em seu estudo o mesmo problema detectado no município de Salvador: as gestantes encaminhadas com referência não eram contrarreferenciadas para o serviço de origem. Sendo assim, as gestantes retornavam sem nenhum registro formal por parte do especialista das condutas realizadas e orientações para a adequação da assistência pré-natal na Atenção primária, de forma que atenda as necessidades em saúde da gestante.

Corroborando com as idéias já apresentadas, a pesquisa conduzida por Araújo *et al.* (2023), realizada num município da região Nordeste, constatou que não havia nenhum tipo de comunicação entre os profissionais da APS e os da atenção especializada, sendo que as condutas eram conhecidas a partir do paciente, que por muitas vezes era incompleta e distorcida, constituindo-se numa grave falha de comunicação.

É fundamental que a rede de serviços seja articulada de tal forma que os profissionais possam referenciar uma paciente e receber um retorno das condutas realizadas através da contrarreferência. A manutenção do cenário marcado pela falta de contrarreferência para os profissionais da Atenção Básica contribuem para que a assistência seja ofertada de forma fragmentada, desconsoante ao princípio da integralidade (Melo *et al.*, 2011).

Em contraponto aos relatos da maioria das enfermeiras entrevistadas, uma profissional relatou ter recebido contrarreferência com uma certa frequência, ao menos para as pacientes que realizam interconsulta com obstetra :

[...]As pacientes de interconsulta, normalmente eles fazem a contrarreferência, informando que a paciente já foi avaliada, e que dá pra dar continuidade ao pré-natal e que não foi identificado fator de risco, e que retornará ao terceiro trimestre[...] (Cedro 4).

A partir desse relato, infere-se que existem alguns especialistas que compreendem a importância da contrarreferência, e devolvem a contrapartida para o serviço que realizou o encaminhamento. Interessante notar que uma simples devolutiva do centro de referência proporciona maior segurança à equipe da Atenção Básica, ao informar por exemplo, que após avaliação clínica, a paciente pode prosseguir acompanhada apenas pela USF, retornando apenas no terceiro trimestre gestacional, conforme fala de Cedro 4.

O estudo realizado por Costa *et al.* (2009), sinalizou que desde aquele período, a quinze anos atrás, os profissionais da Atenção Básica já sofriam com a falta de contrarreferência relacionada à assistência pré-natal e o parto. É interessante que os autores ressaltam o fato que os médicos da Atenção Básica não tinham esse retorno, e muito menos os enfermeiros e outros profissionais que compõem o PSF, levando-se à idéia de que a falta de retorno não está relacionada à categoria profissional de quem aguarda uma contrapartida, mas ocorre de maneira generalizada.

A falta de contrarreferência das gestantes que foram atendidas por um especialista em um serviço de maior complexidade, constitui-se num grande desafio para os profissionais da APS, os quais estarão dando continuidade a assistência pré-natal, tentando montar da melhor maneira possível as peças do “quebra-cabeça”.

5.2.3 Percalços relacionados à acessibilidade aos exames

A assistência pré-natal da profissional enfermeira envolve o acompanhamento integral das gestantes, levando em consideração a individualidade de cada paciente, como um ser holístico (Moreira *et al.*, 2016).

O estudo conduzido por Sehnem *et al.* no ano de 2020, considerou que um dos entraves apontados como fatores dificultantes para a realização de pré-natal de qualidade é a demora na entrega dos exames para as gestantes. Diversos estudos corroboram com a mesma idéia, na qual a

demora no resultado de exames impacta diretamente na detecção tardia de agravos, podendo haver um desfecho negativo para o binômio mãe-bebê (Guerreiro *et al.*, 2012), o que foi também foi destacado nas falas a seguir:

[...] Como é que você trata uma infecção urinária oculta? Sem um sumário de urina? Não tem como! Porque assim, se a gestante fala...qualquer sinal...ardeu...Cefalexina...A gente já entra né, porque é um risco maior que ela esteja, nem mando assim... bebe agua, aumente...não, a gente já entra né, com Cefalexina, qualquer alteração urinária, mas e as assintomáticas? São essas que matam as gestantes, são as assintomáticas, em que você não ver, sem um sumário de urina, então...existe demora de exames [...] (Jacarandá 3).

[...]Hoje mesmo eu atendi uma, ela tem até 38 anos...chegou no Multicentro, não tinha mais ficha pra fazer exame...Aí ela disse: oxe, tem que chegar muito cedo lá...Aí ela já está com 18 semanas, não fez exame nenhum... Porque não conseguiu, sabe? então a dificuldade que eu vejo, e que interfere às vezes na nossa conduta, é justamente a questão dos exames [...] (Jacarandá 4).

As falas de Jacarandá 3 e Jacarandá 4, corroboram com a idéia de que a dificuldade na realização dos exames e até mesmo a demora na entrega dos resultados interferem diretamente na conduta assertiva do profissional. A consulta de pré-natal é muito importante, porém os exames são elementos fundamentais, constituindo-se verdadeiramente em ferramentas, para que os profissionais possam ofertar assistência de qualidade. Porém, a dificuldade de acesso à realização dos exames associado ao atraso na entrega dos laudos representa um entrave para que a assistência pré-natal seja adequada (Cavalcante *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2021).

[...] Às vezes a gente pega uns exames, que a paciente fez no começo da gestação, só vai receber no meio, o resultado, recebe a maioria, mas ficam muitos pendentes, mesmo os laudos que são liberados via internet, a gente recebe muita gestante, que faz, vem muitos resultados mas sempre tem alguns pendentes, então a gente tem percebido muito isso, dessa demora mesmo nos resultados [...] (Ipê 1).

Ipê 1 relata o quão difícil é conduzir um pré-natal em que as pacientes apresentam dificuldade na realização dos exames laboratoriais, e quando o fazem, demoram 30 dias ou mais para serem disponibilizados o laudo. O estudo conduzido por Côrrea *et al.* (2014), discute que esse problema também foi identificado na cidade de São Paulo, havendo demora no retorno dos resultados de exames laboratoriais e baixa cobertura da realização desses exames, principalmente no terceiro trimestre gestacional.

A pesquisa conduzida por Balsells *et al.* (2018) considera que o início tardio do pré-natal, a dificuldade de acesso para a realização de exames em laboratórios da rede SUS e a demora na disponibilização dos laudos são fatores que explicam o motivo pelo qual muitas gestantes não

conseguem fazer todos os exames preconizados, levando a uma baixa adequabilidade na assistência pré-natal.

É interessante que Côrrea *et al* (2014) encontra resultados semelhantes quando comparado a outros estudos, no que diz respeito à realização de exames das gestantes, mas considera o cenário preocupante ao constatar que há ainda um declínio dos exames quando comparado aos realizados na primeira semana e na trigésima semana, dado a importância da realização dos mesmos para o monitoramento da saúde do binômio mãe-bebê.

Uma conduta que tem o objetivo de trazer efeitos favoráveis para a diminuição de desfechos negativos no período perinatal, que é o estabelecimento dos exames de rotina no pré-natal a partir dos protocolos do Ministério da Saúde, torna-se um problema quando as gestantes têm dificuldades em realizá-los, contrariando aos princípios de integralidade e equidade do SUS, trazendo como consequência a dificuldade em diagnóstico precoce de patologias que podem colocar em risco à vida do binômio (Cavalcante *et al.*, 2016).

Além da dificuldade na realização de exames laboratoriais, em todas as entrevistas, foi unânime a informação de que as gestantes apresentam dificuldades para realização de Ultrassonografia (USG) obstétrica e morfológica através do SUS.

A partir dos avanços científicos, com o auxílio da ultrassonografia é possível identificar e prever precocemente uma série de riscos para complicações gestacionais, como pré-eclâmpsia e cromossopatias, possibilitando o estabelecimento de medidas para um melhor acompanhamento da gestante (Oliveira *et al.*, 2023). Por outro lado, as gestantes que realizam pré-natal na APS do município de Salvador, vem enfrentando muitas dificuldades para a marcação de USG.

[...] Eu pergunto cadê a Ultrassom que você não trouxe, a gente sempre cobra... então, elas dizem, olha eu não tive dinheiro pra pagar ou não conseguir fazer pelo SUS, enfim... Muitas queixas com relação a isso [...] (Videira 1).

[...]Tem paciente que não tem condição né, hoje, principalmente pra fazer a morfológica, não tem condições de estar realizando particular, já teve pacientes aqui de chegar no terceiro trimestre e não ter a morfológica [...] (Videira 3).

Videira 1 e Videira 3 sinalizam uma das grandes dificuldades expressas pelos enfermeiros durante a realização das entrevistas, que consiste no acesso das gestantes às realizações de USG. A assistência pré-natal que é fornecida através do SUS, não tem conseguido ofertar todos os recursos necessários em sua integralidade. Diante das dificuldades de agendamento, as pacientes acabam sendo punidas por conta das iniquidades sociais. Se não conseguem agendamento pelo

SUS, e não possuem recursos financeiros para arcar com os custos de uma USG particular, acabam seguindo o pré-natal sem a realização do exame.

[...] A maioria não tem condições de fazer, a gente pede a morfológica, mas muitas não tem condições de fazer, e não tem dinheiro pra fazer, ou se faz, isso impacta em casa, né? Porque vai deixar de comprar uma comida, vai deixar de comprar, até o enxoval do bebê, qualquer coisa, só pelo fato de fazer o exame né? 200 reais.... 250 reais... Pra quem... ganha menos de um salário, pra quem ganha bolsa família.... Como é que faz, né? [...] (Cedro 1).

[...] USG é o grande problema. O transvaginal está entre R\$150,00, que é o que a gente precisa no início da gestação, né? Só através da USG transvaginal você vai detectar uma mola, uma ectópica, porque os exames dão normais pra gravidez, né? Mas fora disso...É um esforço muito grande pra que elas façam. Então é uma luta, pra elas terem...Outra é a morfológica, porque a morfológica é muito cara, né? Em torno de R\$250, 260. Então, a maior parte delas, não tem condições, e precisa. Aí as vezes passa da data [...]. (Cedro 2).

[...] A questão das USG's também, que deveria ter um acessibilidade maior em relação à morfológica de primeiro e segundo trimestre, também, porque tem algumas que não fazem porque não tem condições, recurso financeiro pra fazer, e a gente sabe que 200 reais pra uma pessoa que tem vulnerabilidade social é complicado, e não tem como fazer [...] (Laranjeiras 2).

As falas acima demonstram como a realização do exame de USG feito na rede privada pode estar afetando o orçamento das famílias carentes, que por vezes precisam escolher entre pagar pelo exame ou investir na alimentação ou até mesmo no enxoval do bebê que está por vir. A dificuldade para a realização de exames durante a gestação foi apontada como um dos fatores negativos da assistência pré-natal, de acordo com a percepção de mulheres cujos bebês vieram a óbito no período neonatal (Gaíva *et al.*, 2018). Corroborando com a ideia, o estudo conduzido por Pereira *et al.* (2015), demonstra que as pacientes gestantes se incomodam com a dificuldade de acesso e demora no resultado dos exames de laboratório e imagem, tendo a percepção negativa do atendimento devido ao comprometimento da qualidade de assistência pré-natal.

[...]Os exames de imagem que elas tem que fazer, elas pagam, porque no sistema [Vida] a gente não consegue disponibilizar a vaga, e elas não conseguem [...] (Ipê 3).

[...] Quando acha no Sistema [Vida] a vaga, ninguém quer mais, porque é muito longe, às vezes ela precisa fazer uma USG do terceiro trimestre e a paciente já vai ter parido quando tem a vaga, para um mês, dois meses depois... então normalmente, eu posso falar com clareza, que 95% das minhas USGS são particulares, principalmente a morfológica, mas também a obstétrica [...] (Ipê 1).

Os trechos acima retratam a realidade do Sistema de informação que foi implantado no município de Salvador, denominado Sistema Vida. Nesse sistema, os profissionais podem realizar diversas ações, tais como alimentação do prontuário eletrônico e agendamento de pacientes para a

realização de consultas e exames, quando a vaga está disponível. O interessante é que, como enfatizado por Ipê 1, por vezes, quando disponível, a vaga para a realização de USG é disponibilizada para uma data muito distante, ultrapassando a data provável de parto, ou então, os profissionais nem conseguem localizar a vaga no sistema.

[...]Normalmente eu oriento, que tem diferença de USG, quanto à qualidade, e quando eu percebo que a USG está muito mal escrita, muito mal feita, né, os dados muito pobres, eu oriento, não faça mais lá. Ahhh mas foi mais barato, eu digo procura outra mais barata, que pelo menos seja de qualidade, eu sempre oriento, mas a gente percebe a diferença. Tem clínicas muito boas, óbvio, mas tem diferença sim [...] (Ipê 1).

A entrevistada Ipê 1 demonstra mais um percalço relacionado à dificuldade de realização de USG: as pacientes que não conseguem realizar agendamento através do SUS, e fazem um esforço de realizar o exame na rede privada, geralmente pesquisam o local mais barato onde elas podem fazer a ultrassom, na tentativa de economizar dinheiro. Porém, os laudos desses exames podem estar comprometidos com relação à sua qualidade, impactando também no diagnóstico precoce de patologias.

[...] Às vezes essa demora no exame pode impactar na morte, né? No óbito fetal... Um dia pode impactar, um dia que você não encaminhe você pode, pode acontecer uma morte, ou materno-fetal ou materno, ou fetal dependendo das semanas, então é isso que a gente corre, pra não ter um desfecho negativo, e aí...tem esses entraves, na rede né? [...] (Cedro 1).

A opinião de Cedro 1 leva à reflexão sobre a importância da realização dos exames em tempo oportuno, impactando diretamente no desfecho para o binômio mãe-bebê. A não realização dos exames, a demora na liberação de laudos ou a baixa qualidade/confiabilidade dos laudos, podem fazer toda a diferença para a descoberta de um diagnóstico, tomada de decisão e condutas, para evitar mortes desnecessárias. A pesquisa conduzida por Tomatezzi *et al.* (2018) enfatiza que a dificuldade na realização de USG durante o pré-natal no SUS foi considerada como preocupante, a partir da percepção dos profissionais entrevistados, motivo principal que leva a muitas gestantes realizarem os exames na rede privada.

A acessibilidade aos exames durante o pré-natal constitui-se em um fator que é considerado relevante de acordo com a percepção das gestantes, tornando as condutas e orientações resolutivas durante o pré-natal, contribuindo também para o aumento do vínculo da paciente com a unidade de saúde (Barreto *et al.*, 2015). Além do histórico da paciente e a realização do exame físico, os exames laboratoriais podem fornecer ao profissional que está conduzindo o pré-natal, maior autonomia para a tomada de decisão e melhor resolutividade na assistência pré-natal (Vieira *et al.*, 2011).

Silva e Rocha (2011) identificaram em seu estudo que as gestantes também apresentavam dificuldades quanto à realização de exames de laboratório e demora no acesso aos resultados, destacando como um dos obstáculos, a imensa fila para ter acesso a exame de ultrassom, sendo que muitas vezes a gestante chegava ao final da gestação sem ter realizado nenhum exame de imagem.

Corroborando com as idéias já apresentadas, Nunes *et al.* (2016) conclui em seu estudo que um dos fatores que afetam de maneira significativa a qualidade de assistência pré-natal ofertada à nível nacional está relacionada a não realização dos exames preconizados, levando à reflexão de que esse é um problema que vai para além de uma dificuldade local, mas merece muita atenção para a sua significativa melhoria.

A dificuldade de acesso aos exames de laboratório e USG, bem como a demora na disponibilização dos laudos dos exames, são problemas que impactam diretamente na qualidade do pré-natal ofertada no âmbito da APS, retratando a realidade de uma rede que ainda não está bem organizada e definida.

5.2.4 “Isso com certeza impacta nos desfechos”: Dificuldade de acesso à Maternidade de referência

No ano de 2007, foi regulamentada a Lei nº 11634, a qual dispõe sobre o direito da gestante com relação ao conhecimento de qual maternidade deve procurar em caso de emergência ou parto:

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

(Brasil, 2007).

Analisando a Lei citada acima, percebe-se que aproximadamente 20 anos depois, as orientações contidas ainda não conseguiram ser plenamente implementadas. No caso do distrito estudado, a Maternidade vinculada às gestantes fica localizada em outro distrito sanitário, dificultando o acesso, devido à distância.

No município de Salvador, foi criada a Lei 7851/2010, regulamentada pelo decreto 23.569/2012, intituindo que toda gestante residente nesta cidade tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade na qual será realizado o seu parto e em caso de intercorrência pré-natal (Salvador, 2012). É necessário que a vinculação ocorra de tal maneira que a gestante possa comparecer à maternidade mais próxima de sua residência, e assim tenha garantia de atendimento na mesma, o que infelizmente não tem acontecido.

[...] A maternidade, a nossa maternidade de referência às vezes não é a mais próxima daqui do domicílio delas, porque a gente tem outra aqui no subúrbio, que às vezes é a mais próxima para elas aqui, até a que elas conhecem mais, porque está aqui mais próximo, mas aí não é a nossa referência, então elas tem que ir para um pouquinho mais distante, então acho que precisaria realmente ser repensado [...] (Jacarandá 1).

[...] A grande maioria das pacientes não vai pra José Maria, vai pra Maria da Conceição de Jesus, porque ela leva em conta o transporte... Ah, enfermeira, eu fui pra lá porque é mais perto. Ah, enfermeira, eu fui pra lá porque eu tava perdendo muito líquido. Ah, enfermeira, eu tava perdendo sangue. Eu tava muito tonta. Eu não aguentava chegar até o Pau Miúdo. Essa acessibilidade, né? Seria o sonho [...] (Laranjeira 1).

[...] A nossa maternidade de referência é contramão para as pacientes, elas falam muito sobre a dificuldade de ir, como é referência para vários lugares, elas encontram muito a maternidade cheia, aí elas não vão fazer visita porque é longe, são várias situações que as gestantes falam, e tipo, você não tem como convencer elas, porque é muito contramão [...] (Jacarandá 2).

As narrativas de Jacarandá 1, Laranjeira 1 e Jacarandá 2 expressam as dificuldades das gestantes em se deslocarem até à maternidade vinculada, referência para os casos de emergência e parto. As enfermeiras também enfrentam dificuldades para lidarem com essa situação, pois

algumas pacientes referem resistência a ir para a maternidade de referência devido à distância e experiências anteriores que não foram positivas, como a superlotação.

O estudo conduzido por Silva e Almeida (2015), realizado no município de Salvador, destaca que os resultados da pesquisa trouxeram preocupação relacionada à assistência obstétrica desta cidade, sendo constatado que a falta de vagas é um dos principais motivos da recusa da admissão da gestante nas maternidades, provocando diversos sentimentos nas pacientes, como medo, revolta, tristeza e humilhação. Corroborando com esta idéia, a pesquisa de Cunha *et al.* (2010), constatou que o principal motivo de recusa nas maternidades foi a falta de leito, destacando que os problemas na regulação entre as maternidades, favorecem à superlotação e aumento do sofrimento das parturientes.

[...] Eu gostaria que a maternidade fosse mais fácil o acesso pra gestante, e que houvesse realmente, tipo...como eu posso dizer, a garantia que ela fosse atendida naquela maternidade de referência, porque a gente passa o pré-natal todo falando, ahh sua maternidade de referência é tal maternidade, então se você tiver qualquer situação, e aí no dia que precisa ela vai e não é atendida, aí você fica...Ai eu fui lá e tava cheio, não consegui nem ser atendida, da porta mesmo já mandaram eu ir para outro lugar [...] (Jacarandá 2).

[...] O que eu sinto, assim, a maternidade de referência que a gente tem, nem sempre as gestantes conseguem parir, na nossa referência, apesar da gente ter uma maternidade de referência, nem sempre as nossas gestantes conseguem ser atendidas na nossa referência, entendeu? A gente tem uma referência que nem sempre apoia as nossas gestantes. Eu acho que a gente não tem um apoio total da nossa referência, além de ser longe, porque é em outro distrito, né? [...] (Ipê 3).

[...] Ela chega lá na maternidade, ela acha que vai parir lá e não pari, ou tá fechada ou está lotada, não está recebendo ninguém... e isso com certeza impacta nos desfechos, com certeza impacta [...] (Videira 2).

As narrativas de Jacarandá 2, Ipê 3 e Videira 2 sinalizam vários percalços enfrentadas pelas gestantes no que diz respeito à vinculação da maternidade. Muitas pacientes informam nas consultas que nem sempre conseguem ser acolhidas na maternidade vinculada. Por vezes, encontram a emergência fechada, ou simplesmente não conseguem ser assistidas por motivo de superlotação. Sendo assim, além da frustração dos profissionais que indicam a instituição como referência, e o sentimento de impotência de gestantes, ao sofrerem com a peregrinação em busca de atendimento, o problema pode ir além: o comprometimento da qualidade de assistência perinatal e possível ocorrência de desfechos negativos. O acolhimento e triagem da gestante, principalmente em trabalho de parto, em tempo oportuno, é um fator essencial para a redução da mortalidade

materna e fetal (Mendes *et al.*, 2019).

A busca pela assistência na maternidade, muitas vezes impulsionada pela dor das contrações, leva as mulheres a percorrerem longas distâncias, enfrentando muitas horas de espera, implorando literalmente por atenção (Silva e Almeida, 2015).

Os achados da pesquisa de Menezes *et al.* no ano de 2006, já constatavam que grande parte das pacientes gestantes que peregrinavam no município do Rio de Janeiro, precisavam ir em busca de outra maternidade através de seus próprios recursos, mesmo estando em trabalho de parto ou em situação de risco, revelando graves falhas na rede, reforçando a importância de um sistema eficaz de transporte e regulação entre as maternidades, que poderia diminuir significativamente o problema da peregrinação nas maternidades. É interessante notar que apesar da existência da Lei 11634/2007 e da organização administrativa das maternidades por distritos sanitários no município de Salvador, quase 20 anos após a constatação do estudo de Menezes no ano de 2006, o problema da peregrinação ainda persiste no país, sendo percebido também no município de Salvador.

O problema da peregrinação nas maternidades é nacional, havendo uma grande lacuna entre a assistência pré-natal e o da maternidade, expresso pela desorganização do fluxo de atendimento às gestantes no momento do parto, uma vez que na prática, há dificuldade de acesso (Silva; Almeida, 2015).

[...] Elas reclamam muito no atendimento da maternidade na urgência, na parte de emergência, mas eu sempre explico que tem que ter paciência. Eu tive uma experiência própria, eu cheguei a ser paciente, pra ver como era...Mas só que eu peguei um dia que realmente estava muito cheia, mas eu quis sentir, na minha gravidez, eu quis sentir o que minha paciente passava, e não passa pouca coisa não, é muita coisa....Eu fui pra ver, eu queria ver como era o SUS das minhas pacientes, e aí eu fui [...] (Vieira 3).

A experiência trazida por Videira 3 foi surpreendente: ela afirmou que gostaria de conhecer o SUS das pacientes assistidas em sua unidade. Em outras palavras, ela queria saber quais os percalços que as gestantes passam quando precisam ser atendidas na maternidade de referência, pois ela também estava na condição de gestante. Infelizmente, as constatações da profissional não foram positivas: “não passa pouca coisa não”.

Vieira *et al.* (2011) em seu estudo, constatam que por muitas vezes há uma fragmentação entre a atenção e humanização dispensadas durante a assistência pré-natal, e a aquela para a finalização do pré-natal, que culmina no parto. Os autores ressaltam que a assistência de ambas as fases deve ser complementar, relembrando o desapontamento e tristeza expressa na narrativa das entrevistadas na referida pesquisa, com relação à falha no acolhimento na maternidade.

O estudo conduzido por Mendes *et al.* (2019), conclue que as mulheres com maior grau de escolaridade, idade superior a 20 anos, trabalho remunerado e que tiveram acesso a assistência pré-natal/parto da rede privada, tiveram menos frequência em relação à peregrinação nas maternidades, evidenciando que há uma relação entre as características sócio-econômicas e modalidade do financiamento da assistência. Os mesmos autores também sugerem que os gestores à nível municipal, estadual e federal realizem uma melhor organização na articulação dos serviços relacionados à rede de atenção materno-infantil, para que as gestantes tenham os direitos sexuais e reprodutivos assegurados, tendo acesso a um parto em tempo oportuno e de forma humanizada.

A teoria das três demoras (Thaddeus; Maine, 1994) expressa que vários fatores podem contribuir para a mortalidade materna, porém quanto antes a gestante ter acesso ao serviço de saúde e ser assistida de forma adequada, mais satisfatório é o desfecho. Nesse sentido, três fatores podem influenciar negativamente o desfecho para o binômio mãe-bebê. O primeiro: a demora da gestante em procurar assistência. O segundo: a demora da gestante no deslocamento até o serviço de saúde e por fim, a demora da gestante ser devidamente assistida na maternidade com todos os recursos necessários. Indubitavelmente, apesar dessa teoria existir há exatos 30 anos, pode-se aplicá-la na atualidade. A distância geográfica da maternidade de referência em relação à residência da gestante e os problemas relacionados à vinculação da paciente que por vezes acaba desencadeando a peregrinação da mesma, constituem-se em “demoras” que devem ser analisadas e solucionadas por meio da reorganização e maior incremento da Rede materno-infantil no município de Salvador.

No Distrito Sanitário São Caetano/Valéria, o acolhimento e assistência das gestantes em tempo oportuno na maternidade de referência, constitui-se num fator fundamental para que a finalização do pré-natal, que ocorre na ocasião do parto, tenha desfechos positivos para o binômio mãe-bebê.

5.2.5 A violência urbana e o impacto na assistência a saúde

A violência pode representar um obstáculo na oferta de serviços na área de saúde, tendo ganhado destaque na Organização Mundial de Saúde (OMS), constituindo-se num verdadeiro problema de saúde pública (Santos *et al.*, 2020). Assunto pouco relacionado na literatura quando se trata em acesso aos serviços de saúde, a violência na comunidade representa um importante elemento que pode limitar a assistência em saúde dos cidadãos de uma determinada área.

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, e por isso compreendê-la não é uma tarefa fácil. Ofertar a assistência em saúde em comunidades marcadas pela violência é extremamente desafiador (Barbar, 2018), como pode-se verificar na narrativa apontada por Jacarandá 3:

[...] Meu atendimento caiu muito...O pessoal não passa pra cá. Tem gente da minha área que não pode passar pra cá, aquela parte onde tem o tráfico, não passa pra o lado de cá. Até o planejamento familiar, as pacientes falam: oh mulher, não tem como você colocar a receita pra 1 ano, não? Mulher, não tem como a gente vim pra cá, não. Hoje eu vim por aqui por fora, mas morrendo de medo, e tal... Então eu acho que por isso que caiu, o atendimento caiu demais. Eles dão avisos, whatsapp, uma vez chegou aqui pra gerente, que tinha que fechar o posto. Manda pra um, manda pra outro, manda pra paciente, chegou na gerente. Eles que mandam [...] (Jacarandá 3).

A fala de Jacarandá 3 remete a uma triste constatação: apesar da APS apresentar a delimitação de área para foco na atuação e acompanhamento em saúde da comunidade, a guerra de tráfico e a violência que permeiam o território, dificultam o acesso dos usuários até a unidade de saúde, e sem dúvidas, dificultam também a realização das visitas por parte dos profissionais, limitando o acesso aos serviços de saúde. “Eles que mandam...”

A limitação do acesso à saúde devido à violência pode ocorrer de duas formas: os usuários sentem-se intimidados a comparecer à unidade de saúde devido à insegurança, e também os profissionais podem se sentir ameaçados ao trabalharem em centros de saúde, cuja localidade seja permeada pela violência, bem como as visitas domiciliares podem ser prejudicadas (Borges *et al.*, 2014).

[...]Existe uma questão de violência, quem é daqui não passa pra lá. Eu não entendo como é isso, mas eles sabem quem é quem [...] (Ipê 3).

[...]A questão da guerra... de facção, muitas não podem vim para o posto, entendeu? Elas não podem vim para cá, e outra, pré-natal do parceiro, elas vem só, porque o parceiro não pode vim pra área, porque é área de outra facção, elas vem com medo, entendeu? Às vezes não vem para o pré-natal porque a gente agenda, mas nesse dia está tendo guerra, está tendo tiroteio, está tendo roubo, então elas preferem não vim...Então das 50 pacientes que eu tenho, 45 tem meu número, então elas ligam, olha minha doutora, eu não posso ir, então a gente está sempre combinando, está sempre em contato, então essa questão da área de risco em relação ao tráfico, e até mesmo da questão financeira, isso atrapalha muito a... a questão das consultas né, dela estar...dando continuidade ao pré-natal, elas ficam com medo [...] (Videira 3).

As falas de Ipê 3 e Videira 3 expressam como a violência e a guerra de tráfico afetam negativamente a assistência à população em algumas localidades, intimidando os usuários a saírem de suas casas e exercerem o direito de “ir e vir”, incluindo a ida até a unidade de saúde, comprometendo significativamente a qualidade de assistência pré-natal.

[...]Às vezes, a gente consegue com outras colegas alguns exames que ela [a gestante] não consegue por aqui, a gente consegue com outra colega, simplesmente, do outro lado da sinaleira. Ela diz: enfermeira, não posso ir pra aquela área... Eu disse a ela, eu falei com a colega, vá lá que ela vai agendar seus exames de sangue todinho. Ela vai marcar pra você. Aí eu dei o nome da colega, tudo direitinho, aí ela ficou quieta. Quando eu olhei pra cara dela, ela olhou, cheia de lágrimas. Eu disse: é o quê, criatura? O que é que está acontecendo? Ela disse: enfermeira, não posso ir pra aquela área [...] (Laranjeira 1).

A partir do pensamento expresso por Laranjeira 1, pode-se refletir a respeito da magnitude do problema que muitas comunidades enfrentam, ao serem cerceadas o direito de serem assistidas numa unidade de saúde que, muitas vezes, ficam a poucos metros de sua residência. Comumente, as dificuldades na assistência pré-natal são associadas a diversos fatores de cunho assistencial e organizacional, mas é necessário atentar-se para a realidade cruel que está ao redor em todo o tempo, e que por vezes, enquanto sociedade, há uma limitação para enxergar o quanto as questões relacionadas à guerra de tráfico penalizam uma determinada comunidade. As narrativas a seguir demonstram que assim como os pacientes, os profissionais de saúde também são limitados com relação à sua atuação, devido ao medo e a insegurança:

[...] Semana passada eu ia fazer uma visita, então o ACS chegou e disse: ninguém desça lá pra baixo não, porque o “chefão” estava lá embaixo, e ele nem fica aqui, fica em outro bairro, ele me falou, não vá não, nem bote o pé lá embaixo, aí eu tive que desmarcar a visita [...] (Ipê 3).

[...] Se a violência está muito forte em certos períodos, eles [os ACS] não vão trabalhar, eles avisam que o bicho está pegando, e a gente sabe, e aí eles não vão [...] (Ipê 1).

[...] A gente tem a questão da violência na área que o próprio agente comunitário não consegue estar adentrando algumas áreas aqui, não tem como, porque é risco de vida para eles mesmo, mesmo ele sendo da área [...] (Jacarandá 1).

A violência urbana impacta na assistência à saúde, apresentando diversos desdobramentos, como fragilização do vínculo entre o profissional da Atenção Básica e os usuários, prejudicando o acesso a saúde para a comunidade. Além disso, os profissionais de saúde que atuam em áreas de conflito, podem ter a sua saúde física e mental abaladas (Santos *et al.*, 2020).

[...]Os moradores não vão fazer nada com você, mas toda hora é um tiroteio, você vai desanimando em ir pra área. Eu acho que impacta e muito no atendimento, eu tenho muita paciente que eu nunca mais vi.. Isso é da área coberta, adscrita, os pacientes não podem vim pra cá [...] (Jacarandá 3).

[...] Teve uma ACS que me contou que foi fazer visita na área e tinha um paciente segurando um fuzil na mão, e ela se tremeu toda. Ele falou: pode passar, tia, porque conhece né, sabe quem é, mas ele fala por ele, né? Quem sabe quem tá vindo de lá, se é um policial ou um bandido de outra facção, vai ter tiro para todo lado, por mais que ele dê a “segurança” para passar, ela nunca vai ter 100 por cento de segurança [...] (Jacarandá 1).

O medo e a insegurança na atuação no território são fatores que prejudicam a qualidade de assistência pré-natal das gestantes, em especial, as gestantes de alto risco, dentre elas, as pacientes que gestam com idade superior a 35 anos, as quais necessitam ser acompanhadas de maneira regular, visto os maiores riscos que estão expostas.

As características e atributos da APS, tais como a longitunidade, presença contínua no território onde as relações acontecem e o fortalecimento de vínculos entre o usuário e o profissional de saúde, podem ofertar maior empoderamento e exercício da cidadania para as comunidades que sofrem com a desigualdade social, exclusão e privação de direitos. Em contrapartida, a APS não pode ser encarada como uma estratégia que possa ser responsabilizada para solucionar problemas tão complexos como tal, carregando isoladamente o peso para lidar com tal problemática (Barbar, 2018).

A violência e a guerra de tráfico, problemas complexos e multifatoriais, são observadas em muitas comunidades do Município de Salvador. As relações no âmbito da APS se desenvolvem nos territórios, nos locais em que a vida acontece, onde não é possível mascarar a realidade, que pode penalizar e excluir muitos indivíduos, inclusive gestantes, no acesso ao serviço de saúde.

5.2.6 Angústia dos profissionais em situações adversas

Em meio a uma Rede que parece ainda estar tecendo os laços para a sua construção, pode-se perceber através de várias narrativas de enfermeiras ao prestar assistência pré-natal em condições inadequadas ou insuficientes, o sentimento de angústia e preocupação, como descritas nas falas abaixo:

[...] Porque tem horas que realmente a gente fica num desespero, num sufoco, numa angústia, por conta dessas situações, de estar fora do critério, da gente ver que vai dar mais algum problema daqui a diante, e não conseguir encaminhar elas [...] (Jacarandá 1).

[...] Você faz a sua parte, é uma coisa que a gente comenta muito em equipe, a nossa parte a gente faz, agora a outra parte a gente não pode garantir, e é isso que você fica na angústia. Você fica angustiada, porque sabe que ela precisa, mas vai correr pra onde? [...] (Jacarandá 2).

[...]Tem um exame que a gente sabe que é importante fazer, e a gente sabe que aquela paciente não vai fazer, isso gera uma angústia, uma preocupação... a gente tenta convencer ela a fazer, mas às vezes tem que pagar, e aí... Aí manda pra maternidade, rezando pra que seja acolhida lá [...] (Ipê 2).

Os sentimentos de angústia observados ao longo das entrevistas, de maneira geral, dizem respeito às situações em que as profissionais deparam-se com as dificuldades no sistema, relacionadas à classificação de risco da gestante, falta de contrarreferência, necessidade de encaminhamento para especialista e realização dos exames preconizados, em que a função de coordenadora do cuidado da Atenção básica não consegue ser efetivada tal qual seu propósito.

Constatou-se na pesquisa de Rocha *et al.* (2022) que a falta de resolutividade da gestão e a fragilidade da rede de atenção à saúde são fatores que trazem sofrimento e angústia para as enfermeiras da APS, principalmente devido ao fato de afetar a continuidade da assistência ao paciente, gerando grande insatisfação. O mesmo observa-se na falta de contrarreferência no serviço, o qual gera uma sensação de angústia e desamparo nos profissionais da Atenção Básica, uma vez que há um desconhecimento das condutas adotadas no centro de referência (Guerreiro *et al.*, 2012).

[...]Muitas vezes a gente fica de mãos atadas mesmo, porque não tem como ajudar mais, o que fazer mais, e a gestante precisa se virar pra tentar resolver... mas nessa questão de quando a gestante não tem, e a gente não tem como ajudar, como a gente queria, a gente fica de certa forma angustiada [...] (Ipê 1).

A narrativa trazida por Ipê 1 retrata quão é angustiante para a enfermeira tentar ajudar a paciente de todas as maneiras que foram possíveis, mas infelizmente, esgotadas as possibilidades, a gestante por si só deverá dar uma providência para atender uma determinada demanda na assistência, que a Rede não “deu conta”. Nesse caso, é como se a gestante em dado momento fosse abandonada nessa jornada, onde ela tem que prosseguir sozinha, e precisa arcar com recursos financeiros ou simplesmente fica sem acesso, por exemplo, a um determinado exame ou consulta com especialista, causando um sentimento de frustração e angústia no profissional.

O fato é que, ao conduzir a assistência pré-natal, onde a profissional está cuidando de pelo menos duas vidas, pode-se constatar que as enfermeiras empenham-se para ofertar o cuidado de maneira adequada para as gestantes, e quando isso não é possível de forma completa, pode haver uma sensação de limitação e frustração, ao saber que algo de importante está faltando para que a condução de um determinado pré-natal esteja conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, conforme expresso pela fala de Cedro 1:

[...] Então, a gente... Eu fico com o coração mesmo...apertado, e com a sensação de que eu não estou cumprindo o meu papel direito...né? Não por mim, mas por uma falha na rede, né? [...] (Cedro 1).

Esses problemas relacionados ao processo de trabalho da enfermeira na APS, podem afetar a sua produtividade, uma vez que a profissional pode sentir-se limitada e impedida de exercer o seu ofício de maneira plena, devido às condições laborais impostas, vindo à tona também o sentimento de impotência (Rocha *et al.*, 2022).

[...] Tem que trabalhar o psicológico para não absorver, é tentar fazer tudo que está ao nosso alcance, e o que não está [...] (Jacarandá 1).

[...]De uma certa forma a gente tenta se blindar, senão a gente adocece junto né [...] (Jacarandá 4).

As narrativas trazidas por Jacarandá 1 e Jacarandá 4 trazem uma importante reflexão: em meio a tantos problemas, quem está cuidado da saúde de quem cuida? Se as profissionais não tentarem por si só preservarem a sua saúde mental, quais reflexos essas vivências trarão à longo prazo para as suas vidas à nível pessoal e profissional?

Quando as enfermeiras deparam-se com situações em que sentem dificuldade para executar as ações de maneira correta, de acordo com a sua consciência, manifesta-se o sofrimento moral (Lunardi *et al.*, 2009). A satisfação no trabalho da enfermeira é um fator importante a ser considerado pela gestão, pois acaba reverberando também na qualidade de atendimento ao paciente. Sendo assim, é importante que haja a melhoria do sistema, de forma a considerar os aspectos que possam ser melhorados, havendo também reflexo na produtividade (Liu *et al.*, 2016).

Em meio a tantas dificuldades, a condução do pré-natal das gestantes no município de Salvador representa um grande desafio para as enfermeiras da APS, apesar da gratificante caminhada construída a partir do vínculo com a paciente. As profissionais precisam cuidar da própria saúde mental, e ao mesmo tempo, realizar todos os esforços possíveis, em meio aos percalços, para que a assistência pré-natal ofertada tenha como resultado final um desfecho favorável para a mãe e o bebê.

5.3 POTENCIALIDADES NA CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL DE MULHERES ACIMA DE 35 ANOS

Diante da complexidade na atenção à gestantes de alto risco, a adoção de práticas diferenciadas, privilegiando a escuta sensível e a singularidade de cada gestante, é essencial para ultrapassar a lógica biologicista (Sanine *et al.*, 2021). Além dos percalços e desafios enfrentados na condução do pré-natal das mulheres acima de 35 anos no âmbito da APS, é necessário destacar

que existem também muitos aspectos positivos na realização dessa assistência, que necessitam ser reconhecidos e potencializados, a saber: profissionais comprometidos, vínculo entre a gestante e a enfermeira, maturidade das gestantes e a integração da equipe de Saúde da Família.

5.3.1 “A gente trabalha aqui, trabalha com amor”: o comprometimento da enfermeira

Na assistência pré-natal da Atenção Básica, o profissional enfermeiro se destaca, devido as características no atendimento prestado: humanização do atendimento, escuta sensível e qualidade na assistência. Tais fatores geralmente conquistam a preferência das gestantes em relação ao atendimento de outras categorias profissionais (Livramento *et al.*, 2019).

[...] A gente trabalha aqui, trabalha com amor, com competência, com responsabilidade, a gente não faz qualquer pré-natal, só estar aqui, a gente tem nosso trabalho, tem nossa responsabilidade, e os pacientes estão sob nossa responsabilidade, a gente busca o melhor para o paciente [...] (Cedro 1).

A narrativa expressa por Cedro 1 demonstra o comprometimento e o cuidado que as enfermeiras têm ao prestar a assistência pré-natal para as gestantes da comunidade, indo em busca das condutas mais assertivas possíveis para a condução das orientações e consultas.

Através da gestão do cuidado, a enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade do pré-natal, valorizando a singularidade da gestante e seus familiares, acolhendo suas dúvidas e anseios, promovendo o empoderamento da mulher no processo de gestar e parir, utilizando conhecimento baseado em evidências científicas, sendo as enfermeiras da Atenção Primária importantes aliadas para a melhoria do sistema de saúde e conseqüentemente geração de resultados positivos à longo prazo (Amorim *et al.*, 2022).

[...] Na consulta, eu já começo a educar...A encher a cabecinha sobre a importância de estar grávida, é um serzinho que está crescendo dentro de você, e que você precisa cuidar de você, porque se você não se cuidar, você não vai cuidar dele, tá? [...] (Cedro 2).

Cedro 2 expressa com bastante clareza a forma como a profissional enfermeira trabalha com a educação em saúde das gestantes. Apesar de encontrar muitos percalços pelo caminho, o trabalho desenvolvido pela profissional enfermeira impacta de maneira positiva na assistência à saúde da mulher, inclusive no ciclo gravídico-puerperal. Considera-se que a partir da assistência da enfermagem no pré-natal, é possível propiciar à gestante um espaço acolhedor, caracterizado pela autonomia da paciente, promoção e educação em saúde, bem como o fomento à cidadania e empoderamento da gestante, além da qualidade de assistência (Silva *et al.*, 2016).

[...] A gente aqui na unidade, graças a Deus, a gente é bem cuidadoso né, a gente sempre recorre uma a outra em caso de dúvida, é...As enfermeiras são muito....ao meu ver, mais experientes, acho que pelo tempo de vivencia né, a gente tem um...não sei, acho que uma luzinha vermelha, sabe? Mais rápido, eu acho que a gente tem umas luzinhas vermelhas a mais, algo que chama mais a nossa atenção, a gente recorre a eles (os médicos), o que você acha disso aqui, e tal...Pra gente ir mais a fundo....investigar mais, talvez pela nossa vivencia diária né? [...] (Jacarandá 4).

Na fala de Jacarandá 4, observa-se que ela enfatiza o fato de que as enfermeiras, de forma geral, apresentam qualificação e competência para prestar a assistência, havendo integração entre a enfermeira e a médica da equipe.

[...] Mesmo que a gestante ainda não está naquele critério, a gente consegue perceber, e ter aquele feeling, poxa... vamos ficar atentos a ela, porque no futuro ela pode ter alguma complicação, e aí se atentar para aquelas condições mais específicas, e assim, no momento que ela entra no critério, já fazer o encaminhamento [...] (Jacarandá 1).

[...] Eu considero o meu pré-natal e o das minhas colegas muito bom, muito bom mesmo, de todas as enfermeiras daqui, e sei que tem profissionais muito competentes também [...] (Jacarandá 3).

Jacarandá 1 e Jacarandá 3 expressam o cuidado e a dedicação que as enfermeiras têm para prestar a assistência pré-natal, identificando os sinais e sintomas de risco para a gestante, os quais constituem-se em fatores fundamentais para que o cuidado ofertado tenha qualidade.

[...] Eu tenho visto que cada vez mais, os profissionais mesmo, né, seja enfermeiro, seja médico, estão preparados para atender essas pacientes né, principalmente os que estão a mais tempo na rede, conseguem fazer isso de forma melhor, mais adequada, porque conhecem os fluxos, encaminhamentos, essas questões de encaminhamentos seja para maternidade, seja para outros critérios, que a gente encaminha para outros locais, tem funcionado, né [...] (Ipê 1).

Na Rede há muitos profissionais de excelência, que trabalham com amor e dedicação, expressa por meio da narrativa de Ipê 1. Interessante chamar a atenção para a fala desta enfermeira, a qual destaca que o tempo de serviço dos profissionais, enquanto um fator que influencia na melhor apropriação dos fluxos e encaminhamentos para os serviços disponíveis na Rede. Em contrapartida, como foi observado na caracterização dos profissionais entrevistados, a rotatividade dos profissionais através da precarização dos vínculos, é um aspecto limitante para esse fato.

Por outro lado, ao longo das entrevistas, foi identificado que existem pacientes que têm acesso à plano de saúde, e optam por fazer o pré-natal compartilhado entre o SUS e o privado. Esse fato reforça a idéia de que o SUS tem potencialidades na assistência pré-natal, que se destacam em relação à assistência particular.

[...] Algumas têm plano de saúde, que fazem lá e cá, porque dizem que não tem igual à unidade, a rede pública tem uma nota 10 em relação a questão do pré-natal [...] (Cedro 2).

[...] Mas assim, tudo que a gente consegue deixar organizadinho na vida delas, a gente consegue, às vezes na rede particular, nem sempre ela tem esse cuidado todo [...] (Jacarandá 1).

Cedro 2 e Jacarandá 1 retratam o cenário marcado de maneira geral pela atenção e cuidado que a gestante recebe durante a assistência pré-natal na Atenção Primária, onde dedica-se tempo e escuta sensível, objetivando dirimir as dúvidas, empoderá-la através do conhecimento, e suprir as demandas da paciente.

[...]A gente atende também a rede privada que vem também pra unidade procurar o serviço, que acham que o atendimento no SUS é até melhor do que no particular, na questão do acolhimento né, do atendimento, tudo direitinho [...] (Cedro 4).

[...] Se você quer oferecer uma consulta de qualidade, não tem como em 10 minutos você atender...eu tenho gestante aqui que virou pra mim e falou: eu não vou mais fazer pré-natal no convênio particular porque o médico nem olhou pra minha cara, porque ela tinha 5 minutos pra me atender. Eu digo: é o que? É.. Passou os exames lá, tome e pronto [...] (Jacarandá 4).

As falas de Cedro 4 e Jacarandá 4 apontam os principais diferenciais da assistência pré-natal do SUS em relação à rede privada: acolhimento, atendimento com profissionais capacitados, atenção e escuta. Tais fatores são essenciais para que a paciente sinta mais segurança nesse período singular de suas vidas que é estar gestante.

[...] Às vezes eu pego mesmo de paciente, que vem ate de.... que fazem o pré-natal particular e tudo, e que você ver uma infecção urinaria não tratada...Não é uma questão só da gente aqui, unidade básica, né.... a gente acaba....vestindo a carapuça, mas é da conduta do profissional, [...] (Jacarandá 4).

As falas anteriores, associadas à de Jacarandá 4, levam à reflexão de que apesar dos inúmeros percalços que a assistência pré-natal no SUS enfrenta, a qualidade nas consultas, representadas nos quesitos tempo e atenção, constituem-se em fatores imprescindíveis para a boa condução da prática assistencial, até mesmo para não passar despercebidas certas questões, como alterações em exames. O cenário capitalista, marcado pela produtividade e pressão para que os profissionais atendam cada vez mais pacientes em menor tempo, não representam vantagens para o binômio mãe-bebê.

Avaliando a assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de um município do Rio Grande do Sul, Cesar *et al.* (2012) discutem em seu estudo que de forma geral, as gestantes assistidas na rede SUS apresentaram maior incidência de gestação na adolescência, menor escolaridade, dentre outras variáveis analisadas, em relação às gestantes da rede privada. Por outro

lado, apresentaram grande vantagem quando a variável analisada foi a vacinação anti-tetânica e suplementação com sulfato ferroso, bem como revelam ter recebido maiores orientações quanto à amamentação. Esses resultados levam à constatação de que apesar das dificuldades relacionadas aos determinantes sociais, o pré-natal na rede SUS apresenta muitas potencialidades, que podem ser maximizadas ao passo em que os desafios são superados.

5.3.2 “Você acaba fazendo parte da família da paciente”: o vínculo entre a gestante e a enfermeira

A formação do enfermeiro, de forma geral, é permeada pela humanização do atendimento aliado à visão holística do indivíduo, associando o cuidado a uma necessidade humana básica, justificando assim a escuta sensível para com as pacientes, que contribui significativamente para a criação do vínculo com as gestantes e a aproximação com a sua realidade (Gonçalves *et al.*, 2013).

[...] Tem pacientes que a gente percebe que é comprometida, né, que tem... Às vezes é a condição de vida mesmo, né? Falta apoio familiar, às vezes está sozinha... o marido violento... É isso...E aí a gente tem que estar com a visão ampliada, com o olhar mais... apurado para observar quem precisa de mais atenção, e quem precisa, né [...] (Ipê 2).

[...] Normalmente são mulheres pobres, com problemas, às vezes foi uma gravidez que não foi programada, já é uma situação de risco, pobreza, de miséria, a gente não sabe como foi gerada essa gravidez, tem droga, tem violência, às vezes, é oriunda de estupro, assim, elas não chegam aqui e contam pra gente, mas a gente, já na percepção do dia-a-dia, já percebe muitas dessas coisas já na consulta, no arriar das malas a gente já percebe, a própria situação, a gente vai conversar a necessidade, a fome [...] (Ipê 3).

[...]Aqui a gente costuma ser psicólogo, psicóloga, tudo, assistente social, tudo. Porque às vezes a consulta que era pra levar 30 minutos, 35 minutos, às vezes leva uma hora e meia, duas horas, porque elas sentam, começam a chorar, começam a conversar. Às vezes os envolvidos estão dentro da sua própria casa, ou seja, os próprios companheiros [...]. (Laranjeira 1).

As informações trazidas por Ipê 2, Ipê 3 e Laranjeira 1 expressam que a escuta sensível é uma característica que comumente faz parte da assistência pré-natal prestada pela enfermeira. É de suma importância enxergar a gestante de forma holística, para além da saúde física, percebendo como as situações que permeiam a vida da gestante e o meio em que vive a afetam.

Mesmo diante da sobrecarga das atividades diárias, as enfermeiras em geral, são consideradas pelas pacientes a categoria que mais dialoga e escuta as suas demandas, quando comparadas às demais (Lima e Moura, 2008). A percepção das necessidades da gestante,

reconhecendo-a como um indivíduo que vai além da caracterização de gestante de alto risco, bem como a construção de um vínculo, são fatores diferenciais para a qualidade de atenção (Sanine *et al.*, 2021).

[...] Pra gente que tem ligação com a comunidade, é impossível atender em 10, 15 minutos. Paciente chega aqui, e eu nem olhar pra cara dela? Você nem ouve o paciente dessa forma, né? E não é dessa forma que se cria um vínculo com a paciente. Você cria um vínculo é você atendendo e dando atenção, que ela tem os questionamentos, como ela está se alimentando, você está se alimentando todos os dias? Porque são nessas perguntas que você pega que a paciente fala, não... eu não tive condições de comprar ovo, de comprar, de comer não sei o que, aí você ver o que está refletindo as vezes numa anemia, entendeu? Que a gente acaba interligando uma situação na outra né? Uma consulta de pré-natal, o mais rápido é 40 minutos. Elas chegam aqui, elas querem conversar... E é por isso que elas têm tanta ligação com a gente, aqui a gente, as enfermeiras, a gente tem essa relação com as pacientes [...] (Jacarandá 4).

[...] A gente fica 9 meses com ela durante o pré-natal, e aí é importante né, você acaba tendo um vínculo muito grande, você acaba fazendo parte da família do paciente. Aí vem o marido né, que também faz parte do pré-natal, às vezes vem a mãe, vem a avó, que a gente tenta ajudar [...] (Cedro 4).

O vínculo entre a gestante e a profissional enfermeira também pode ser atribuído ao fato de que, além da formação com características voltadas para a humanização, a enfermeira que atua na ESF geralmente atua por muito tempo num determinado território, transmitindo segurança para as pacientes, fortalecendo-se cada vez mais os laços de confiança (Barreto *et al.*, 2015). Ressalta-se que essa característica pode ser observada comumente onde a precarização dos vínculos não prevalecem, havendo a fixação da profissional por muito tempo na comunidade.

As características inerentes a assistência prestada pelo profissional enfermeiro, de forma geral, são reconhecidos de maneira positiva por parte das gestantes, devido à humanização do atendimento, acolhimento, valorização da individualidade e empoderamento das pacientes por meio da transmissão de conhecimento (Moreira *et al.*, 2016).

[...] A gente tem um cuidado realmente de olhar exame por exame, sabe, de fazer esse acompanhamento bem cuidadoso, bem próximo da gestante. Eu procuro o whatsapp delas, tento salvar no celular que a gente ganhou na época da COVID, eu uso muito esse celular para falar com as gestantes, é o que eu mais faço é falar com as gestantes, para tentar manter elas bem próximas da gente aqui da unidade, e isso é bom [...] (Jacarandá 1).

“Nós enfermeiras temos tudo isso, né? Eu penso, não, eu tenho filho, então meu pacientes eu trato como se tratasse minha filha, como eu quero ser tratada...E aí a gente tem que usar da psicologia pra poder levantar essa mulher, empoderá-la, porque ela precisa disso né [...] (Cedro 2).

Através das narrativas acima, é possível inferir que a empatia da enfermeira para com a paciente gestante, representa um diferencial significativo para que o atendimento seja humanizado,

favorecendo a criação do vínculo com a usuária, e indubitavelmente, na adesão terapêutica.

Para uma melhor adesão terapêutica, e conseqüentemente maior resolutividade na assistência, é importante que haja o reconhecimento da gestante na sua singularidade, bem como o respeito às suas crenças e valores inerentes à sua individualidade, ao passo em que o profissional consegue ter um olhar holístico para o seu atendimento (Barreto *et al.*, 2015), sendo a educação em saúde uma grande aliada para o fortalecimento do vínculo (Ferreira *et al.*, 2021).

Sem dúvidas, o vínculo entre a enfermeira e a gestante é um grande diferencial da assistência pré-natal no âmbito da APS, onde dedica-se cuidado e escuta sensível, reconhecendo que a mulher deve ser atendida com empatia, de forma holística.

5.3.3 Experiência de vida e a maturidade das gestantes

No estudo realizado por Aldrighi *et al.* (2018), constatou-se que a gestação em idade avançada foi considerada pelas gestantes como um fator benéfico e positivo, devido à experiência de vida e conseqüentemente a maturidade. Corroborando com essa idéia, Alves *et al.* (2021) concluem que as gestantes que fizeram parte do seu estudo, afirmaram que o alcance da maturidade proporcionado a partir da idade, representa um dos aspectos positivos da gestação tardia.

[...] Estou percebendo que elas estão começando a vim mais cedo para o pré-natal, acho que essa questão da maturidade traz muito isso, de engravidar um pouco mais velha, já tem um pouco mais de noção das coisas [...] (Jacarandá 1).

[...] Por incrível que pareça, essas de 35 a 40 anos, elas são, são mais mães, sabia? No sentido assim.. Até de se preocupar mesmo, com a gravidez, de estar bem, de estar nas consultas, de ser atendida, pra mim, tem sido a maioria, acho que são mais responsáveis [...] (Cedro 2).

Ao analisar as falas de Jacarandá 1 e Cedro 2, verifica-se que as enfermeiras também têm essa percepção de que as pacientes com faixa etária acima de 35 anos sentem-se mais maduras, através da experiência adquirida através da idade, e essa postura acaba trazendo benefícios para a condução da assistência, devido ao maior comprometimento da paciente, de maneira geral.

Em contrapartida, muitas narrativas apontam que as enfermeiras têm maior preocupação ao conduzir o pré-natal de uma adolescente do que uma mulher acima de 35 anos, como pode-se verificar nas falas descritas a seguir:

[...] Essas de 13 me preocupam mais do que uma gestante acima de 35 anos de idade, porque pelo menos essas de 35 anos de idade já têm uma vivência, já teve mais filhos, geralmente já têm mais algum filho, já tem uma experiência, do que pegar uma

gravidez....uma menina....uma adolescente né, que não conhece nada da gestação, eu acho que é mais difícil, a questão também da responsabilidade, não tem tanta responsabilidade, entendeu [...] (Videira 1).

[...] Geralmente, principalmente as novinhas, ahh eu fui pra uma festinha, namorei e engravidei, é bem assim, aí teve uma até que chegou até a me dizer, ohhh enfermeira, dá pra saber aqui pela data, pra eu saber quem é o pai? Aí eu falei isso aí é impossível eu te dizer. Eu digo, pelo amor de Deus, essa informação eu não posso dar. Quer dizer, é por isso que eu falo, que as mulheres acima de 35 anos, a gente não vê essa situação, mas quem tem menos de 20, é tudo doidinha [...] (Cedro 3).

As narrativas acima apontam para a desmistificação da condução do pré-natal de mulheres acima de 35 anos por parte das enfermeiras na atenção primária: apesar de possuir maior risco para as comorbidades devido ao fator idade, a maturidade representa um fator que é importante para a melhor condução da assistência, que por muitas vezes, no caso das gestantes adolescentes, contitui-se num fator limitante e dificulta a adesão às condutas terapêuticas preconizadas.

[...] Na verdade, as mulheres acima de 35 anos são mais maduras, muitas vezes tem a dificuldade de comparecimento nas consultas por motivo de trabalho, muitas trabalham, então tem essa dificuldade no comparecimento, então sempre estão faltando, a gente está buscando... mas, em geral, essa faixa etária, elas....Digamos, tem mais consciência dos riscos, das doenças e... Não vejo muito problema em relação a esse acompanhamento, não...Eu acho mais complicado quando é bem mais jovem [...] (Cedro 5).

Cedro 5 reafirma em sua fala, que a maturidade das gestantes acima de 35 anos é um fator positivo, embora essas pacientes possam faltar mais nas consultas devido à dificuldade de liberação no trabalho, a condução desse pré-natal foi de maneira mais tranquila em relação ao de pacientes mais jovens, de maneira geral.

Uma constatação interessante neste estudo foi a ocorrência da gestação planejada nas mulheres acima de 35 anos, para a constituição de família com o novo parceiro, ou o “novo amor”.

[...] Às vezes é uma mulher que já está até estruturada...Ela já tem outros filhos....E o que trás muito pra gente que eu pego nessa idade, é assim, de querer ter...Tá com um parceiro novo, e que tá querendo dar um filho pra esse parceiro, já tem vamos dizer, já tem 2, 3 filhos de um relacionamento passado, mas aí esta com esse relacionamento novo, quer dizer, querer dar um filho pra esse né...Ah...Meu marido né, meu companheiro, ele pede um filho, aí pronto, se submete a uma nova gravidez né, já que está com uma vida até estruturada né, os outros filhos já quase crescidos, aí um bebê novo né, Por que? Porque quer agradar o novo parceiro [...] (Videira 1).

[...] A maioria das gestantes nessa faixa etária são múltíparas, a grande maioria do novo parceiro [...] (Laranjeiras 1).

A partir das falas de Videira 1 e Laranjeiras 1, uma das circunstâncias em que ocorre uma

gestação planejada nas mulheres acima de 35 anos, é quando a paciente está se relacionando com um novo parceiro. Muitas delas desejam gestar novamente para proporcionar ao parceiro atual a oportunidade de tornar-se pai, corroborando com o achado da pesquisa de Aldrighi *et al.* (2018), em que grande parte das mulheres que fizeram parte do seu estudo eram múltíparas e estavam gestando numa idade avançada devido ao desejo de seus novos parceiros terem filhos da nova relação.

Por outro lado, muitas mulheres com idade acima de 35 anos engravidam nessa faixa etária porque desconheciam a possibilidade de gestação nessa fase de suas vidas (Aldrighi *et al.*, 2018).

[..] Tinha uma que estava com 44 anos que ela engravidou, eu fiz um preventivo nela e a gente conversando... você menstrua, você usa o que? Ela disse, não, eu não engravidado mais não. Aí eu disse, como? Como você não engravida, você não usa nada? Não, já tenho tanto tempo que eu não uso nada, eu não vou engravidar não, eu falei: menina, não faça isso não, pelo menos use alguma coisa, preservativo.... não que nada, não engravidado não. Um mês depois ela veio bater aqui na minha porta, ela disse você não sabe o que foi que aconteceu comigo! Aí eu disse: o que foi menina? Vim marcar o pré-natal, você tem uma boca! Aí eu falei, mas eu lhe avisei! [...] (Jacarandá 4).

[...] Muitas mulheres de 40, 45 anos, acham que já estão na menopausa, e aí acham que não vão engravidar, tem esse vacilo e aí engravida [...] (Ipê 3).

Como foi revelado na fala de Jacarandá 4 e Ipê 3, muitas mulheres acima dos 35 anos estão desinformadas a respeito da possibilidade de gestar nessa faixa etária, constituindo-se numa importante temática a ser trabalhada através de rodas de conversa e sala de espera, no âmbito da ESF.

[...] Já teve paciente aqui, que eu descobri que estava grávida por causa do preventivo, porque na hora que ela veio fazer o preventivo ela disse que queria engravidar mas se achava velha, que ela tinha 41 anos, e ela queria engravidar com essa idade, mas o pessoal ficava dizendo que ela já estava velha, e aí ela disse...que a menstruação não tinha descido, mas ela não estava sentindo nada, e aí eu contei da minha experiência ao engravidar com idade mais avançada, aí ela já abriu um sorriso. Aí eu fiz o teste rápido de gravidez, e deu positivo. Ela me abraçou, chorou tanto [...] (Videira 3).

[...] Parece até que é surreal, que é conto de fadas, a mulher chegar aqui e dizer assim e chegar pra gente....Eu nem imaginei que eu podia engravidar com essa idade, entendeu [...] (Cedro 1).

Videira 3 e Cedro 1 reafirmam a crença de muitas pessoas da comunidade que mulheres com faixa-etária um pouco mais avançada já estão “velhas” para engravidar. É de suma importância desmistificar essa idéia, trabalhando de forma mais veemente no planejamento reprodutivo da população, inclusive nas mulheres a partir de 35 anos, para que não ocorra uma gravidez indesejada.

A revisão integrativa conduzida por Aldrighi *et al.* (2016), constatou que as mulheres que planejaram gestar após os 35 anos de idade, de forma geral sentem-se maduras, bem como preparadas psicologicamente e financeiramente para lidar com a chegada do bebê. Por outro lado, apresentam dificuldades emocionais, incluindo o conflito dos filhos mais velhos após a inclusão de um novo membro na família.

De maneira abrangente, as enfermeiras gostam de atender mulheres com esse perfil, pois geralmente apresentam maior comprometimento com a terapêutica e cuidados em saúde recomendados, apesar do maior risco de comorbidades que podem apresentar devido ao fator idade.

5.3.4 A integração da equipe de Saúde da Família

A prática colaborativa entre os profissionais na Atenção Primária constitui-se numa excelente ferramenta para reverter o cenário marcado pelas características do modelo assistencial hegemônico, corroborando com a operacionalização da integralidade no cuidado em saúde, aumentando também a resolutividade das ações (Previato; Baldissera, 2018).

O trabalho em equipe e a prática colaborativa entre os profissionais de uma mesma unidade de saúde contribuem para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente (Peduzzi; Agreli, 2018).

[...] Qualquer anormalidade que chega nas mãos da enfermeira, a gente sabe que tem uma equipe médica, eu tenho a minha médica, que no mesmo dia, eu estou fazendo pré-natal aqui, se eu recebo uma USG (alterada), as portas estão abertas pra mim, pra médica da minha equipe me ouvir, me acolher e atender aquela gestante, entendeu? Eu não espero 30 dias para que aquela gestante vá para a consulta da médica pra resolver uma situação que foi detectada na minha consulta, né? [...] (Videira 1).

[...] Se eu tô atendendo ela aqui hoje, tô atendendo a gestante, e eu vejo alguma alteração no exame, ou alguma queixa dela que não depende de mim como enfermeira pra tá solucionando, eu aproveito enquanto essa paciente tá aqui dentro, e na mesma hora, eu envio o encaminhamento interno. Eu vou na sala da médica... A gestante, fulana de tal, o exame dela deu isso, isso e isso. Apresentou bactéria, alguma coisa, ou então tá sentindo isso, isso e isso. Já encaminhei pra senhora... Ela vai avaliar a paciente, e ela já sai daqui medicada... Do que eu dizer, olha o seu exame deu alteração, venha marcar uma consulta com a médica [...] (Laranjeira 1).

Videira 1 e Laranjeira 1 expressam a importância da existência da prática colaborativa entre os colegas da equipe, evidenciando como a parceria entre o profissional enfermeiro e médico beneficia a gestante, ao passo em que a partir da interdisciplinaridade, é possível ofertar assistência mais adequada para suprir as necessidades do binômio mãe/bebê.

A comunicação interprofissional é um elemento essencial no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária a Saúde, tendo principalmente como base o cuidado focado no usuário (Previato; Baldissera, 2018). As falas a seguir evidenciam que a integração entre o médico e o enfermeiro potencializam as ações do pré-natal, possibilitando que os possíveis riscos sejam identificados em tempo hábil:

[...] A gente acende a lanterninha de alerta né, e fica...Todas as consultas dessa paciente a gente fica bastante alerta as queixas, e estar comunicando ao colega médico que está trabalhando com a gente também, entra em contato e fala sobre qualquer situação que possa vir a acontecer [...] (Videira 2).

[...]A gente faz uma ação conjunta, eu tenho uma médica muito boa também, e assim nós vemos os problemas, e a gente já antecede [...] (Cedro 1).

Além da importância da prática colaborativa entre profissionais do mesmo serviço de saúde, é necessário que haja esse mesmo senso de colaboração para com os profissionais de outros serviços, proporcionando inclusive um sentimento de maior satisfação no trabalho entre os envolvidos (Peduzzi; Agreli, 2018).

[...] Por ser no PSF, tem um agente de saúde pra acompanhar...Porque as vezes acontece...Será que eu passei repelente pra essa gestante, ACS passa lá pra ver! Se a gestante pegou repelente, se ela conseguiu o sulfato ferroso [...] (Jacarandá 3).

A idéia expressa por Jacarandá 3, demonstra a importância da integração com outras categorias profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Nesse caso, o agente comunitário de saúde, foi mencionado como uma importante figura que fortalece o vínculo e o elo entre o usuário e a unidade, devido à sua relação de proximidade com a comunidade, apesar de, infelizmente, muitas unidades de saúde estarem com o quadro de agentes comunitários de saúde em quantitativo inferior ao necessário, constituindo-se num problema que deve ser resolvido com celeridade por parte do Município de Salvador.

5.4 ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DE ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTE MAIORES DE 35 ANOS NO ÂMBITO DA APS

Quando assume-se o compromisso de acolher uma gestante, tão importante quanto o desfecho, é a condução de todo o processo ao longo da assistência pré-natal (Rodrigues *et al.*, 2022). Os esforços para entender os percalços no processo de trabalho sob a ótica de quem presta a assistência, indo além da análise meramente do cumprimento dos protocolos, podem desvelar necessidades de mudanças que favorecerão a assistência à gestante e qualidade do cuidado ofertado (Sanine *et al.*, 2021).

A assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família às gestantes maiores de 35 anos no município de Salvador apresenta aspectos positivos, que podem ser potencializados, caso os problemas e dificuldades sejam minimizados através de ações estratégicas da gestão.

As enfermeiras entrevistadas relataram aspectos importantes para que a assistência pré-natal no município de Salvador apresente maior qualidade, sobretudo a necessidade de ampliação da oferta de exames de laboratório e de imagem para as gestantes, bem como a disponibilização dos laudos em tempo hábil. Contudo, após a análise dos resultados do estudo, considerou-se que existem mais alguns aspectos que são de governabilidade do município e precisam ser aperfeiçoados.

5.4.1 Investimento na qualificação dos profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde

A importância da educação permanente para os profissionais que realizam atendimento pré-natal na Atenção Primária não constituiu-se num aspecto apontado diretamente pelas profissionais entrevistadas, porém, indubitavelmente, representa um relevante assunto a ser trabalhado no município de Salvador.

Verifica-se a necessidade de qualificação da equipe para oferta de assistência pré-natal adequada, visando preparar os profissionais para detectar precocemente sinais e sintomas de agravos, bem como ampliar a assertividade das condutas. Há uma correlação importante entre a idade superior a 35 anos e desfechos perinatais desfavoráveis, sendo de suma importância a qualificação da assistência (Bezerra *et al.*, 2015), de maneira que os gestores invistam na capacitação técnica dos profissionais que atuam no cuidado pré-natal (Costa *et al.*, 2013; Medeiros *et al.* 2019).

Portanto, ressalta-se que há necessidade de investimento na educação permanente dos profissionais que atuam no município de Salvador, em especial, as enfermeiras, que dedicam-se na arte do cuidar.

5.4.2 Diminuição da rotatividade dos profissionais

A estabilidade no vínculo profissional na ESF é um assunto muito importante a ser discutido, pois a fragilização dos contratos acaba sendo prejudicial para o cumprimento dos objetivos da estratégia, como por exemplo, o vínculo com a comunidade (Medeiros *et al.*,2010)

Corroborando com a mesma idéia, Tonelli *et al.* (2018), reforça o impacto da rotatividade de profissionais na Atenção Primária, pois o mesmo pode comprometer inclusive a longitudinalidade do cuidado, um dos pilares da ESF, sinalizando que os gestores devem atentar-se à temática.

No presente estudo, 59% das enfermeiras entrevistadas possuem o vínculo REDA. A precarização do vínculo é um fator negativo para o município de Salvador, sendo necessária a realização de concursos públicos e valorização dos profissionais para a fixação dos mesmos em seus postos de trabalho, sobretudo em unidades que ficam localizadas em regiões periféricas, como o que ocorre no Distrito Sanitário São Caetano/Valéria.

Sendo assim, é muito importante que os profissionais tenham estabilização nos vínculos, visando a qualificação da assistência em geral. Dessa forma, também será evitada a sobrecarga de trabalho de alguns profissionais, por conta de equipes desfalcadas devido ao encerramento de um contrato, o que impacta diretamente também no cuidado pré-natal.

5.4.3 Incremento no Planejamento Familiar

De acordo com a Lei de número 9263/1996, todo cidadão tem direito ao planejamento familiar, devendo ter acesso a todas as informações necessárias para que sejam assegurados o livre exercício do planejamento reprodutivo (Brasil, 1996).

Um dos aspectos relevantes do presente estudo foi a informação de que várias mulheres acima de 35 anos desconhecem a possibilidade de engravidar devido à sua idade mais avançada, aumentando-se assim o número de gestações que ocorrem de maneira indesejada. Sendo assim,

destaca-se a importância do incremento de ações relacionadas ao planejamento reprodutivo.

Um estudo conduzido no município de Fortaleza constatou que a maioria dos entrevistados realizaram pela primeira vez o planejamento familiar após a ocorrência da primeira gestação (Rios *et al.*, 2023). No entanto, o casal tem o direito de planejar o momento mais adequado para ter filhos, quantos filhos querem ter e qual espaçamento entre uma gestação e outra, sendo o Planejamento Familiar (PF) o instrumento necessário para isso (Meireles *et al.*, 2014).

A identificação e monitoramento das pacientes multigestas no território, bem como a intensificação das ações de planejamento familiar, representam alguns dos componentes que podem favorecer à redução da mortalidade materna nesse grupo de risco (Soares *et al.*, 2008). Sendo assim, reforça-se que o município de Salvador necessita realizar ações que possam fortalecer o planejamento familiar no âmbito da APS.

5.4.4 Ampliação do quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais de fundamental importância para a Estratégia Saúde da Família. O déficit de ACS atuando na unidade de saúde prejudica a assistência à gestante, visto a importante atuação desses profissionais em várias atividades, dentre elas, na busca-ativa das gestantes faltosas (Tomazetti *et al.*, 2018). Muitas enfermeiras relataram que a equipe está desfalcada com relação ao quantitativo de agentes comunitários.

[...] Hoje eu tenho 03 ACS, mas tem muita área descoberta, precisaria de 05 agentes, e tem equipe aqui que só tem um acs, então tô rica. Pode impactar na captação precoce, mas geralmente quando as mulheres sabem que estão grávida, elas vêm diretamente para o posto, elas tem essa consciência, muito poucas ficam sem vim [...] (Cedro 1).

Cedro 1 expressa que o dimensionamento de agentes comunitários entre as equipes da unidade de saúde não vem sendo feito de forma equitativa. Embora reconheça que na sua área as gestantes acabam comparecendo à unidade de saúde espontaneamente, reforça o impacto que pode haver na captação precoce, uma vez que os ACS são profissionais que fazem visitas regulares e monitoramento em domicílio das necessidades de saúde das famílias. Na atenção pré-natal, os ACS devem desempenhar a função de identificar as gestantes que residem no território de abrangência, bem como orientá-las, contribuindo para um melhor acompanhamento pré-natal e puerperal (Tomazetti *et al.*, 2018).

[...] A questão do ACS é por eles conhecerem a área...O número de ACS aqui não é suficiente, tem área descoberta, eu sinto falta, porque... tem 3 acs, aí as vezes eles ficam de licença...afastamento por saúde...Tem mês que eu fico com 1 acs, entendeu? então eu acho também a questão de rotatividade das pessoas, casa de aluguel, entendeu? Então tem pessoas que eles não conhecem, porque o pessoal muda muito também [...] (Ipê 2).

Além do número reduzido de ACS, Ipê 2 sinaliza que conseqüentemente áreas ficam descobertas, sendo a situação agravada em caso de afastamento desses profissionais. A ocorrência de mudanças na comunidade, devido à rotatividade das pessoas, também é um fator que reforça a necessidade da ampliação do número de ACS, para que seja possível a realização de visitas rotineiras nos domicílios e conhecer as demandas da comunidade.

[...] Por isso que é importante os agentes domiciliares fazerem as visitas domiciliares na area de abrangência, porque pode ter aquela gestante que não quer vim no posto, pode ter aquela gestante que simplesmente nao fez o pré-natal, e eu não tenho como saber [...] (Laranjeira 2).

A fala de Laranjeira 2 reforça a importância da atuação do ACS com relação à captação das gestantes na comunidade, bem como para a assiduidade no seguimento das consultas de pré-natal, o que reforça a necessidade de ampliar o quantitativo de ACS que atuam no município de Salvador.

Os pesquisadores Costa *et al.* (2013) constataram em seu estudo que uma das inadequações que se destacam no pré-natal é o início tardio das consultas, sendo uma responsabilidade de toda a equipe a melhoria do acolhimento para que as gestantes iniciem o pré-natal no período adequado. No entanto, sabe-se o importante e peculiar papel do ACS nesta missão, para contribuir para que as gestantes de uma comunidade iniciem o pré-natal tão logo ocorra a descoberta da gestação. O estudo conduzido por Garcia *et al.*, (2018) corrobora com as idéias já citadas, ressaltando a peculiaridade da função do ACS, que é exclusivo do SUS, sendo um agente de fundamental importância para o bom andamento das atividades no âmbito da ESF. Sendo assim, a ampliação do quantitativo desses profissionais no município de Salvador deve ser uma das ações priorizadas pela gestão, visando a melhoria da qualidade de assistência pré-natal ofertada.

5.4.5 Quadro-resumo: estratégias para fortalecimento do pré-natal no Município de Salvador

Elaborou-se um quadro-resumo com a listagem dos principais problemas detectados ao longo do presente estudo, e suas respectivas estratégias para a sua possível resolução. É importante ressaltar que os problemas listados foram priorizados de acordo com a governabilidade de

resolução do município. Existem algumas questões, tais como a dificuldade na contrarreferência e a vinculação à maternidade de referência, que urgem ser discutidas, mas é necessário o envolvimento de outros atores no processo.

Quadro 4 - Estratégias para fortalecimento do pré-natal no Município de Salvador

PROBLEMA	ESTRATÉGIA
Dificuldade de acesso à exames de laboratório e imagem	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o quantitativo de Unidades de Saúde da Família que dispõem de sala de coleta para exames de laboratório; - Criar pontos de coleta com atendimento prioritário para as gestantes, com localização em regiões centrais da cidade, que não sofram a interferência da guerra de tráfico na atualidade; - Disponibilizar vagas de USG obstétrica e morfológica em todos os multicentros do município; - Ampliar o número de vagas de USG obstétrica e disponibilizar USG morfológica no Sistema Vida, levando em consideração o número estimado de gestantes.
Demora na disponibilização dos laudos	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar o tempo de disponibilização dos laudos emitidos pelo laboratório central do município; - Estipular o prazo máximo de 15 dias para disponibilização dos laudos das gestantes; - Monitorar e suprir insumos essenciais para o desenvolvimento das atividades do laboratório central.
Necessidade de investimento na qualificação profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Promover periodicamente capacitações acerca de temáticas relevantes para o pré-natal, envolvendo a equipe multidisciplinar; - Ministrando semestralmente cursos de atualização na área de pré-natal, para os novos profissionais que ingressam na rede.

Rotatividade dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar concursos públicos com vagas efetivas para os profissionais de saúde; - Promover ações que visem a valorização dos profissionais, visando a fixação dos mesmos.
Ocorrência de gestações indesejadas em mulheres acima de 35 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar ações relacionadas ao planejamento familiar; - Realizar projetos itinerantes para disponibilização de métodos contraceptivos, visando alcançar as comunidades mais isoladas.
Déficit no quantitativo de ACS	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o quantitativo de ACS atuando na ESF.

Fonte: elaboração própria (2024).

As estratégias sugeridas para o fortalecimento do pré-natal no Município de Salvador, constituem-se em ações que poderão contribuir para a redução da mortalidade materna por causas evitáveis, bem como para a melhoria da qualidade de assistência ofertada. É de fundamental importância que a gestão empreenda esforços para minimizar os problemas identificados na assistência pré-natal, representando assim um grande avanço para o setor saúde no âmbito municipal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, compreende-se que independentemente da faixa-etária das gestantes, de maneira geral, a maior preocupação das profissionais enfermeiras está relacionada à condição de risco associada à paciente, que em muitos casos, é diagnosticada durante o pré-natal. Sendo assim, reforça-se que verdadeiramente, na área de saúde da mulher, a assistência pré-natal constitui-se numa janela de oportunidades para as mulheres cuidarem da sua saúde.

Apesar das enfermeiras entrevistadas reconhecerem que está havendo uma tendência mundial cada vez mais crescente, em relação às gestações de mães cuja faixa-etária é superior à 35 anos, esse fenômeno não foi reconhecido em todas as comunidades acompanhadas pelas profissionais, o que pode estar relacionado à pobreza e a falta de perspectiva profissional de muitas mulheres, aliado a outras iniquidades sociais, como a violência e a guerra de tráfico, que limitam o acesso aos serviços de saúde de muitas comunidades.

Através deste estudo, percebe-se que de forma geral, as enfermeiras da APS consideram que as mulheres com faixa-etária mais avançada apresentam maior percepção da importância de adesão às recomendações em saúde para o bem-estar do binômio mãe-bebê, fator que faz toda a diferença para o sucesso no desfecho da gestação, uma vez que a paciente também tem um papel de suma importância no cuidado em saúde.

A partir da pesquisa, notou-se que embora o recorte tenha sido feito com relação à assistência pré-natal às gestantes maiores de 35 anos, a maioria das dificuldades e potencialidades apresentadas pelas entrevistadas, diz respeito a assistência pré-natal englobando todas as faixas-etárias. Considera-se esse fator positivo, pois a partir de então, pode-se obter um diagnóstico da rede de maneira extensiva à todas as gestantes.

O compromisso das profissionais entrevistadas no que diz respeito em almejar a oferta de assistência pré-natal adequada às pacientes foi notório, destacando que o ofício exercido, apesar de ter muitos percalços, tem sido gratificante, principalmente devido às características que são inerentes à APS, relacionadas ao vínculo com a comunidade.

Quanto aos desafios e dificuldades na condução do pré-natal no âmbito da APS, os mesmos constituem-se em oportunidade para que o Município de Salvador possa investir e aperfeiçoar o serviço ofertado para as gestantes. De forma unânime, todas as profissionais entrevistadas destacam que uma das dificuldades na assistência pré-natal às gestantes no município de Salvador, está

relacionada à realização de exames de laboratório e Ultrassom, tanto em relação ao acesso quanto ao tempo de entrega dos laudos.

Constatou-se que alguns dos atributos da APS não conseguem ser identificados na configuração atual do sistema, tais como a integralidade de assistência e a coordenação do cuidado, constituindo-se assim num desafio para aperfeiçoamento do município estudado. Perceptivelmente, algumas dimensões da gestão do cuidado também estão sendo desenvolvidas de forma deficitária, principalmente a dimensão sistêmica, ao passo em que o município apresenta uma rede de serviços fragmentada para a assistência à gestante.

A dificuldade relacionada à contrarreferência e a vinculação na maternidade de referência de maneira efetiva, são aspectos que estão sob gerência do Estado, mas visto à sua relevância, o município de Salvador deve intermediar ações que possam pressionar essa esfera de poder para a resolução desses problemas.

O presente estudo cumpriu o propósito de expor as impressões e vivências das enfermeiras que estão atuando na assistência da Estratégia Saúde da Família a respeito da assistência pré-natal às gestantes maiores de 35 anos. Considera-se importante a análise das considerações que o profissional que realiza a assistência tem a fazer a respeito do sistema, analisando o panorama da rede a partir do olhar técnico-científico das enfermeiras. O objetivo do estudo não embasa-se na defesa para a justificação de indicadores que apontam a qualidade deficitária na assistência pré-natal, mas na investigação das condições adequadas para o desenvolvimento do exercício profissional e conseqüentemente a oferta de maior qualidade na assistência pré-natal.

Embora o município de Salvador tenha muitos fatores que necessitam ser aperfeiçoados, no que diz respeito à melhoria da Rede para qualificação da assistência pré-natal, o estudo trouxe diversos aspectos que representam potencialidades, que devem ser reconhecidas e incrementadas, para que possa-se alcançar ainda mais avanços.

Espera-se que daqui a alguns anos, a partir da melhoria da qualidade de assistência no pré-natal, à nível nacional, obtenha-se resultados evidenciando a redução da mortalidade materna no país, garantindo o direito real à saúde a todos os indivíduos, em especial ao binômio mãe-bebê, cumprindo-se os preceitos da integralidade, equidade e universalidade à saúde.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J.D; RIBEIRO, S.S; CHEMIM, A.K; WALL, M.L; ZUGE, S.S; PILER, A.A. Ocorrência de complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. Disponível em <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43083/24693>>. Acesso em: 10 Mai. 2022.

ALDRIGH, J; WALL, M; SOUZA; CANCELA, F. As Experiências das mulheres na gestação em idade avançada: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.50, nº03, 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FM3Q7h8Q55PmtBYZZDqwjwm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de Mai. 2022.

ALDRIGH, J; WALL, M; SOUZA; CANCELA, F. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100428>. Acesso em: 20 de Out. 2022.

ALENCAR JUNIOR, C.A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bQ5bszCstkptmyKPSQfvynB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 25 de Ago. 2022.

ALMEIDA, N.K; ALMEIDA, R.M.V.R; PEDREIRA, C.E. Adverse perinatal outcomes for advanced maternal age: a cross-sectional study of Brazilian births. **Jornal de Pediatria**, v. 91, nº 5, 2015. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715000674>>. Acesso em: 12 de Jan. 2023.

ALMEIDA, P.F; MEDINA, M.G; FAUSTO, M.C.F; GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A; MENDONÇA, M.H.M. Coordenação do cuidado a atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Debate**, v. 42, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt#>>. Acesso em: 5 de Mai. 2023.

ALVES, N.C.C; FEITOSA, K.M.A; MENDES, M.E.S; CAMINHA, M.F.C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, nº04, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rngen/a/sv9h8bdt75zggKhgXwfSBmB/?lang=pt>>. Acesso em: 08 de Ago. 2023.

ALVES, T.S.F; FRONZA, E; STRAPASSON, M.R. Motivos associados a opção da mulher pela gestação tardia. **Revista Saúde e Meio ambiente**, v. 10, 2021. Disponível em <<https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/3111/1555>>. Acesso em: 12 de Mai. 2022.

AMORIM, T.S; MARLI, T.S.A; BACKES, T.S; CARVALHO, K.M; SANTOS, E.K.A; DOROSZ, P.A.E; BACKES, D.S. Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?lang=pt>>. Acesso em: 30 de Mai.2023.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.

ARAÚJO, A.C; VIEIRA, L.J. E.S; FERREIRA JÚNIOR, A.R; PINTO, A.G.A; FREITAS, K.M; RIBEIRO, C.L. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Anna Nery**, v. 27, 2023. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/CVTB35Fcj5w9jH4r4dLstXd/#>. Acesso em: 20 de Fev. 2024.

BALSELLS, M.M.D; OLIVEIRA, T.M.F; BERNARDO, E.B.R; AQUINO, P.S; DAMASCENO, A.K.C; CASTRO, R.C.M.B; LESSA, P.R.A; PINHEIRO, A.K.B. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista**, v. 31, n° 3, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/kvhNQDDLrVtMdb5Tr4cKsJr/#>. Acesso em: 20 de Março 2023.

BARBAR, A.E.M. Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. **Revista Panamericana em Saúde**, v. 42, n° 08, 2018. Disponível em <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e142/pt/#>. Acesso em: 18 de Abr. 2024.

BARBOSA, P.Z; ROCHA-COUTINHO, M.L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, v. 19, n°1, 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pc/a/X3dyWtRFFFfy8wnyZMgzgYd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 de Abr. 2022.

BARRETO; C.N; WILHELM, L.A; SILVA, S.C; ALVEZ, C.N; CREMONESE, L; RESSE, L.B. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xcLM6kXVv7kVVwqhRN6ZqLC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de Fev.2023.

BEZERRA, A. C.L.; MESQUITA, J.S; BRITO, M.C.C; SANTOS, R.B; TEIXEIRA,

F.V.

Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V.19, n° 02, 2015. Disponível em <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24335/15065>. Acesso em: 20 de fev.2022

BORGES, D; CANO, I; CABRAL, C; PINTO, A. O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda. **HASOUW**, v.13, 2014. Disponível em <<https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2016/04/O-impacto-da-viol%C3%A2ncia-no-acesso.pdf>>. Acesso em: 10 de Mai.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 de Mar.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos – caderno n° 5, Brasília, 2005. Acesso em: 10 de Mar.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco – série a. Normas e manuais técnicos – Cadernos de Atenção Básica**, n° 32, Brasília, 2012. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 10 de Mar.2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, 2015. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 10 de Mar.2023.

BRASIL. **Portaria n°2436 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). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10 de Mar.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo, 2019. Disponível em <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 30 de Mar.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Brasília, 2020. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: 30 de Abr.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestão de alto risco. Brasília, 2022. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 10 de Mar.2023.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 2007**. Disponível em <
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/111634.htm>. Acesso em: 25 de Set.2023.

BRASIL. **Lei Nº 9263**, de 12 de Janeiro de 1996.
Regula o [§ 7º do art. 226 da Constituição Federal](#), que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 25 de Set.2023.

BRUZAMARELLO, D; PATIAS, N.D; CENCI, C.M.B. Ascensão profissional feminina, gestação tardia e conjugalidade. **Psicologia em Estudo**, v.24, 2019. Disponível em
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100204. Acesso em: 25 de Set.2023.

CALDEIRA, A.P; SANTANA, K.R; CARNEIRO, J.A; FARIA, A.A. Qualidade da assistência à gestante em diferentes modelos de atenção primária. **Revista APS**, v. 13, nº 2, 2010. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14375/7765>. Acesso em: 25 de Set.2023.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, nº 5. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?lang=pt#>. Acesso em: 08 de Set.2023.

CAVALCANTE, K.O.R; SANTOS, A.A; LUCIO, I.M.L; SILVA, J.M.O; MELO, D.S.A; JACINTHO, K.S. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 10, nº 3, 2016. Disponível em
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11082/12525>. Acesso em: 25 de Mar.2024.

CECICLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação e educação**, v.15, nº9, 2011. Disponível em <
<https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/?format=pdf&lang=pt#>>. Acesso em: 25 de Set.2023.

CESAR, J.A; SUTIL, A.T; SANTOS, G.B; CUNHA, C.F; MENDOZA-SASSI, R.A. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, nº 11, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/cLGw3QPT73swvdZgjfMVRTm/#>. Acesso em: 25 de Set.2023.

COSTA, G.D; COTTA, R.M.M; REIS, J.R; SIQUEIRA-BATISTA,R; GOMES, A.P; FRANCESCHINI, S.C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, nº 1, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/qmBkCTZHvHPpcYgt5Hf9xqS/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de Mai.2024.

COSTA, C.S.C;VILA, V.S.C; RODRIGUES, F.M; MARTINS, C.A; PINHO, L.M.O.

Características do atendimento pré-natal da Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n° 2, 2013. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15635/14833>. Acesso em: 25 de Set.2023.

CÔRREA, A.C.P; DÓI, H.Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 13, n° 1, 2013. Disponível em https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19916/pdf_119. Acesso em: 20 de Set.2023.

CÔRREA, M.D; TSUNECHIRO, M.A; LIMA, M.A.P; BONADIO, I.C. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n° 24, 2014. Disponível em <https://repositorio.usp.br/directbitstream/0914c326-332d-4472-a8b1-40ae87e2327a/TSUNECHIRO,%20M%20A%20doc%2077.pd...>. Acesso em: 02 Jun.2024.

CUNHA, S.F; D'EÇA-JUNIOR, A; RIOS, C.T.F; PESTANA, A.L. MOCHEL, E.G; PAIVA,S.S. Peregrinação no ante-parto em São Luiz – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n° 3, 2010. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18885/12194>. Acesso em: 10 de Out. 2023.

CUNHA, A.C; LACERDA, J.T; ALCAUZA, M.T.R; NATAL, S. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna infantil**, v. 19, n° 2, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/j9DVWHCJVYZCD46FPxwb4Wk/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de Mai. 2023.

DOTTO, L.M.G; MOULIN, N.M; MAMEDE, M.V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n°5, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LVWBRkVqgmnXtbPbM9Jxzjt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 de Mai. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Assistência pré-natal. 2° edição, São Paulo, 2014. Disponível em <https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf>. Acesso em: 10 de Out. 2023.

FERREIRA, B.A; SILVA, E.M; BELARMINO, A.C; FRANCO, R.G.F.M; SOMBRA, I.C.N; FREITAS, A.S.F. Integralidade do cuidado de enfermagem do pré-natal ao puerpério. **Journal of health and biological sciences**, v. 9, n° 1, 2021. Disponível em <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3995/1481>. Acesso em: 25 de Fev.2024.

GAÍVA, M.A.M; PALMEIRA, E. W.M; MUFATO, L.F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e partos em casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Escola Anna Nery**, v. 21, n° 4, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/m3mXdKmQfQrBPFRRpyTvkXt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de Out. 2023.

GARCIA, A.C.P; ANDRADE, M.A.C; LIMA, E.F.A; ROCHA, E.M.S; LIMA, R.C.D. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde e Debate**, v. 42, n° 118, 2018. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KWYt7rBz9w8JGDytKjKJXPK/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 de Mar. 2023.

GÉRVAZ, J; FERNÁNDEZ, M.P. Uma atenção primária forte no país – Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir os erros da Estratégia de Saúde da Família. **Sociedade Brasileira de Medicina e comunidade**, 2011. Disponível em https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf. Acesso em: 13 de Jun. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.H. Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? **Centro Brasileiro de Estudos (CEBES)**, 2012. Disponível em < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-5365>>. Acesso em: 05 de ago. 2023.

GONÇALVES, I.T.J.P; SOUZA, K.V; AMARAL, M.A; OLIVEIRA, A.R.S; FERREIRA, W.F.C. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)**, V. 14, n° 3, 2013. Disponível em <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3503/2744>. Acesso em: 24 de Out. 2023.

GONÇALVES, Z; MONTEIRO, D. Complicações maternas em **Femina**, V. 40, n°05, 2012. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668400>. Acesso em: 10 de Out. 2023.

GRAVENA, A; SASS, A; MARCON, S; PELLOSO, M. Resultados Perinatais em gestações tardias. **Revista Escola de Enfermagem da USP**.v.46, n°1, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100002. Acesso em: 15 de Jul. 2023.

GOMES, A.G; DONELLI, T.M.S; PICCININI, C.A; LOPES, R.C.S. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. **Interação em Psicologia**, v. 12, n° 12, 2008,. Disponível em < https://www.researchgate.net/publication/269734621_Maternidade_em_idade_avancada_aspectos_teoricos_e_empiricos>. Acesso em: 05 de Mai. 2023.

GRAVENA, A.A.F; PAULA, M.G; MARCON, S.S; CARVALHO, MD.B; PELLOSO, S.M. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n°2, 2013. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/ape/a/bbP9vNbFhTsHsTZtMhB33TG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 de Jul. 2023.

GUERREIRO, E.M; RODRIGUES, D.P; SILVEIRA, M.A.M; LUCENA, N.B.F. O cuidado

pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n° 3, 2012. Disponível em < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. 2023.

GUIMARÃES, W.S.G; PARENTE, R.C.P; GUIMARÃES, T.L.F; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infra-estrutura, cuidado e gestão. **Caderno de Saúde Pública**, v.34, n°5, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/9CMWjGgNGcLLYRjpCQQrymh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de Mar.2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2022. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>.

LEAL, M.C; ESTEVES-PEREIRA, A.P; VIELLAS, E.F; DOMINGUES, R.M.S.M; GAMA, S.G.N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, 2020. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>>. Acesso em: 10 de Dez.2023.

LEAN, S.C; DERRICOTT, H; JONES, R.L; HEAZELL, A.E.P. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Plos one**, v. 12, n° 10, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287>>. Acesso em: 10 de Out. 2023.

LEITE, M; RODRIGUES, D; SOUSA, A; MELO, L; FIALHO, A. Sentimentos advindos da Maternidade: revelação de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, v.19, n°1, 2014 . Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/NYr55pvwCyswPWh9Xh8NNWS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 de Mar.2023.

LIMA, Y.M.S;MOURA, M.A.V. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n° 4, 2008. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127715323010.pdf>> Acesso em: 08 de Mai. 2024.

LIVRAMENTO, D.V.P; BACKES, M.T.S; DAMIANI, P.R; CASTILLO, L.D; BACKES, D.S; SIMÃO, A.M.S. Percepção de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>>. Acesso em: 18 de Abr.2023.

LIU, Y; AUNGSUROCH, Y; YUNIBHAND, J. Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. **International nursing review**, v. 63, 2016. Disponível em < : <https://www.researchgate.net/publication/283206883>>. Acesso em: 09 de Nov. 20023.

LOPES, M.N; DELLAZZANA-ZANON, L.L; BOECKEL, M.G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas em psicologia**, v. 22, n° 4, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018>. Acesso em: 29 de Ago. 2023.

LUNARDI, V.L; BARLEM, E.L.D; BULHOSA, M.S; SANTOS, S.S.C; LUNARDI FILHO,

W.D; SILVEIRA, R.S; BAO, A.C.P; DALMOLIN, G.L. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n° 4, 2009.

Disponível em

<https://www.scielo.br/j/reben/a/nVxsdRB4DnGTDpmX8r8YBpv/?format=pdf&lang=pt..>

Acesso em: 16 de Mai.2024.

MARTINELLI, K.G; GAMA, S.G.N; NETO, E.T.S. O papel da paridade no tipo de parto em mulheres com idade materna avançada. **Revista Brasileira Saúde Materna**, v.1. n°21, 2021.

Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/pzRGg7f9JTsvZwtwq5MX8nr/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 29 de Ago. 2023.

MARTINS, P.L; MENEZES, R.A. Gestação em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 32, n° 2, 2022. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/H4WmkwwRJyh73tP4c79PPc/>>. Acesso em: 15 de Out. 2023.

MEDEIROS, C.R.G; JUNQUEIRA, A.G.W; SCHWINGEL, G; CARRENO, I; JUNGLES, L.A.P; SALDANHA, O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n°1, 2010. Disponível em <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/K7krGK8mMKNmQxTnjnnXkH/?lang=pt#>>. Acesso em: 27 de Mai.2024.

MEDEIROS, F.F; SANTOS, I.D.L; FERRARI, R.A.P; SERAFIM, D; MACIEL, S.M; CARDELLI, A.A.M. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, 2019. Disponível em <

<https://www.scielo.br/j/reben/a/frKFgfyfyzM6vfCzK3zs67Wf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 29 de Ago. 2023.

MEIRELES, G.M.S; NEGREIROS, L.T; SILVA, J.C. A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n° 10, 2014. Disponível em

<https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/65/65>. Acesso em: 30 de Mai.2024.

MELO, R.M; BRITO, R.S; CARVALHO, F.P.B; JUNIOR, J.M.P. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Revista RENE**, v. 12, n° 4, 2011. Disponível em

<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4332/3326>. Acesso em: 30 de Ago. 2023.

MENDES, R.B; SANTOS, J.M.J; PRADO, D.S; GURGEL, R.Q; BEZERRA, F.D; GURGEL, R.Q. Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. **Revista de Saúde Pública**, 2019. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/7dD4WXBm6YBwKCP9SFtvmdb/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 30 de Mai. 2024.

MENEZES, D.C.S; LEITE, I.C; SCHRAMM, J.M.A; LEAL, M.C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Caderno de Saúde Pública, v. 22, n° 3, 2006. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/csp/a/FZstkPSyTvKkN6Ts6jMewbg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso

em: 8 de Abr.2024.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES, R. PESQUISA SOCIAL – Teoria, método e criatividade. Editora Vozes, 21ª edição, 2002.

MOREIRA, M.A; CARVALHO, L.L; RIBEIRO, P.S. Percepção de gestantes sobre a atuação da enfermeira na assistência pré-natal: estudo analítico. **Arquivo Ciências e Saúde**, v. 23, nº 1, 2016. Disponível em https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-23. Acesso em: 29 de Ago. 2023.

NETO, M.N.C. A implantação da unidade de saúde da família. Ministério da Saúde; Secretaria de políticas de saúde, departamento de atenção básica, 2000. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em: 20 de Jun. 2023.

NUNES, J.T; GOMES, K.R.O; RODRIGUES, M.T.P; MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, nº 2, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tJwFM7zS4kvLGSXX4CQrKHG/?lang=pt#>. Acesso em: 25 de Ago. 2023.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 de Mai. 2023.

OLIVEIRA, L.M; CARNEIRO, D.N; PASCHOINI, M.C; ARAUJO-JUNIOR, E; PEIXOTO, A.B. Ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre: importante ferramenta para rastreamento de aneuploidias e pré-eclâmpsia. **Revista Femina**, v. 51, nº 2, 2023. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1428706/femina-2022-512-105-113.pdf>. Acesso em: 12 de Abr.2024.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v. 22, nº 2, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt#>. Acesso em: 30 de Mai. 2024.

PEREIRA, K.G; FARIAS, M.C.A.D; SOUSA, A.K.A; ABREU, R.M.S.X; LEITE, E.S. Atenção à saúde da mulher no pré-natal. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, nº 4, 2015. Disponível em <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3662/3314>. Acesso em: 29 de Ago. 2023.

PREVIATO, G.F; BALDISSERA, V.D.A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária em Saúde. **Interface**, v. 22, nº 2, 2018. Disponível em <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl2/1535-1547/#>. Acesso em: 30 de Abr.2024.

PINTO E SILVA, J.L.C; SURITA, F.G.C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.7, nº 31, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/59XLB3TzFQs8wpjpvMxgCff/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 27 de Nov. 2023.

RIOS, C.T.F; NEIVA, F.C.V. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n° 2, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/HDzzLTnLSG4KfLmTZxJRdbH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 de Mar.2024.

RIOS, G.B.M; COSTA, L.B; RODRIGUES, M.T; RODRIGUES, I.C; PAULA, F.O; FORTE, M.P.N; NERI, C.R.S.S. Papel do planejamento familiar na atenção primária à saúde: métodos mistos de análise de dados. **Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade**, v. 18, n° 43, 2023. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3429/1828>. Acesso em: 18 de Mai.2024.

ROCHA, R.S; SILVA, M.G.C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-Ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira Promoção e Saúde**, v. 25, n° 3, 2011. Disponível em <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2265/2492>. Acesso em: 31 de Ago. 2023.

ROCHA, G.S.A; SILVA, D.M.R; ANDRADE, M.S; ANDRADE,B.B.F; MEDEIROS, S.E.G; AQUINO, J.M. Sofrimento e mecanismos de defesa: análise do trabalho de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/rCxmQphXTxPnkNf5Cvd3rGj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de Mai. 2024.

RODRIGUES, D.M; BACKES, M.T.S; DELZIOVO, C.R; SANTOS, E.K.A; DAMIANI, P.R; VIEIRA, V.M. Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LYYcKsHxjFvT3M5MKSByCHK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 de set. 2023.

SALVADOR. **Decreto n° 23.569 de 05 de Dezembro de 2012**. Disponível em < <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2012/2356/23569/decreto-n-23569-2012-regulamenta-a-lei-n-7851-2010-que-institui-que-toda-gestante-no-municipio-de-salvador-tem-direito-ao-conhecimento-e-a-vinculacao-a-maternidade-na-qual-sera-realizado-seu-parto-e-em-caso-de-intercorrencia-pre-natal>>. Acesso em: 29 de Ago. 2023.

SANINE, P.R; VENANCIO, S.I; SILVA, F.L.G; TANAKA, O.T. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 37, n° 11, 2021. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/csp/a/6PRxLDyZmqC9SDjc4FywDKG/#>>. Acesso em: 01 de Mai. 2023.

SANTOS, R.S; MOURÃO, L.C; ALMEIDA, A.C.V; DAHER, D.V; SANTOS, K.M; BRAZOLINO, L.D. Nuances entre o acesso mais seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, v.36, n°10, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/VP6JvV4XgJh5ygJHTwkKVWs/#>. Acesso em: 02 de Jun.2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. Disponível em < <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463074808908-687063f8-c12e>>.

Acesso em Outubro de 2022.

SEHNEM, G.D; SALDANHA, L.S; ARBOIT, J; RIBEIRO, A.C; PAULA, F.M. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de enfermagem referência**, v.5, nº1, 2020. Disponível em https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000100005?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000100005. Acesso em: 05 de Nov. 2023.

SENN, M.H; DRAGO, L,C; KIRCHENER, A.R; SANTOS, J.L.G; ERDMANN, A.L; ANDRADE, S.R. Meanings of care management built throughout nurses' professional education. **Revista RENE**, v. 15, nº 2, 2014. Disponível em https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11546/1/2014_art_mhsenna.pdf. Acesso em: 01 de Mai. 2023.

SILVA, C.S; SOUZA, K.V; ALVES, V.H; CABRITA, B.A.C; SILVA, L.R. Atuação do enfermeiro da consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online**, v. 8, nº 2, 2016. Disponível em https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf_1840. Acesso em: 10 de Abr. 2024.

SOARES, V.M.N; SCHOR, N; TAVARES, C.M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e a mortalidade materna. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, nº 3, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n3/05.pdf>. Acesso em: 12 de set.2022.

SOUZA, B.C; BERNARDO, A.R.C; SANTANA, L.S. O papel do Enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, v. 2, nº 1, 2013. Disponível em <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/796/525>. Acesso em: 01 de Mai. 2023.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 05 de Mai. 2023.

SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, nº3, 2009. Disponível <<https://www.scielo.br/j/reben/a/CRj6fLycGmSTrdLmR8gPwf/?lang=pt>>. Acesso em: 10 de Mai. 2023.

TESSER, C.D; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, nº 03, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgf/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 de Abr.2024.

THADDEUS, S; MAINE, D. Too far to walk : maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, v. 38, nº 8, 1994. Disponível em < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953694902267>>. Acesso em: 18 de Abr.2023.

THIRY- CHERQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, 2009 Disponível em https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2009/03/SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_ESTIMATIVA_EMPIRICA_DE_DIMENSIONAMENTO.pdf. Acesso em: 01 de Mai. 2023.

TOMATEZZI, B.M; HERMES, L; MARTELLO, N.V; SCHIMITT, P.M; BRAZ, M.M; HOFFMANN, I.C. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Ciência e Saúde**, v. 11, n° 1, 2018. Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/27078>> Acesso em: 02 de Fev.2024.

TONELLI, B.Q; LEAL, A.P.R; TONELLI, W.F.Q; VELOSO, D.C.W.D; GONÇALVES, D.P; TONELLI, S.Q. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF**, v. 23, n° 2, 2018. Disponível em < <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314/114114300>>. Acesso em: 12 de Mai.2024.

TREVISOL, D.M; MELZ, G; CASTRO FILHO, E.D; FONTANIVE, V.N. Referências médicas evitáveis em unidade de saúde do Porto Alegre – um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n° 42, 2020. Disponível em < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2129/1545>>. Acesso em: 18 de Mar.2024.

VIEIRA, S.M; BOCK, L.F; ZOCHE, D.A; PESSOTA, C.U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto e Contexto enfermagem**, v. 20, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/Qv7s5rfV89cjFwnfrhsswRg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 de Mai. 2023.

VIELLAS, E.F; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B; GAMA, S.G.N; FILHA, M.M.T; COSTA, J.V; BASTOS, M.H; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, 2014. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 de Mai. 2023.

APÊNDICES

Apêndice A – Entrevista Semi-estruturada – Pesquisa “Assistência pré-natal às gestantes maiores de 35 anos: com a palavra, as enfermeiras”



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Unidade de Saúde: _____

Gênero: Feminino () Outro ()

Idade _____

Ano de formação no curso de Bacharel em Enfermagem _____

Tempo de atuação como enfermeira na Atenção Primária do Município _____

Vínculo trabalhista: () Estatutária () REDA

1. Fale sobre como tem sido a sua vivência na assistência pré-natal.
2. E em relação ao pré-natal de mulheres com idade acima de 35 anos? Tem dificuldades? E apresenta potencialidades?
3. E quanto à rede de apoio você considera como ideal? E quais as condições reais dessa rede?
4. Você já sentiu angústia e/ou preocupação em conduzir o pré-natal de mulheres com idade acima de 35 anos?
5. A Atenção básica consegue estabelecer conexões e elos para atender de forma integral as necessidades de saúde das gestantes?
6. Quais as estratégias que você sugere ao município para contribuir na melhoria da assistência às gestantes maiores de 35 anos?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
 Departamento de Saúde
 Linha de Pesquisa Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o
 Cuidado em Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Assistência pré- natal às gestantes maiores de 35 anos: com a palavra, as enfermeiras”, de autoria de Luana Lemos Alves, sob a orientação da Professora dra Dayliz Quinto Pereira, pessoas com quem você poderá manter contato através do endereço e telefones listados ao final deste termo. Esse estudo tem como objetivo geral compreender os principais desafios enfrentados pelas enfermeiras no cuidado à gestantes maiores de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária.

A realização dessa pesquisa justifica-se pela necessidade de estudos científicos sobre o tema, proporcionando maior embasamento no que diz respeito à assistência na APS na região Nordeste, contribuindo para a melhoria da qualidade de assistência do pré-natal na Atenção Primária e redução da morbimortalidade materno-infantil. Caso você aceite, sua participação na pesquisa será voluntária, e se dará através de uma entrevista semi-estruturada que será gravada. Durante a entrevista serão realizadas perguntas com questões norteadoras, a qual será conduzida em uma sala reservada em seu local de trabalho, com duração em média de 30 minutos. A senhora terá a opção de ouvir a gravação da entrevista, ficando a seu critério excluir alguns trechos da pesquisa ou a entrevista completa, se assim desejar. Você, inclusive, pode escolher o dia e o horário que achar melhor para a entrevista; ela não pretende atrapalhar as suas atividades. A entrevista será realizada em ambiente acolhedor e privativo (através de agendamento prévio), atenção aos sinais não – verbais que expressem desconforto, havendo possibilidade da profissional desistir de participar da pesquisa, utilização de nomes fictícios para preservação do sigilo das informações e gravação da entrevista apenas conforme consentimento da participante. Esses procedimentos garantirão sigilo, confidencialidade e segurança dos dados dos participantes da pesquisa

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resoluções de números 466/12 e 510/2016 do Ministério da Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Uma via deste consentimento livre e esclarecido será fornecida a você e a outra ficará em posse da pesquisadora responsável por um tempo de 05 anos

guardado no Departamento de Saúde da UEFS, sendo destruídos após esse período.

Em se tratando de riscos, você poderá estar expostos a riscos de ordem psicológica: desconforto ao responder as perguntas da entrevista, contrangimento, vergonha, preocupações ao revisitar memórias e timidez. Caso isso ocorra, você pode optar por não responder as perguntas. Se depois de consentir a sua participação a senhora desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Caso seja necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa, você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário.

Garantimos a você que não haverá qualquer custo financeiro da sua parte, e diante de algum dano que possa ser causado pela pesquisa garantimos o ressarcimento e indenização do mesmo. Assim como será assegurado que o seu nome não será citado em momento algum e que suas respostas serão utilizadas somente para fins científicos.

Caso haja necessidade de maiores informações, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável através do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, localizado no endereço Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte ou através do telefone (75)3161-8124, com atendimento de 08 às 17 horas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas que envolvam a participação de seres humanos.

Garantimos o retorno dos resultados da pesquisa, sendo amplamente divulgados para as participantes. Caso sinta-se esclarecida e concorde em participar deste estudo, assine este documento, o qual é elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

Salvador, _____ de _____ de

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Endereço: Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo VI, Departamento de Saúde.
Avenida Transnordestina, s/n, bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, Ba
Telefone de contato (Comitê de Ética em pesquisa UEFS): 75
3161-8124

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES MAIORES DE 35 ANOS: COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS. **Pesquisador:** LUANA LEMOS ALVES **Área**

Temática:

Versão: 3

CAAE: 69628723.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.320.723

Apresentação do Projeto:

Esse parecer avaliou a 3ª versão submetida ao CEP UEFS do protocolo de pesquisa "ASSISTÊNCIA PRÉNATAL ÀS GESTANTES MAIORES DE 35 ANOS: COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS" da pesquisadora principal LUANA LEMOS ALVES e de sua orientadora de mestrado, Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira, ambas do Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva /UEFS.

Todos os dados citados abaixo foram retirados dos documentos inseridos pelas pesquisadoras nos dias 30/06/2023, 13/07/2023 e 06/09/2023

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

"Compreender quais os principais desafios vivenciados pelas enfermeiras no que diz respeito à assistência pré-natal às gestantes acima de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde"

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

"Traçar estratégias para a melhoria da qualidade de assistência às mulheres gestantes maiores de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

- Identificar as potencialidades da Atenção Primária à Saúde no cuidado às gestantes maiores de 35 anos"+

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

"Ao participar da pesquisa, as profissionais poderão sentir constrangimento, vergonha, preocupações ao revisitar memórias e timidez. Para evitar tais situações, será utilizado das seguintes estratégias: entrevista em ambiente acolhedor e privativo (através de agendamento prévio), atenção aos sinais não – verbais que expressem desconforto, possibilidade da profissional desistir de participar da pesquisa, utilização de nomes fictícios para preservação do sigilo das informações e gravação da entrevista apenas conforme consentimento do participante"

BENEFÍCIOS:

"Como benefícios, espera-se que as participantes da pesquisa sintam-se gratificadas pelos resultados que serão alcançados a partir desse estudo. A pesquisa visa propiciar maiores subsídios para a elaboração de políticas públicas que tendo em vista à melhoria da saúde materno-infantil no município de Salvador, e extensivamente, no país, através de publicações no meio científico e participações em eventos"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse protocolo de pesquisa foi avaliado pela 1ª vez pelo CEP UEFS (Parecer Nº 6.116.047), em 11/06/2023 E pela 2ª vez pelo CEP UEFS (Parecer Nº 6.283.398) em 05/09/2023, ocasião na qual pendências foram apontadas. Dessa forma, abaixo, seguem pendências da 2ª relatoria, assim como se as mesmas foram devidamente atendidas pelos pesquisadores:

PENDÊNCIA 1: Documentação

a) inserir a orientadora de mestrado à plataforma e anexar declaração da mesma se responsabilizando pela pesquisa.

OBS.: lê-se na contra-capa do documento PROJETOdefinitivo.pdf, que a Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira é a orientanda de mestrado, porém a mesma não foi incluída como assistente de pesquisa ou membro da pesquisa.

RESPOSTA DA PESQUISADORA: a orientadora foi inserida no campo “grupo de pesquisa”. A declaração da mesma se responsabilizando pela pesquisa já tinha sido inserido, porém anexei novamente para apreciação.

ANÁLISE DO CEP UEFS: Pendência atendida

obs 1: solicitamos que verique se o prazo para inicio da pesquisa no cronograma está de acordo e faça a alteração se adequado

RESPOSTA DA PESQUISADORA O cronograma estava defasado pois a previsão de liberação do CEP no cronograma anterior era para o mês de Agosto. Anexo arquivo do cronograma atualizado, assim como projeto atualizado com novo cronograma.

ANÁLISE DO CEP UEFS: Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e documentos obrigatórios foram apresentados no primeiro momento da submissão e

avaliados com a 1ª versão (Parecer Nº 6.116.047), alterados na 2ª versão (Parecer Nº 6.283.398) e/ou retificados nessa 3ª versão.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROTOCOLO APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo**

relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2136642.pdf	06/09/2023 09:41:24		Aceito

Página 03 de

Outros	Retorno_das_pendencias_setembro.pdf	06/09/2023 09:36:21	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LUANALEMOSALVES_DEFINITIVO_setembro.pdf	06/09/2023 09:13:07	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Dayliz.pdf	06/09/2023 08:52:51	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Cronograma	Cronograma_ok.pdf	06/09/2023 08:42:35	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	30/06/2023 11:48:37	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	alteracoes_comitedeetica.pdf	30/06/2023 11:48:22	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Outros	TRANSCRICAOTermoAnuenciaSMS.pdf	12/05/2023 22:17:50	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Outros	Instrumentodecoleta.pdf	12/05/2023 22:11:03	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodopesquisadoresresponsavel.pdf	12/05/2023 22:09:19	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadecompromissocopesquisa.pdf	12/05/2023 22:07:00	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/05/2023 22:06:41	LUANA LEMOS ALVES	Aceito

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA_SMS_SALVADOR.docx	09/05/2023 23:21:20	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LuanaLemosAlves.pdf	09/05/2023 23:18:09	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/05/2023 22:56:52	LUANA LEMOS ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	09/05/2023 22:38:07	LUANA LEMOS ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 24 de Setembro de 2023

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

ANEXO B – Termo de anuência institucionalSecretaria da
Saúde

V SALVADOR PREFEITURA

PRIMEIRA CAPITAL 00 BRASIL

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
 SUBCOORDENADORA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL
 Salvador, 4 de abril de 2023.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador declara conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS 466/2012 e a Resolução do CNS N^o 580/2018 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem-estar dos sujeitos e o sigilo e confidencialidade dados selecionados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa Assistência pré-natal às gestantes maiores de 35 anos: com a palavra, as enfermeiras. O objetivo desse projeto é compreender quais os principais desafios vivenciados pelos profissionais de enfermagem no que diz respeito à assistência pré-natal às gestantes acima de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. No âmbito desta Secretaria, os dados serão coletados mediante a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da enfermagem lotados em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário São CaetanoNaléria. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por Luana Lemos Alves, mestranda em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. A pesquisadora responsável apresentou o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,



Melicia Silva Reis Góes

Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

OBS.: Este Termo não permite acesso ao lócus de pesquisa para coleta de dados. a pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadoria de Capacitação ao Distrito Sanitário elou unidade requisitada.

ANEXO C - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para início da coleta de dados



Prefeitura de Salvador
Secretaria Municipal da Saúde
Escola de Saúde Pública de Salvador
Unidade de Integração Ensino Serviço

Salvador, 28 de setembro de 2023.
Ofício nº **481/2023**

Ilma. Sra.
Sandra dos Santos Cruz
MD. Coordenador do Distrito Sanitário São Caetano/Valéria
Em Att: ao NUGETES Sr.ª
Jaqueline Oliveira NESTA.

Prezada Coordenadora,

Encaminhamos a pesquisadora Luana Lemos Alves para coletar dados referentes ao projeto de pesquisa Assistência pré-natal às gestantes maiores de 35 anos: com a palavra, as enfermeiras. O objetivo desse projeto é compreender quais os principais desafios vivenciados pelos profissionais de enfermagem no que diz respeito à assistência pré-natal às gestantes acima de 35 anos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. No âmbito desta Secretaria, os dados serão coletados mediante a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da enfermagem lotados em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário São Caetano/Valéria. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por Luana Lemos Alves, mestranda em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. A pesquisadora responsável apresentou o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após aprovação em Comitê de

Ética em Pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (parecer n. 6.320.723).
A pesquisadora deverá entrar em contato com o Distrito Sanitário para demais encaminhamentos.

Contato da Pesquisadora:

E-mail: filhadaluzba@gmail.com

Cel.: 71 98889-2898 (apenas zap)/ 75 99231-5230/ 75 99294-1089.

Rua da Grécia, nº3. Edifº Caramuru. Comércio Tel. 3202-
1087/1078/1075

Prefeitura de Salvador
Secretaria Municipal da Saúde
Escola de Saúde Pública de Salvador
Unidade de Integração Ensino Serviço

Atenciosamente,

Emanuel M. Silva
Téc. da Unidade de Integração Ensino e Serviço/ESPS.

ANEXO D – Flyer pré-natal de alto risco



CRITÉRIOS E FLUXOS DE ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM AMBULATÓRIOS DAS MATERNIDADES DE SALVADOR



Documento atualizado pelo GT* em novembro de 2021

O referenciamento deve ser feito via e-mail da AB para os ambulatórios das maternidades e via lista única para o HGRS**

ATENÇÃO PRIMÁRIA
Equipes das Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pelo acompanhamento de Pré-Natal de Risco Habitual, devendo referenciar as gestantes nas seguintes situações:

