

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MELINA RENATA BLASCHE BARBIERI

**MAPEAMENTO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO DURANTE O PRÉ-NATAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: *SCOPING REVIEW***

**SÃO CARLOS
2020**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MELINA RENATA BLASCKE BARBIERI

**MAPEAMENTO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO DURANTE O PRÉ-NATAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: *SCOPING REVIEW***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientação: Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

SÃO CARLOS

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

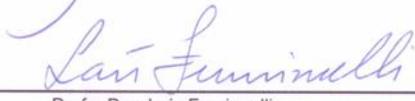
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

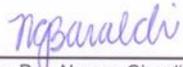
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Melina Renata Blascke Barbieri, realizada em 12/02/2020:



Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar



Profa. Dra. Lais Fumincelli
UFSCar



Profa. Dra. Nayara Girardi Baraldi
USP

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a todas as mulheres grávidas e não grávidas que um dia participaram da criação do mundo, pois em seu ventre foi projetada a "Árvore da Vida", para desenvolvimento de um novo ser.

A árvore da vida está representada no útero materno pela placenta, um órgão que existe somente na fase gestacional, o qual, irrigado de vasos sanguíneos, desempenha a função de nutrir e desenvolver a bebê.

A dedico, também, aos profissionais de saúde que estão ligados a essas mulheres – que precisam de apoio, cuidados e acolhimento nesse momento único de sua vida – pois é através dos profissionais que é realizado o acompanhamento na assistência pré-natal.

Dedico esse processo de crescimento e amadurecimento profissional ao Senhor Deus, por me sustentar: *“Segura estou nos braços, daquele que nunca me deixou, seu amor perfeito sempre esteve, repousado em mim e se eu passar pelo vale, acharei conforto em Teu amor, pois eu sei que és aquele, que me guarda, me guardas, em teus braços é meu descanso.” (Em Teus Braços. Laura Souguellis).*

AGRADECIMENTO

Agradeço a todas as pessoas que me rodeiam, que, de uma forma ou outra, tiveram que entender alguma pausa e ausência, principalmente.

Ao Senhor Jesus Cristo, que me fortalece todos os dias, pois,

Tu és a minha luz, a minha salvação, a ti me renderei, se ao teu lado estou, seguro em tuas mãos, eu nada temerei... Só em Ti confiarei, eu nada temerei, em frente eu irei, pois eu sei que vivo estás! E um dia voltarás, do céu pra nos buscar, para sempre reinarás, aleluia (Maranata. Ministério Avivah).

Agradeço à minha família que, muitas vezes, me viu concentrada, focada no desenvolvimento da pesquisa, pela compreensão de todos, minha filha Luiza, meu esposo Robson, meus pais, Lígia e Paulo, Mônica e meu sobrinho Felipe.

Agradeço aos docentes do curso técnico de enfermagem, nessa reta final, pois, muitas vezes estava mais concentrada em terminar a pesquisa, principalmente a Cristiane e Ângela que sempre me deram força.

Tampouco poderia deixar de agradecer à minha companheira e amiga Fernanda, por estarmos juntas nessa jornada desde o início e a toda equipe da ETEC Pirassununga.

Agradeço a todos os membros do Grupo de Pesquisa Pré-natal, (Professores, alunos e convidados), pelos diversos encontros pautados no aprendizado, nas trocas de saberes, experiências que colaboraram para minha evolução profissional e pessoal.

Agradeço à Bibliotecária, Camila Cassiavilani Passos, do Departamento de Referência da Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos, por ser atenciosa, dedicada e prestativa nas orientações que contribuíram muito ao meu crescimento durante a pesquisa.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Laís Fumincelli e à Prof.^a Dr.^a Nayara Baraldi, por transmitir os conhecimentos, aprendizados, e pelo apoio técnico, sempre com palavras de ânimo e delicadeza.

Agradeço, de forma especial, à minha orientadora Prof.^a Dr.^a Márcia Regina Cangiani Fabbro, primeiramente pela confiança depositada, e pelo seu empenho, dedicação, auxílio, apoio, acolhimento, sempre disposta a orientar e mostrar formas de melhorias e dar contribuições valiosas. Muito obrigada!

*Porque Deus não nos deu o espírito de covardia, mas de
poder, de amor e de moderação.
Bíblia Sagrada, 2 Timóteo 1:7.*

RESUMO

O cuidado centrado na gestante e no pré-natal coletivo vem crescendo no cenário internacional, e visa, além da avaliação clínica e demais procedimentos de um pré-natal tradicional, valorizar as necessidades das gestantes, o compartilhamento de informações e o suporte social para a construção de redes de apoio. No cenário brasileiro houve um aumento da cobertura do pré-natal, bem como a disponibilização de protocolos de procedimentos e rotina, porém a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas deixam a desejar. O presente estudo tem como **Objetivo:** Mapear o estado da arte do cuidado Pré-Natal na atenção primária, segundo a integralidade do cuidado, Identificar os fatores que se articulam com a integralidade do cuidado no pré-natal e avaliar os desafios e alcances da integralidade do cuidado no Pré-natal no Brasil. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura, seguindo o método *scoping review*, estruturado conforme protocolo do Instituto Joanna Briggs. Para a seleção dos estudos, foram consultadas as bibliotecas digitais e bases de dados multidisciplinares e da área da saúde, como, BDTD, CINAHL, COCHRANE, LILACS PUBMED, SCIELO, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, selecionadas publicações nacionais e internacionais disponíveis online na íntegra e publicadas com o marco de início de 1980 até junho 2019. Identificaram-se nas buscas 1.848 registros, dos quais foi selecionada uma amostra de 26 estudos, entre teses, dissertações e artigos científicos, descrita no fluxograma de recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma). Foram feitos quadros visando expor os estudos selecionados, segundo ordem numérica, Título do estudo, Local/País/Ano de publicação, Tipo de Estudo, Abordagem teórico-metodológica, População, Principais resultados, Definição de Integralidade do Cuidado e Alcance ou Desafio, bem como o perfil dos periódicos segundo ano de publicação, bases de dados, continente, publicação, país, tipo de estudo, tipo de periódico, abordagem e população do estudo. A análise de conteúdo – modalidade temática seguiu quatro eixos: Eixo das Necessidades, Eixo das Finalidades, Eixo da Articulação e Eixo das Interações, tomando como parâmetro os eixos da integralidade idealizados por Ayres, buscando uma discussão crítica dos alcances e desafios da integralidade do cuidado no pré-natal. **Resultados:** A categoria mais contemplada no alcance da integralidade do cuidado foi a das necessidades e, ao mesmo tempo a que mais aponta desafios. A do eixo articulação e as demais mostram as dificuldades no alcance dos saberes e práticas interdisciplinares, apontando a necessidade das capacitações e mudanças na postura profissional, articulação de redes de atenção à saúde, cooperação entre setores da saúde e sociais, participação e mobilização social. **Considerações Finais:** As análises efetuadas permitiram concluir que, para o alcance da integralidade do cuidado, é preciso valorizar a qualidade das interações intersubjetivas no cuidado à gestante e na construção do trabalho em equipe interdisciplinar. O cuidado centrado nas necessidades da gestante e sua família tem sido evidenciado como um modelo exemplar de cuidado e pode ser um guia para a reorganização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Assistência Integral à Saúde, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Pessoal de Saúde; Gestantes.

ABSTRACT

Healthcare centered on the pregnant woman and on collective prenatal care has been growing internationally and aims at valuing the needs of pregnant women, information sharing and social support for the construction of support networks, in addition to the clinical evaluation and other procedures of a traditional prenatal care. In the Brazilian scenario, there has been an increase in the coverage of prenatal care, as well as in the availability for procedure and routine protocols. However, the quality and effectiveness of the developed actions are less than expected. Thus, our study has as **Objective:** mapping the state of the art of prenatal care in primary care, according to the integrality of care; identifying the factors that are articulated with comprehensive prenatal care and assess the challenges and scope of comprehensive prenatal care in Brazil. **Methods:** It is a literature review, following the scoping review method, structured according to the protocol of the Joanna Briggs Institute. For the selection of the studies, we consulted digital libraries and multidisciplinary and health databases such as BDTD, CINAHL, COCHRANE, LILACS PUBMED, SCIELO, SCOPUS and WEB OF SCIENCE, selecting individual and international published material, available online from the beginning of 1980 until June 2019. 1,848 records were identified in the search, from which a sample of 26 studies was selected, among theses, dissertations and scientific articles, described in the recommendation of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) flow diagram. Tables were made aiming at showing the selected studies, following numerical order, Study title, Place/Country/Year of publication, Type of Study, Theoretical-methodological approach, Population, Main results, Care Comprehensiveness Definition and Scope or Challenge, as well as the profile of the journals according to their year of publication, databases, continent, publication, country, study type, type of journal, approach, and study population. The thematic analysis followed four axes: Axis of Needs, Axis of Purposes, Axis of Articulation and Axis of Interactions, taking as parameters the axes of integrality idealized by Ayres, seeking a critical discussion on the scope and challenges of comprehensive prenatal treatment. **Results:** The most contemplated category in the achievement of comprehensive care was the one on the needs, which is, at the same time, the one that shows most challenges. The axis on articulation and the other ones showed the difficulties in reaching interdisciplinary knowledge and practices, pointing to the need for training and changes in professional posture, articulation of healthcare networks, cooperation between health and social sectors, participation and social mobilization. **Final Considerations:** The analyses we carried out allow us to conclude that, to achieve comprehensive care, it is necessary to value the quality of the intersubjective interactions in the care for pregnant women and in the construction of interdisciplinary teamwork. Care centered on the needs of pregnant women and their family has been shown to be an exemplary model of care and could be a guide for the reorganization of the work process.

Keywords: Prenatal Care; Comprehensive Health Care, Health Care Quality Guaranty; Health Workers; Pregnant women.

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1- Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos da Revisão, de acordo com a recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Prisma (GALVÃO, PEREIRA, 2015).	53
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica	30
Quadro 2- Descritores controlados e não controlados	41
Quadro 3- Base de dados pesquisadas e expressão de busca usada conforme o PCC.....	43
Quadro 4 - Organização das bases de dados, números de estudos selecionados e excluídos. .	51
Quadro 5- Caracterização dos estudos por sequência numérica, ordem crescente, ano de publicação, periódico, País do estudo, participantes do estudo e desenho metodológico.	58
Quadro 6- Caracterização dos estudos segundo os principais resultados, o conceito de Integralidade do Cuidado e os Alcances e Desafios relacionados a integralidade do cuidado.	60
Quadro 7- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Necessidades de saúde das gestantes.	78
Quadro 8- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Finalidades do trabalho em saúde com gestantes.	86
Quadro 9- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Articulação entre saberes e ações no cuidado de gestantes.....	91
Quadro 10- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho com gestantes	99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos estudos nos eixos, em relação aos alcances e desafios à integralidade do cuidado.	77
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS-** Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIS- Ações Integradas de Saúde
APS- Atenção Primária à Saúde
BDTD- Banco de Teses e Dissertações
BVS- Biblioteca Virtual em Saúde
CAFÉ- Comunidade Acadêmica Federada
CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL- Índice cumulativo para a literatura de enfermagem e de saúde
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COCHRANE- Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas
COREN- Conselho Regional de Enfermagem
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
DeCS- Descritores em Ciências da Saúde
ESF- Estratégia da Saúde da Família
EUA- Estados Unidos da América
FEBRASGO- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FNUAP- Fundo das Nações Unidas para a População
HIV- Vírus da imunodeficiência humana.
JBI- Instituto Joanna Briggs
LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América).
MeSH -Medical Subject Headings
MI-Mortalidade Infantil
MM- Mortalidade Materna
MS- Ministério de Saúde
NANDA – Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NIC Nursing Interventions Classification
ODM- Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-americana da Saúde
PDNU Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCC- População, Conceito e Contexto
PHNP- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMAQ-AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB- Política Nacional da Atenção Básica
PNH- Política Nacional de Humanização
PQM- Plano de Qualificação das Maternidades
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSF- Programa da Saúde da Família
PUBMED- US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database
Search term Search
SCIELO- Biblioteca Eletrônica Científica
SCOPUS- banco de dados de resumos e citações da literatura com revisão por pares: revistas científicas, livros, processos de congressos e publicações do setor
SIM- Sistema de Informação de Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFSCAR- Universidade Federal de São Carlos

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF- Unidade de Saúde da Família

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO PESSOA E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	15
1. INTRODUÇÃO	20
2. DESENVOLVIMENTO TEÓRICO	24
2.1 O caminho do cuidado pré-natal nas políticas públicas	24
2.2 Qualidade da assistência pré-natal na atenção primária	29
3 OBJETIVO	36
3.1 Objetivo Geral	36
3.1.1 Objetivos Específicos	36
4 MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1 Delineamento	37
4.1.1 Pergunta de pesquisa.....	38
4.1.2 População.....	38
4.1.4 Contexto.....	39
4.2 Critérios de inclusão e exclusão	40
4.3 Estratégia de busca	40
4.5 Análise dos Dados	54
5.1 Descrição do perfil dos periódicos selecionados segundo os critérios pré-estabelecidos	56
5.2 Descrição dos estudos selecionados segundo os critérios pré-estabelecidos	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE 1	118
APÊNDICE 2	121
APÊNDICE 3	122
APÊNDICE 4	124
APÊNDICE 5	129
APÊNDICE 6	138

APRESENTAÇÃO PESSOA E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

No ano de 2002, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem Integral, estava com 17 anos, em março completaria 18 anos, tinha muitas dúvidas, não tinha certeza se realmente havia escolhido a área certa. Muitos dizem que foram escolhidos para essa linda profissão, mas não tenho essa pretensão, creio que Deus me preparou para esse percurso. Passei o primeiro ano sem ter a certeza de que estava no curso certo. Quando prestei vestibular para enfermagem também prestei para outras áreas como odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, e havia ganhado uma bolsa de 100% para cursar educação física, pois na época jogava vôlei.

Nesse primeiro ano, ainda estava com dúvidas, todas as carreiras profissionais estavam como componentes curriculares, acabei gostando de aprender mais sobre os assuntos. No segundo ano do curso de enfermagem, tive a certeza de que realmente era a profissão certa. Tive os primeiros cuidados juntos à clínica de enfermagem, que oferecia cuidados primários, secundários e terciários, iniciamos as atividades na saúde pública e na clínica médica, cada campo de estágio pelo qual eu passava, me deixava mais apaixonada pela arte do cuidar.

Os cuidados e os aprendizados deixavam meu coração cheio de alegria, a cada dia tinha mais certeza que Deus me havia colocado na enfermagem, para fazer a diferença através do toque, do olhar, das palavras de apoio, do atendimento humanizado, da alegria em fazer qualquer procedimento, desde uma orientação ou até mesmo um atendimento de média e alta complexidade. Até as disciplinas de licenciatura que eram obrigatórias na época eu realizava com prazer.

Em meados de abril do ano de 2003, descobri que estava grávida, uma gravidez não planejada, não esperada, foi um momento de turbulência. Eu e Robson Cristiano Barbieri namorávamos desde 1999, éramos muitos jovens, foi meu primeiro e único namorado. Não sei porque acreditava que não estava grávida, havíamos discutido aquela semana e decidimos terminar. Logo mais, me dei conta que estava com amenorreia (minha mãe já estava desconfiada devido às alterações dos meus hábitos alimentares que estavam diferentes naquele mês), assim que decidi pedir ajuda a uma colega de sala para me levar até um laboratório para fazermos o teste de gravidez.

Estávamos em semana de prova, retornamos a faculdade enquanto aguardávamos o resultado. Retornamos ao laboratório em 5 estudantes. Quando Leca (uma amiga), abriu o resultado ela ficou roxa, vermelha e sem voz, lá estava a temível resposta, estava grávida. Peguei o teste e chorava inconsolavelmente. Como fui fazer isso? E agora estou grávida!

Como vou contar isso aos meus pais? Que dia inesquecível, lembro com detalhes das palavras, ações e sensações, até mesmo das músicas que tocavam no carro. Fomos para a república da Ju e da Camila, eu não parava de chorar, elas ficaram sem ação, pensavam que fosse virgem, devido a minha postura de cristã, nesse momento elas pensaram em muitas coisas. Uma delas foi em abortar. Quando escutei essa palavra ABORTO. Disse não! Não posso fazer isso, é uma vida! não tenho esse direito. Vou assumir, eu errei, eu deveria ter seguidos os preceitos bíblicos! Deveria ter me prevenido com mais cuidado. Foi um dia difícil, passamos a manhã toda na república, elas tentando me consolar. À tarde fomos à aula, a professora percebeu que algo estava errado, porém eu não tinha forças para falar.

Voltei à casa da minha mãe. Eu estudava na cidade de Araras SP e morava em Leme SP. Cheguei em casa, tomei um banho e fiquei no meu quarto, minha mãe estranhou a minha atitude, me chamou para tomar café da tarde. Respondi com voz de choro que não queria, ela veio até meu quarto, quando lhe entreguei os exames e tive uma crise de choro muito forte e joguei alguns livros que tinha em prateleiras. Ela sentou na minha cama em silêncio e chorei em seu colo, minha irmã estava assustada sem saber o que estava acontecendo.... somente o choro... mais tarde ao anoitecer meu pai chegou de viagem, minha mãe me chamou para contar-lhe, mas eu não tinha coragem, nem força, para falar. Então, minha mãe disse: A Melina está grávida! Ele disse: ‘você não vai a igreja!’ Você não tem TV! Você não tem computador! Você não estuda! É isso!’ Ficamos em silêncio, fui para meu quarto e ele passou a noite na sala chorando. Fiquei muito mal com tudo isso.

Na noite seguinte, quinta feira, fui para o culto da páscoa acompanhada de um amigo do Robson e contei que estava grávida. Enquanto isso, minha mãe já havia conversado com a mãe do Robson. Então, conversamos brevemente por telefone. Na sexta-feira, com o coração cheio de tribulação e pensamentos confusos, decidi fugir, sem pensar em mais nada, queria desaparecer, estava perdida, mas meu pai conseguiu me alcançar com o carro. No sábado de manhã, fui à casa do Pastor Reverendo Valter, e lhe contei, ele ficou espantado, geralmente são os pais que me trazem essa notícia. À noite, Robson e eu saímos para conversar e ele trouxe alianças e me pediu em casamento. Mas eu estava relutante com tudo o que estava acontecendo. No domingo de manhã foi informada na escola bíblica dominical, que não participaria da ceia, que seria repreendida durante o culto da ceia. Na segunda-feira passei pelo conselho da igreja, que foi muito difícil e vergonhoso.

Dei início ao pré-natal, aos exames, pois não sabia de quanto tempo estava grávida. Porém, senti falta de muita informação, porque em todos os locais, nas conversas iniciais perguntavam, ‘o que você faz?’, quando mencionava que estudava enfermagem, as pessoas

pensam que já sabemos de tudo e não é assim. Foi muito difícil, precisei de um acompanhamento com terapia junto ao pastor para poder entender o que estava acontecendo, aceitar e me perdoar. Foi uma gestação silenciosa, quieta, não conseguia olhar para as pessoas, nem falar sobre o assunto, sofri muito, não curti minha gestação como a grande maioria das gestantes. Me sentia culpada! Começamos os preparativos para o casamento e nos casamos em outubro. Uma semana depois, com 31 semanas de gestação, entrei em trabalho de parto prematuro, fui hospitalizada e minha pressão arterial começou a subir, Luiza, a minha filha, estava com taquicardia, precisávamos ser transferidas, um susto. Nesse momento, estava com muito medo e ansiedade, e os pensamentos de não ter aceitado a gestação vinham à tona. Mas foi muito bom, nesse período, hospitalizada, meus pais se aproximaram mais, conseguimos dialogar sobre a gestação.

Graças a Deus, conseguimos ficar firmes no Senhor durante todo o período gestacional, todos os dias eu falava: **“Tudo posso naquele que me fortalece.”**, Filipenses 4:13. O medo e os sentimentos de perder a bebê, de ter complicações, era muito grande. Foram poucas as palavras da equipe, mas tive que passar por diversos procedimentos e fiz uso de medicamentos controlados, em bomba de infusão, para conseguir segurar e amenizar as contrações e a dilatação. Tudo no ambiente hospitalar alterava meus sinais vitais, eu ouvia todos os alarmes da monitorização e via todos os valores, acompanhava a cardiotocografia e isso me deixava nervosa, então começaram a tirar os alarmes e sons dos equipamentos e virá-los para que eu pudesse me acalmar. Precisei ficar 1 semana internada, tive alta e fiquei bem em casa, de repouso por 1 semana, mais ainda com uso de medicações. Em 09/11/2003 entrei em trabalho de parto durante a noite, pela manhã tentei relaxar, às 10h expulsei o tampão mucoso e iniciou o sangramento, tomei banho, tive crise de choro e medo, falei com a obstetra via telefone, mas ela não estava em Leme, fomos para hospital.

As 16h38, nasceu a Luiza, com 3.145 kg, 47 cm, de parto normal, uma boneca, linda, de olhos azuis, loira, perfeita, um parto vaginal, com episiotomia e manobra de Kristeller, eu estava exausta, cansada, com complicações físicas e emocionais desde o início da gestação. No parto não tinha mais forças, mas fui comunicada de todas as ações que estavam fazendo no pré-parto e sala de parto pela equipe. Naquele momento, tudo parecia ser para nosso bem. Depois, foi iniciar a nova rotina, aprender a ser mãe, cuidar de um recém-nascido indefeso, aprender a amamentar, que é muito difícil, demorei uns 15 dias, com ajuda de familiares; conciliar casa, faculdade, marido, família, igreja e todo o restante do mundo.

Retomei a faculdade 15 dias após nascimento da Luiza, para não perder o semestre. Meus pais, Ligia Balduino da Silva Blascke e Paulo Roberto Blascke, e minha irmã, Mônica

Blascke, me ajudaram muito, em tudo, para que conseguisse concluir os estudos, graças a Deus. Minha formatura foi uma alegria imensa para meus pais, pois eles não tiveram essa oportunidade de estudar, eu sabia o quanto era difícil para eles conseguir pagar meus estudos com muito sacrifícios.

Finalizei a graduação em 2005, com trabalho de conclusão de curso sobre a Brinquedoteca em ambiente hospitalar, pois estava vivendo essa fase, extraímos 2 trabalhos científicos, o 1º selecionado para ser apresentado no Congresso Internacional de Pediatria no Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba (PR), e um pôster para o I Fórum Científico da Uniararas (FHO). Em 2006, iniciei a pós-graduação em uma unidade de terapia intensiva neonatal, e apresentei trabalho científico no II Fórum Científico da Uniararas (FHO) com o tema ‘sentimentos dos familiares perante a internação do neonato prematuro’, pois tinha sentimentos e frustrações, inquietude no meu coração referente essa temática.

Em janeiro 2006, iniciei como enfermeira em uma clínica de ginecologia e obstetrícia para cumprir férias. Em fevereiro, tive meu segundo vínculo empregatício em uma escola para curso técnico de enfermagem, com disciplinas e estágio na Saúde da Mulher e da Criança. Em agosto, tive o terceiro vínculo em uma empresa particular de atendimento pré-hospitalar, transferências, *home care*, sempre estava nas transferências junto a mulheres em trabalho de parto prematuro, recém-nascidos, estado crítico, todos me ofereceram grandes oportunidades de aprendizados. Em 2007, iniciei como docente no curso de graduação na Anhanguera educacional, como supervisora de estágio na rede de saúde pública e ministrei aulas teóricas noturnas de vigilância à saúde. Aos poucos, comecei a ir selecionando locais de atuação que mais me alegravam. Em 2008, prestei um processo seletivo para a ETEC Pirassununga e em 2009 prestei o concurso e fui efetivada como professora, me encantei com a unidade escolar, onde montamos e construímos o curso técnico de enfermagem em conjunto.

Nesse período, iniciei a pós-graduação em Saúde e Gerontologia, pois durante os estágios me apaixonei pelos idosos que ficavam nas instituições de longa permanência. Expandi para o ETEC de Araras de 2010 a 2012, lecionei no Senac em Porto Ferreira em 2011. Em março de 2011, fui indicada e recebi o convite para assumir a coordenação do Curso de Enfermagem da ETEC Pirassununga, por 4 anos e estou até o momento como coordenadora. Em 2014, participei do processo seletivo da FHO, para docente supervisor de estágio, no qual fui classificada, permanecendo até dezembro de 2017. Foi uma experiência muito importante, campos de muito aprendizados, na maternidade, no centro humanizado ao parto no hospital amigo da criança em Limeira, centro obstétrico, unidade terapia intensiva neonatal e diversos setores que me trouxeram muito aprendizado.

Em 2015, comecei a alimentar o desejo de cursar Mestrado. Começou a busca e as conversas com profissionais para tomada de decisão. M^a Giovanna, Jaira e Ângela comentaram sobre a UFSCAR e me incentivaram a prestar. Eu e diversos colegas da ETEC e da FHO decidimos prestar como aluno especial. Fui selecionada, fiquei muito feliz e alegre, pois não via chances, por ser oriunda de uma graduação particular. Dentre as opções selecionei a disciplina de Saúde Gênero e Sexualidade, onde conheci a Márcia e me apaixonei pelos assuntos discutidos nas aulas e decidi que queria fazer o mestrado com ela. No próximo semestre, convenci minha amiga e parceira **Fernanda Menegatti Frisanco** a prestar e cursar uma disciplina comigo, Metodologia Comunicativa Crítica, onde também nos apaixonamos pelo conteúdo e pela forma que a Márcia conduz as aulas, sempre com metodologia ativa, instigando o conhecimento. Fernanda passou a ser minha companheira nos testes para proficiência, minha companheira de aulas, caronas, desabafos, além de trabalharmos juntas, enfim, já tínhamos uma amizade incrível, que só se fortalece a cada dia.

Prestado o processo seletivo para o mestrado em agosto de 2017, escrevi 2 projetos, 1 sobre a sexualidade na adolescência e um sobre a visão dos profissionais de saúde em instituição de longa permanência frente à sexualidade dos idosos, selecionei o segundo projeto para enviar e deu certo. Em janeiro, fevereiro e março de 2018, participei de um grupo de pesquisa que tinha um projeto regular da Fapesp, no qual um dos objetivos era revisão de literatura, baseada na revisão integrativa, sobre assistência pré-natal no Brasil. Me interessei pelo assunto e comecei a estudar sobre revisão integrativa e a construir este projeto. Cursando a disciplina de técnicas para a elaboração instrumental de pesquisa, vimos que atualmente a revisão do tipo *scoping review* está melhor conceituada. A partir de julho 2018, iniciei a busca de estudos voltados à *scoping review*, e uma nova construção foi realizada, conforme esse método.

Portanto, nesse período que estive na UFSCAR, houve muitas alegrias, que me despertaram para querer aprender e estudar a cada dia mais. Essa pesquisa me ajudou a me perdoar quanto às cobranças pessoais relacionadas ao meu pré-natal e parto, porque tudo tem o tempo certo de Deus. Sempre fui muito acolhida pelos docentes nas disciplinas cursadas, não tenho palavras para agradecer a colaboração de minha Orientadora Márcia, sempre prestativa, compreensiva, humana, flexível, pessoa maravilhosa, assim como à Laís, que sempre esteve muito solícita em esclarecer as dúvidas, à Nayara, que sempre foi muito participativa nas discussões e encontros, trazendo reflexões, Jamile, disposta a ajudar com a busca dos artigos internacionais. Não posso esquecer de agradecer a Luciana e Flavia, muito

obrigada, por serem sempre solícitas, e a todos os profissionais e alunos dos grupos de pesquisa, foram muito importantes.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem crescendo aos poucos em relação aos serviços disponibilizados na atenção básica de saúde. Nesse sentido, a disponibilização de protocolos de rotina em relação aos cuidados no pré-natal, são desenvolvidos em tempo adequado para que as gestantes façam o acompanhamento nas unidades, porém se verifica a necessidade de aprimoramento quanto à qualidade e efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais. O autor ainda destaca a importância dessas equipes para fornecer os cuidados de promoção e prevenção à saúde das mulheres durante o ciclo gravídico, para que elas possam ter uma gestação saudável e, caso necessário, seja possível diagnosticar, de forma ágil e tratável, as causas de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal, evitando a morbimortalidade materna e infantil (GOMES et al., 2019).

A mortalidade materna e, em especial, a neonatal são realidades assustadoras no mundo. Aproximadamente, 830 mulheres morrem diariamente por problemas resultantes de complicações da gestação e parto, sendo a maioria dessas mortes evitáveis. Há, ainda, uma grande parte de mulheres que escapam da morte, passando por condições potencialmente ameaçadoras de vida (*near-miss* materno), que produzirão enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas ao processo gestação-parto-puerpério, afetando o resto de suas vidas (WHO, 2015; ANDREUCCI, 2015).

O Brasil tem feito vários esforços e assumido compromissos internacionais visando reduzir esses índices. Em 2000, assumiu alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os objetivos referentes à redução da mortalidade infantil tiveram uma redução significativa de 50%, os índices ao combate da transmissão do HIV/AIDS e doenças infecto contagiosas, tiveram uma queda de 40% desde 2000 (PDNU, 2019). Em relação à razão da mortalidade materna, o país melhorou, mas não alcançou a meta de reduzi-la em $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015. Segundo estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a razão da mortalidade materna era de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 e declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010. Entre janeiro e setembro de 2011, a mortalidade materna diminuiu 21%. Ocorreram 1.038 óbitos por complicações na gravidez e no parto, contra 1.317 no mesmo período de 2010. A meta de atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015 não foi alcançada (PNDU, 2019).

Desse modo, a mortalidade materna continua incluída nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) assumidos novamente pelo Brasil para o período de

2016 a 2030. Segundo o PDNU (2019), esta meta busca o direito à saúde materna e a redução da mortalidade materna. Entre 2002 e 2008, grande parte dos Países da América Latina, teve uma redução lenta em relação à diminuição das desigualdades de gênero, étnicas, econômicas.

Da mesma forma, a mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal, e vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. À medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, há uma concentração de óbitos na primeira semana e, predominantemente, nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação mais estreita com a assistência à saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário (LANSKY et al., 2014).

O Brasil é um país transcultural e com muita diversidade, o que dificulta traçar um perfil de morte materna, porque vários fatores podem influenciar as análises das pesquisas. Há, por exemplo, dificuldades relacionadas a fatores sociodemográficos, que geram uma maior probabilidade de mortes dependendo da área demográfica – como as regiões norte e nordeste com precariedade na assistência ao pré-natal e planejamento reprodutivo, devido à escassez e pobreza, diferentemente das regiões Sul e Sudeste que tem uma facilidade maior no acesso à saúde e melhores condições financeiras. Outros fatores estão relacionados à época do ano e ao tempo estudado, as características étnicas, raça, cor, idade e relacionamento familiar (POMPERMAYER, 2011). As mulheres mais pobres, as que vivem com menos recursos, são as mais afetadas pela mortalidade, revelando iniquidade no acesso às organizações de saúde e o contraste entre os países ricos e os países pobres (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Ademais desse quadro nada animador, o pré-natal tem se configurado como um espaço burocrático, de preenchimento de fichas, solicitação de exames e medidas de "barriga", muitas vezes realizado de maneira inadequada, com poucas orientações, baixa cobertura de saúde bucal, exame físico incompleto, segundo aspectos evidenciados em vários estudos (GAMA et al., 2000; DOMINGUES et al., 2015; TOMASI et al., 2017). Portanto, falar de qualidade de atenção em saúde materna também implica pensar nos processos de trabalho, na organização de redes, como também refletir sobre que cuidado se fala.

Nesse sentido, Silva, Silva, Lébeis (2014) destacam que a qualidade da assistência se faz presente no cuidado, desde o olhar, a forma como se apresenta, como acolhe as necessidades da gestante, a sensibilidade e abertura para dialogar com ela, respeitando seus pontos de vista e escolhas. Portanto, os profissionais e suas ações devem estar pautados para

fornecer um acolhimento que aborde os direitos sexuais e reprodutivos, num encontro terapêutico aberto a novos aprendizados (para o profissional e para a gestante) permeado pela escuta de qualidade e por um diálogo harmonioso.

Assim, a pesquisa justifica-se pelo interesse na qualidade da assistência ofertada no pré-natal, ao evidenciar que a literatura tem apontado vários desafios para a adequação satisfatória da atenção no pré-natal. O ponto de partida foi pensar a qualidade da assistência à gestante, com enfoque na integralidade do cuidado. Assim, mapear os desafios e alcances por meio de relatos, percepções e amostras encontradas na revisão de literatura, bem como a falta de estudos que aplicam a integralidade do cuidado em sua essência, justificam a perspectiva do *scoping review*. Ademais, pode contribuir e auxiliar nas mudanças positivas relacionadas a políticas de saúde pública voltadas à mulher no ciclo gravídico puerperal, por meio da visibilidade dos princípios da integralidade do cuidado para a qualificação do cuidado com esta população e como medida da qualidade da assistência prestada na atenção primária.

Considerando o tema qualidade do pré-natal, o objeto de pesquisa proposto neste estudo, faz a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o estado da arte sobre o cuidado pré-natal na atenção primária, segundo a integralidade do cuidado? Para o desenvolvimento da pesquisa usamos a metodologia *Scoping Review*, conhecido como estudo de escopo. A dissertação será desenvolvida da seguinte forma: no capítulo teórico serão apresentados a trajetória das principais políticas de saúde pública à saúde da materno-infantil, os programas desenvolvidos na atenção primária de saúde, e a qualidade da atenção pré-natal. No terceiro capítulo serão apresentados os objetivos da pesquisa, no quarto capítulo o método da *Scoping Review*, no quinto os resultados, no sexto capítulo a discussão, e, por fim, as considerações finais no último capítulo.

2. DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

2.1 O caminho do cuidado pré-natal nas políticas públicas

Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde públicas no Brasil relacionadas à saúde materno-infantil mostraram articulações intersetoriais junto às políticas sociais e demográficas, com queda da taxa de fecundidade e natalidade, crescimento urbano, industrialização, tecnologia, inovação, controle de doenças, sistema de notificação para doenças infecciosas e criação de conselho e comitês de avaliação. O direito à saúde bem como o acesso a saúde para todos está garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que vem buscando reduzir as desigualdades (LEAL et al., 2018).

Grande parte das políticas de saúde públicas estão correlacionadas ao SUS, o qual busca fornecer saúde de qualidade aos indivíduos, reconhecer as necessidades da comunidade, oferecer os serviços de saúde sem distinção, contribuir para regiões menos favorecidas, e desenvolver comunicação e ações de saúde nos diversos setores de saúde, por meio da promoção em saúde e da prevenção de doenças, e assegurar parcerias de referência e contra referência para facilitar os diagnósticos, o tratamento e a recuperação, bem como as ações de saúde coletiva que englobam os princípios do SUS (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Nesse sentido, o SUS, por meio da Lei nº 8.080 em 19/09/1990 e pela lei nº 8.142, de 28/12/1990, passa a reconhecer a saúde como direito. Em se tratando da saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que existe há 35 anos, se compromete com um atendimento integral para as mulheres, sendo vanguarda na época ao ampliar para outras fases da vida da mulher (além do ciclo gravídico) e mulheres em distintas condições de vida (PINHEIRO, 2005). A partir dele, se abriu uma discussão sobre planejamento familiar, que se distingue do conceito de controle social e demográfico frente a política demográfica, incorporado pelas vozes das feministas, com o direito aos métodos contraceptivos, reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS), referiu que 515 mil mulheres foram à óbito devido a intercorrências durante a gestação e parto. Nessa perspectiva, cinco condutas relacionadas a Maternidade Segura foram elaboradas, sendo elas: fornecer o direito à vida, ter direito à liberdade e segurança, direito e nível adequado de saúde, direito à proteção na maternidade e direito à não discriminação da Mulher. Além desses direitos, a maternidade segura teve o intuito de diminuir o número da taxa de mortalidade que está relacionado aos cuidados prestados e à qualidade da assistência durante o ciclo grávido-puerperal, por meio de

credenciamento de maternidades ao serviço de assistência à saúde materno-infantil, junto à Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), de acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). Para alcançar esse credenciamento, fez-se necessário que a maternidade fornecesse informações relacionadas à saúde reprodutiva e aos direitos das mulheres (DAVIM, NASCIMENTO; LIBERALINO, 1999).

A Maternidade Segura depende de itens como assistência adequada durante o período gestacional, parto e puerpério, planejamento reprodutivo, acesso à escolha e incentivos relacionados ao parto normal e humanizado, prescrição de condutas e rotinas descritas e normatizadas, ter uma equipe treinada nas implementações e ações, contar com uma estrutura física adequada aos atendimentos, cadastro e registros no sistema de informação e avaliação dos indicadores de saúde materna e neonatal. Esses índices colaboram para que tenha uma qualidade da assistência (REIS; PEPE; CAETANO, 2011)

Frente aos grandes índices de mortalidade materna e números de óbitos neonatais, em 2000, surgiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHNP), reforçando atuações e ações voltados para a assistência à gestante, com procedimentos operacionais padrão frente ao ciclo gravídico, como número de consultas, exames laboratoriais, educação em saúde, entre outros (BRASIL, 2000).

Em 2002, foi lançado o Projeto Prioritário Nascer Bem, voltado para prevenção e promoção no ciclo gravídico e puerperal, que aborda os direitos sexuais e reprodutivos, entre eles, a possibilidade de escolha da via de parto pela mulher, resgatando a humanização e valorizando a qualidade da assistência, ao destacar a necessidade de melhorias na infraestrutura, na educação permanente e na integração da rede de atenção (BONFIM, 2008).

Em seguida, a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, reforçou, por meio de mudanças e formas diferenciadas de ofertar o cuidado, baseadas em práticas que incorporem os princípios do SUS, a importância do relacionamento interpessoal entre equipe e usuários, para que possam articular os serviços de saúde, por meio de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, estimulando os novos conceitos e melhoria na organização do processo de trabalho. Valoriza-se as rodas de conversas, as orientações para o alcance da transversalidade, a indissociabilidade durante os cuidados e o gerenciamento, que o profissional possa tomar decisões respaldado na autonomia e corresponsabilidade. Portanto, o PNH avigora a importância do diálogo, do acolhimento, da participação da equipe de saúde

junto à equipe gestora, visando um cuidado ampliado e compartilhado, que valorize os profissionais e os clientes e respeite os direitos do usuário (BRASIL, 2013).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher fruto do PAISM, foi norteada pelos princípios e diretrizes do SUS e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Busca fornecer uma assistência de qualidade, humana, de modo integral, com respeito e dignidade, pautada no direito à saúde física, mental e espiritual. Compromissada na época com os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), legitimou a tomadas de decisões e intervenções na qualidade dos cuidados frente à regulação de vagas e o plano de gerenciamento interligado entre unidade de saúde e maternidade, acolhendo a mulher durante o parto, incentivando a livre escolha, permitindo o acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto e oferecendo uma assistência qualificada, integral e de qualidade (BRASIL, 2013).

No ano de 2006, o Ministro de Estado de Saúde divulga o Pacto pela Saúde, conforme a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e estabelece algumas prioridades que foram detectadas junto às três esferas do governo, determinando alguns objetivos, dentre eles a redução da Mortalidade materna e infantil, fortalecer a política de promoção à saúde, capacitar a atenção básica à saúde, por meio do Programa de Educação Permanente e dos Manuais para a Atenção Básica, e reforça os direitos à saúde do usuário, através de Carta dos Direitos dos usuário do SUS, pautada no Pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS. (BRASIL, 2006)

Em 2005, desenvolveu-se um Programa de Combate ao Racismo Institucional, visto que há estudos que demonstram que a mulher de raça negra recebe um pré-natal inadequado, apresenta mais riscos no puerpério, tem dificuldades de criar vínculo com a maternidade, tende a : não ter acompanhantes, ter partos longos e receber poucas informações sobre o início do trabalho de parto; o que difere dos cuidados dispensados às mulheres brancas. Deste modo, percebe-se que existem desigualdades raciais, principalmente entre as mulheres pardas e negras em comparação com as mulheres brancas (LEAL et al., 2017).

A Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 referente a Óbitos maternos, reafirmou o compromisso na redução da razão de mortalidade junto aos ODM e estabelece também a declaração e forma de preenchimento da Declaração de Óbito para inclusão no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), bem como a padronização de formulários para investigação de óbito materno. Nesse sentido, o MS, junto ao Centro de Vigilância e Epidemiologia, desenvolveu um Manual Técnico para que os Municípios possam desenvolver

ações, conforme os princípios e diretrizes do Comitê de Mortalidade Materna (BRASIL, 2002).

O Plano de Qualificação das maternidades (PQM), no ano de 2009, associado à PNH, foi vinculado a vinte e seis maternidades do SUS da região nordeste. Propôs mudanças voltadas para a redução de procedimentos invasivos, evitar o uso de medicalização durante o processo gravídico, melhorias entre as redes de acesso ao serviço de referência e contra referência, atenção de qualidade desde o acolhimento e discussão efetiva entre a equipe interdisciplinar e multidisciplinar, cuidado individualizado e fragmentado, oportunidade de ter ou não acompanhante, visando que a mulher tenha autonomia e liberdade de escolha para seguimento de sua gestação e parto (BRASIL, 2012)

Em 24 de junho de 2011, a Portaria N° 1.459 instituiu a Rede Cegonha no SUS, a qual visa oferecer cuidados no planejamento reprodutivo de modo humanizado durante a gestação, parto, puerpério, para o recém-nascido e a criança em toda parte do território brasileiro. A Estratégia da Rede Cegonha, desde sua implantação, facilita as ações do pré-natal, ao agilizar o agendamento das consultas para evitar demora. Nesse sentido, o enfermeiro faz o primeiro contato e acolhimento com a gestante e agenda a próxima consulta, fato reconhecido pelas gestantes como um modo de cuidado e proximidade com a enfermeira (GOMES et al., 2019).

A assistência pré-natal é um cuidado precoce, que auxilia a gestante e os profissionais de saúde a precaver possíveis doenças durante o ciclo grávido. É uma forma de prevenção de saúde materna e neonatal, diminuindo as possibilidades de internação e intervenção. A gestante recebe na primeira consulta o cartão de gestante, que tem sua identificação, algumas orientações sobre a rotina da unidade para seus próximos agendamentos e os horários de atendimento e consultas de enfermagem, médicos entre outros profissionais. Também é verificado o seu cartão de vacinas e ela é orientada quanto às atualizações, lista de exames para o primeiro trimestre, e é informada sobre se existe na unidade um grupo de gestantes ou palestras referente à gestação e aos cuidados com o recém-nascido. Durante as consultas, a gestante deve questionar e apresentar suas dúvidas ao profissional de saúde e o mesmo deve explicar e acolher essa mulher e sua família de modo humanizado e individualizado (BRASIL, 2016).

O primeiro trimestre de gestação é um indicador de qualidade para os cuidados frente à gestante, quanto mais precoce o início de seu acompanhamento menor serão as taxas de complicações. As consultas devem ocorrer mensalmente até o período gestacional de 28^o semanas. Após a 28^a semana até a 36^o semana, o acompanhamento deve ser quinzenal e após a 36^o semana, as consultas devem ser semanais até a data do nascimento. Durante as

consultas, é necessário que se faça a anamnese e avaliação do estado de saúde da gestante e feto por meio de exame físico, exame específico à gestante, exame ginecológico e exames complementares que irão nortear as ações, intervenções e planejamento da assistência (BRASIL, 2013).

Entretanto, nota-se que as ações realizadas na assistência pré-natal nem sempre acontecem com o padrão referido acima. Algumas gestantes buscam auxílio em pronto atendimento médico, muitas não participam de grupos de gestantes e das rodas de conversas para esclarecer as dúvidas e aprender mais sobre a gravidez, parto e puerpério. Jorge et al. (2015) referem que a assistência pré-natal prestada pelos enfermeiros está alicerçada nas políticas públicas de saúde e nos programas do Ministério de saúde voltados à saúde da mulher e da criança.

Portanto, este breve histórico mostrou que a saúde da mulher desde a década de 80 sempre esteve nos contextos políticos e sociais voltados às melhorias no atendimento, visando o combate à mortalidade materno-infantil. Nos dias atuais, ainda se buscam propostas e formas para atingir as metas assumidas pelo Brasil frente aos organismos internacionais e o compromisso com as próprias mulheres e famílias, em especial as mais vulneráveis. Uma assistência integral, que priorize os princípios do SUS, que ofereça saúde a todos, que reconheça as limitações e necessidades do cliente, de modo coletivo, sem discriminação e desigualdades, pode ser uma forma de atingir êxitos nas ações voltadas às gestantes e família (NETO et al., 2008; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

Em relação aos profissionais da saúde, observam-se avanços na qualificação profissional da atenção primária por meio de aperfeiçoamento e capacitações de fácil acesso, geralmente informatizadas, o que tem permitido o crescimento desses profissionais, inseridos na rede de atenção básica em diversos níveis de habilitação e qualificado nas equipes de saúde das unidades de saúde da família (USF) e unidade básica de saúde (UBS). Esses avanços têm contribuído para intervenções e implementações positivas com alcances atuais como planejamento reprodutivo, cobertura da assistência pré-natal, oferecimento de assistência ao parto, referência internacional quanto aos cuidados dispensados frente a aleitamento materno e imunização, reduzindo a mortalidade infantil (MI) e as desigualdades sociais. Entretanto, a mortalidade materna (MM), permanece com altos índices, associada a causas evitáveis. Uma delas é o aborto ilegal, que coloca as mulheres em risco ao não terem escolhas e passarem por procedimentos e métodos inseguros. Ademais, ainda existem muitas fragilidades nos serviços de referência e contra referência, altos índices de cesáreas inapropriadas com nascimentos

prematturos e intervenções durante o parto de baixo risco, desqualificado a assistência e aumentando a taxa de mortalidade materna (LEAL et al., 2018).

Os retrocessos políticos em direção ao SUS são preocupantes e o têm impactado negativamente, pois os programas de saúde auxiliam os principais determinantes de saúde e sociais (LEAL et al., 2018). Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que teve mudança no ano de 2017, com alteração no modelo, reconhece todas as estratégias de saúde da família como atenção básica, porém com uma proposta de financiamento reduzido, perdas de recursos, num momento político instável, pois as últimas reformas não têm reconhecido a necessidade de implementações associadas às tomadas de decisões socioeconômicas e políticas, o que pode representar um retrocesso para os usuários e os profissionais (ALMEIDA et al., 2018).

2.2 Qualidade da assistência pré-natal na atenção primária

A qualidade dos serviços do pré-natal, que está associada aos índices de mortalidade materna, revela a condição social de um País e o nível de desenvolvimento socioeconômico e humano e são fontes de indicadores determinantes para a melhoria na atuação. Alencar e Junior (2006) relatam que grande parte das mortes acontecem por causas obstétricas evitáveis. As principais causas de óbitos no Caribe e América Latina são os quadros de hipertensão arterial sistêmica, já na África e Ásia as principais causas de óbitos estão relacionadas aos quadros hemorrágicos.

A morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou nos 42 dias seguintes ao termo da gravidez, independentemente da duração e do local da gravidez, e a partir de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu tratamento, menos causas acidentais (OMS, 1997). As causas mais frequentes são os casos de eclampsias, hemorragia gestacional, aborto, infecção puerperal, que são acentuadas pelo efeito fisiopatológico desde o início da gestação até um ano de puerpério (BRASIL, 2002).

Portanto, o acompanhamento durante o pré-natal deveria propiciar um cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal para que as gestantes possam ter um parto e nascimento saudável, evitando complicações e risco à parturiente e ao bebê, englobando os aspectos emocionais, sentimentais e preventivos por meio de orientações para com essa gestante, apresentando as mudanças corporais e seus desenvolvimentos como nutriz (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, não basta número de consultas, exames e procedimentos técnicos. Santos e Souza (2017), apontam a qualidade da abordagem durante as consultas e a qualificação dos profissionais para uma atuação voltada à gestante e à sua família, de modo a respeitar suas escolhas frente ao seu corpo, por ser um período de transformação corporal, de turbilhão de sentimentos, desejos.

Falamos então de outra medida de qualidade: aquela que pode ser diferenciada com um diálogo respeitoso, a forma de olhar sem julgamentos, demonstrando confiança e respeito antes de qualquer intervenção, com atenção à privacidade. A escuta desinteressada, a falta de acolhimento às necessidades de saúde ou o acolhimento agressivo, repressor, que não respeitaram os direitos humanos, as equipes de saúde sem qualificação para atuar junto aos cuidados a mulher, afastam a gestante que, sentindo-se "mais uma", troca poucas palavras com o profissional e, por vezes, não reconhece seus direitos como mulher e cidadã. (SANTOS; SOUZA, 2017).

Em 2012, o Ministério de Saúde apresentou 10 itens para garantir a qualidade do Pré-Natal na atenção básica.

Quadro 1- 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

Orientações para Qualidade do Pré-Natal

1° PASSO:	Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12 ^a semana de gestação (captação precoce)
2° PASSO:	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3° PASSO:	Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4° PASSO:	Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5° PASSO:	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6° PASSO:	É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7° PASSO:	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja

	necessário
8° PASSO:	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9° PASSO:	Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10° PASSO:	As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: (Brasil, 2012).

Portanto, o acolhimento nas consultas pré-natais, ferramenta essencial na atenção primária, pode ser identificado pela boa receptividade da gestante, na escuta de qualidade, na forma como suas dúvidas são recebidas pelo profissional, rompendo as barreiras, não restringindo o cuidado a protocolos e exames de rotinas, observando atentamente suas necessidades, o que propicia um elo na relação entre profissional e gestante (AGUIAR et al., 2013).

Outra medida importante que se refere à qualidade do pré-natal é a qualificação profissional. Recomenda-se que os profissionais estejam sempre atualizados para que possam contribuir com ações de excelência no cuidado integral, comprometidos com a qualidade e qualificação no processo gravídico durante o parto e o puerpério, conectados às inovações e tecnologias da atenção básica (SANTOS; SOUZA, 2017).

O profissional enfermeiro tem sido apontado como adequado para lidar com esta população. A pesquisa de Gomes et al. (2019) aponta que as gestantes gostam de realizar a consulta de enfermagem, pois elas referem que as enfermeiras são simpáticas, agradáveis e alegres, têm calma e explicam durante o exame físico, além de a consulta ser mais longa. Por outro lado, se queixam da demora para serem atendidas nas consultas médicas. Portanto, a insatisfação das gestantes perpassa as dificuldades com a rede de atenção (falhas nos serviços de contra referência), a demora nos resultados dos exames e a falta de medicações, aspectos que podem ser intensificados pela falha na comunicação entre paciente e profissional, uma vez que não há um reconhecimento da intersubjetividade, ao não realizar uma escuta qualificada e impor barreiras ao diálogo.

O Decreto Nº 94.406, de 8 de junho de 1987, sobre a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício da enfermagem. Afirma que a atuação do enfermeiro pautada no processo de enfermagem durante a consulta de enfermagem, o desenvolvimento da anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, prescrição de

enfermagem, avaliação e evolução, são funções do enfermeiro, assim como o é prescrever medicações vinculadas ao programa de saúde pública, conforme protocolo da instituição municipal de serviços para que o enfermeiro possa realizar a consulta de enfermagem (BRASIL, 1987).

Além desse Decreto, o Coren SP (2019), visando qualificar a assistência de enfermagem à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, cria um protocolo de assistência para unificar e atualizar os profissionais de forma padronizada, descrevendo as atribuições da equipe de enfermagem. Nesse contexto, apresenta as atribuições do Enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no pré-natal de risco habitual, pautado no Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério de Saúde e na nova PNAB de 2017. Quanto ao trabalho do enfermeiro, esse consiste em criar um fluxograma de atendimento, desde a suspeita de gravidez, reforçar o acolhimento e o elo entre profissional e usuário desde a primeira consulta, criar um modelo de histórico e entrevista, e apresentar o processo de enfermagem, englobando o exame físico geral e específico das gestantes, detalhando-o passo a passo, com figuras ilustrativas que facilitam o aprendizado. Ademais, apresenta um quadro apontando os possíveis diagnósticos de Enfermagem, dialogando com as principais intervenções e implementações de enfermagem para orientar a cliente durante a consulta pré-natal, baseado no NANDA I e NIC (Nursing Interventions Classification) e complementado com diagnósticos e intervenções no atendimento pré-natal da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Destaca-se a importância da avaliação de vulnerabilidades, riscos, fatores associados à gestação de alto risco e sugerir um plano de parto, no qual se registram todas as ações do acompanhamento pré-natal.

Não se pode negar que a qualidade do pré-natal deve ser pautada pelos cumprimentos que estão estabelecidos pelos vários manuais e normas do Estado de São Paulo e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2000; 2005; 2010; 2012; 2016a; 2016b; 2016c; FEBRASGO, 2014; Unicamp/Ministério da Saúde, 2017). Nesse sentido, essas diretrizes reconhecem que o pré-natal é denominado de adequado ou de qualidade quando existe o registro de frequência, no mínimo, seis consultas durante o ciclo gravídico, presença de resultados de exames, calendário vacinal em dia, uso de medicamento como sulfato ferroso, anotação de cinco exames físicos (os quais as gestantes dizem ser de aferição de pressão arterial), exame de citologia oncológica e obstétrica, e quatro anotações referente à orientação. Portanto, esses registros ditam uma qualidade mensurada por números e registros, que não estão acontecendo de modo adequado (TOMASI et al., 2017).

Porém, ao pensar no cuidado integral na Atenção Primária à Saúde (APS), remete-se aos princípios dos SUS e a conceitos como a saúde sendo um direito de todos, além de um serviço de qualidade (ASSIS, 2014). Desse modo, entende-se que para atingir os princípios do SUS é preciso que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde, o que muitas vezes é um desafio, devido a classe social, situação econômica, organização dos serviços, falta de treinamento dos profissionais e poucos funcionários, entre outros obstáculos. O acolhimento necessita de uma escuta de qualidade, uma interação com o usuário, desde a recepção, as consultas, os encaminhamentos e demais ações feitas na unidade de forma a atingir as necessidades de saúde do cliente e proporcionar a criação de vínculos, o que melhora o processo terapêutico. Nesse sentido, as linhas de cuidado englobam a rede de serviços em que os profissionais de saúde buscam atender as necessidades do cliente de modo integral e não fragmentado, valorizando-as na proposição do cuidado centrado no usuário. Outro elemento é a responsabilização, a qual auxilia no enfrentamento do processo saúde e doença e a resolubilidade, que visa resolver e solucionar as questões do usuário e da comunidade (STARFIELD, 2007; JESUS e ASSIS, 2010; ABRAHÃO, 2014; ASSIS, 2015).

Portanto, esse conjunto de ações potencializa a política de saúde pública, visando os princípios do SUS, principalmente a integralidade voltada para o cuidado, que permite um olhar ampliado para além da doença, pautada no conhecimento tecnocientífico e morfofuncional, mas que também atenda a intersubjetividade do ser, como um projeto de felicidade que permanece como um desafio na área da saúde (AYRES, 2009).

Favoreto (2008, p. 101 e 102) refere que:

Neste contexto, a integralidade, mais do que uma temática ou um conceito, assume o papel de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas práticas. Por outro lado, ela baliza este olhar sobre a realidade por estar, em essência, referenciada nos princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania em suas prerrogativas como a universalidade e equidade do acesso e da atenção. A integralidade se estabelece como uma imagem objetiva que promove novos patamares para a abordagem das questões da saúde, seja em relação à definição de estratégias de expansão de serviços de saúde ou de mudanças do modelo assistencial e de suas práticas. A integralidade, quando centra no sujeito (em suas necessidades e expectativas) o objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais, obriga a discussão de questões que são transversais às ações de saúde como a efetividade, continuidade e terminalidade do cuidado ofertado. Dá relevo às relações entre os sujeitos envolvidos no projeto do cuidado e, por conseguinte, abre o cenário dos serviços e das práticas para o diálogo entre diferentes saberes (biomédicos e não biomédicos).

O conceito de integralidade foi usado pela primeira vez atrelado aos princípios do SUS, conhecido com integralidade em saúde, para depois inserir a perspectiva do cuidado. Aborda o direito do usuário e o serviço de saúde. Considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Reconhece a importância da integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2004).

Originou-se nos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, entre os anos 70 a 80, reivindicando melhorias e relacionando a saúde à qualidade de vida e ao trabalho, gerando novas políticas públicas de atenção ao usuário (PINHEIRO; MATTOS, 2009). Segundo os autores, a integralidade é direcionada por três movimentos ou sentidos, sendo eles: a integralidade associada ao bom desempenho das medicinas; a integralidade voltada à organização e prática; e, por último, a integralidade correlacionando as devolutivas governamentais e as dificuldades na saúde.

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde, o da integralidade é um dos mais complexos para se conceituar, pois ocorre quando conseguimos correlacionar o direito universal e a equidade na atenção à saúde, através da assistência de qualidade. É discutida desde a década de 50 e 60, e, em 1920, os Estados Unidos conceituam atenção integral e integralidade, baseada na organização das práticas de saúde, numa visão ampliada do processo de saúde e doença e na visão do cliente como um todo biopsicossocial (MELLO; VIANA, 2012).

A inserção da integralidade na saúde implica diversos obstáculos relacionados às múltiplas faces setoriais, aos desafios sociais, ao planejamento político, ao processo de saúde-doença e aos diversos setores profissionais. Pode-se visualizar a integralidade na prática quando existem correlação entre esses setores, atingindo as equipes de forma interdisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar (COELHO et al., 2009).

A criação do PAISM trouxe um novo conceito de integralidade, baseada na assistência à mulher durante todo ciclo da vida. Em 1984, implantaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a descentralização do sistema de saúde, e ampliou-se a discussão da reforma sanitária sobre os direitos de todos. Em 1990, a implantação das Unidade de Saúde da Família (USF), inicialmente como Programa de Saúde da Família (PSF) mostrou as dificuldades do olhar integral (KALICHAMAN; AYRES, 2016).

Reconhecendo a complexidade do processo saúde-doença, se faz indispensável uma equipe interdisciplinar, muitas vezes ainda dirigida pelo profissional médico, no desempenho de cuidados. A formação de profissionais na área da saúde atualmente propõe um perfil que privilegie a ética, a humanização, com conhecimentos técnicos para o seu exercício profissional, com uma visão generalista e raciocínio crítico (BATISTA, 2012). Portanto, a equipe multidisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar busca uma maneira efetiva para solucionar as necessidades de saúde articuladas às políticas públicas, considerando a contextualização ideológica da área, bem como os diversos aspectos do cuidado, sendo emocional, físico e espiritual (COELHO et al., 2009).

Nesse sentido, a formação através da educação interprofissional tem sido apontada como um modelo que privilegia o cuidado integral na formação dos profissionais de saúde, em que o aluno aprende a trabalhar e se desenvolver em equipe durante os anos de estudos, aliando o conhecimento científico às vivências práticas, a reuniões com a equipe multiprofissional em diversos focos, à tomada de decisões e discussão. Nesse modelo, o aluno conhece a área de atuação do outro profissional, respeitando suas diferenças e conseguindo compreender a importância do cuidado integral, focado na saúde do indivíduo. O professor passa a ser o mediador durante os encontros, interage com os alunos, demonstra criatividade e reage a trocas para novos caminhos, reafirmando os compromissos com o Sistema Único de Saúde, o que colabora para a formação e atuação de profissionais aptos a desenvolver a integralidade em saúde (BATISTA, 2012).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- ✓ Mapear o estado da arte do cuidado Pré-Natal na atenção primária, segundo a integralidade do cuidado.

3.1.1 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar os fatores que se articulam com a integralidade do cuidado no pré-natal.
- ✓ Avaliar os desafios e alcances da integralidade do cuidado no Pré-Natal.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento

Trata-se da metodologia de pesquisa de revisão, tipo *Scoping Review*, ou estudo de escopo, que é uma revisão de literatura recente e compreende uma habilidade de mapear os estudos relevantes referente à temática. A *Scoping Review* busca uma questão ampla que pode abordar mais de um tópico da pesquisa, mostrando a sua aplicabilidade, com questionamentos menos específicos e análise dos estudos incluídos na pesquisa (INSTITUTO JOANNA BRIGGS, 2015).

Conforme o Instituto Joanna Briggs (JBI, 2015), a revisão de escopo pode ter sua pergunta de pesquisa baseada nos diversos tipos de revisão de literatura, as quais apresentam conteúdo específico durante a seleção, o modo de avaliar os estudos e as formas de apresentar os achados. O método de escopo se diferencia das outras abordagens de revisão de literatura, por exemplo, da revisão sistemática, que consiste em ser mais completa, ou da meta-análise, que faz uma análise estatística dos resultados, ou as revisões bibliográficas, que são mais tradicionais e fazem uma descrição dos achados, ou ainda as revisões narrativas, que apresentam a síntese da pesquisa e a revisão estruturada e não usam qualquer definição, usam rótulos.

A metodologia de escopo busca resultados amplos e relevantes sem limitações, seguindo alguns estágios para a estrutura do método, baseado no desenvolvimento do protocolo, que contém a identificação do título de pesquisa, objetivo da pesquisa e a pergunta da pesquisa, baseada no PCC (População, Conceito e Contexto). Em seguida, é estabelecida a estratégia de busca e identificação de estudos relevantes, frente aos critérios de inclusão e exclusão, caracterizando a forma de extração e mapeamento dos resultados, segundo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). As etapas finais contemplam a tabulação dos dados, a discussão e as conclusões dos resultados.

A pesquisa em questão não envolveu seres humanos, desse modo não teve a necessidade de ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/2016, para a sua aprovação, pois a coleta de dados consiste em uma revisão de estudos científicos publicados em bases de dados. Atualmente o JBI (2017), recomenda que a revisão esteja associada à implementação na prática baseada em evidência. A presente pesquisa está associada a um Projeto de Pesquisa que recebeu recursos

da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), intitulada: Avaliação da atenção à saúde no pré-natal segundo estudo epidemiológico e revisão crítico-reflexiva. O presente estudo consta a Etapa 1- *Scoping Review* sobre qualidade do pré-natal, com o objetivo: no mapeamento frente a *Scoping Review*. É coordenado pela Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro da Universidade Federal de São Carlos, professora sênior do Departamento de Enfermagem.

Desse modo, foi seguido o Protocolo, conforme recomendações do referencial metodológico adotado pelo (JBI, 2017), baseado na *Scoping Review* para nortear as buscas e o fichamento de estudos para a compreensão e entendimento dos artigos e demais publicações, para que dessa forma possamos atingir nosso objetivo. O Protocolo de pesquisa utilizado neste estudo, detalhado no Apêndice 1, (página 117).

4.1.1 Pergunta de pesquisa

No método *Scoping*, a pesquisa traz como fundamentação inicial a definição da pergunta de pesquisa, na qual se identifica, cuja finalidade esteja de acordo com o método de pesquisa. O JBI (2017), recomenda que para a *scoping review* se use o método mnemônico denominado de PCC, que é visto da seguinte maneira: P representa a População a ser estudada e selecionada; C refere-se ao Conceito a ser definido e questionado ou evidenciado; e, o outro C diz respeito ao Contexto (em qual contexto, social, econômico, demográfico entre outros). Através desse método mnemônico se constrói a pergunta de pesquisa que esclarece de modo amplificado os critérios de inclusão e exclusão de estudos, para que a pesquisa caminhe traçando as buscas.

4.1.2. População

Trata-se de uma amostra de estudos que inclui cuidados à gestantes ou mulheres grávidas, profissionais de saúde relacionados ao atendimento à mulher grávida, principalmente aos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária que são citados nos estudos científicos, o qual se adequa ao protocolo da *scoping review*, baseada na integralidade do cuidado pré-natal na atenção primária.

4.1.3 Conceito

Nesta *Scoping review*, considera-se estudos que abordassem o conceito da integralidade do cuidado em diferentes aspectos, não somente com um olhar direcionado à Integralidade como um princípio do sistema único de saúde, mas à integralidade de modo amplo, além da saúde, durante o desenvolvimento da atuação profissional voltada aos aspectos físicos, relacionada aos humanos, à prática do cuidado integral, voltada para o acolhimento e a escuta empática de modo adequado e o reconhecimento das necessidades do paciente e das equipes multidisciplinares e intersectoriais que se fazem presentes na área da saúde. Os artigos e demais estudos incluídos citam o estado da arte relacionando a qualidade da assistência pré-natal na atenção primária e os fatores que contribuem para a qualidade do pré-natal baseados na humanização e integralidade da saúde materno-infantil.

4.1.4 Contexto

O contexto desse escopo é o cuidado pré-natal na atenção primária. Dessa forma, a inclusão de publicações durante as buscas considerou as principais evidências que apontam ou reconhecem a importância da qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico, publicações que caracterizam a importância de inovações e implementações relacionadas à políticas públicas voltadas para a integralidade do cuidado à gestante nos serviços públicos de saúde, nas unidades básicas de saúde e nas unidades de saúde da família. Estudos publicados sobre a população de gestante baixo risco na atenção primária, abordando a evidência científica e a qualidade da assistência.

A pergunta de pesquisa está, conforme o método *scoping review*, definida de acordo com a temática sobre o mapeamento da integralidade do cuidado com aspecto geral na qualidade da assistência pré-natal na atenção primária:

- ✓ Qual o estado da arte sobre o cuidado pré-natal na atenção primária, segundo a integralidade?
- ✓ P (População): Gestante; Enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária;
- ✓ C (Conceito): Integralidade do Cuidado;
- ✓ C (Contexto): Cuidado pré-natal na atenção primária.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Para reconhecer os estudos relevantes foi analisado e identificado as palavras chaves, descritores nos títulos e resumos, e os termos de índice usados para descrever o artigo, sendo que essa seleção ocorreu por meio de 2 revisores/examinadores.

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa foram de selecionar estudos na íntegra e derivados de estudos científicos originais, variados, com diversos tipos de metodologia, como ensaios clínicos randomizado e não-randomizados, estudos bibliográficos, estudos documentais, experimentais, estudos de campo, estudos de caso, estudos de revisão, estudos reflexivos ou teóricos; com abordagens: Qualitativo, quantitativo, quantiqualitativo/misto, primários e secundários (revisões/reflexivos/teóricos) e de triangulação dos dados. As publicações também deviam estar em um dos três idiomas seguintes: espanhol, inglês e português; estar publicados no período de 1980 com o marco de início do PAISM até junho 2019.

Os critérios de exclusão foram aplicados a publicações relacionadas às gestantes de cuidados especiais/alto risco, atenção ao nascimento, parto, aborto, cuidados com puerpério, amamentação, serviços de atenção especializada na gestação, a cartas ao editor, resumos, anais de eventos científicos, sites ou mídias sociais, ferramentas ou dispositivos eletrônicos no pré-natal;

4.3 Estratégia de busca

Para a seleção dos estudos baseados no referencial metodológico foi buscado na literatura as pesquisas primárias, diversos tipos de métodos como revisões sistemáticas, meta-análises, documentos ministeriais, como as cartas, diretrizes, programas e políticas de saúde pública relacionados ao pré-natal, que trouxeram as estratégias recentes e posteriores ao Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), as portarias sobre as políticas públicas nos cadernos de atenção básica na saúde pública, cartilha, fichas de atendimento, relacionadas à assistência pré-natal, à qualidade da assistência na atenção primária voltada a mulher no ciclo gravídico, puerperal e da criança, aliado à humanização e integralidade do cuidado para um breve aprofundamento no assunto.

Segundo o JBI, para a estratégia de busca, foi definido algumas etapas iniciais como definição das bases de dados e plataforma de acesso. Para a seleção dos estudos e com a finalidade de conhecer outras pesquisas com a temática, optou-se por consultar: o Banco Digital de Teses e Dissertações, o Índice Cumulativo para a Literatura de Enfermagem e de

Saúde aliada ao CINAHL, a base de Dados COCHRANE de Revisões Sistemáticas (CDSR), LILACS operada pela BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), as bases de dados US Nacional Library of Medicine (PUBMED), a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), a base de dados multidisciplinar da SCOPUS, a base de dados Web of Science, publicações nacionais e internacionais disponíveis online publicadas na íntegra. Escolheu-se diversas bases para que pudesse se esgotar as fontes, sendo essas bases multidisciplinares e bases específicas da área de saúde.

Etapas da estratégia de busca:

- 1º Etapa: Realizado uma busca inicial nas bases da Scielo, BVS e Pubmed, para identificar as publicações de *scoping review* sobre a integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária.
- 2º Etapa: Buscado no DeCS, os descritores chaves o qual é usado como índice na busca de artigos, periódicos, livros, publicações científicas, entre outras, através do acesso na BVS como LILACS, MEDLINE, entre outras. Acessamos ao MeSH, criado para definir um vocabulário para a área da saúde, biomedicina, que auxilia nos termos para a busca de material científico e contempla assuntos que aparecem no MEDLINE/PubMed, entre outras, como o departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA

Na segunda etapa, definiu-se e identificou-se os descritores controlados/não controlados, os sinônimos e a definição do protocolo de pesquisa baseada na *Scoping Review*. Para melhor visualização, criamos o Quadro 2, presente no Item 2 do Protocolo (APÊNDICE 1), com exemplos dos descritores controlados e não controlados:

Quadro 2- Descritores controlados e não controlados

Descritores Controlados DeSC e MeSH	Descritores não controlados
Gestante Pregnant Pregnant Women Gravidity	Mulheres Grávidas Gestante Grávidas Mulher Grávida Parturiente Parturientes
Médico	Médico
Nurse Enfermeiras e Enfermeiros	Enfermeira Enfermeira e Enfermeiro Enfermeiras Enfermeiros e Enfermeiras

Perinatal Care Nursing Care Nursing Care Atención de Enfermería	Cuidados de Enfermagem Cuidado de Enfermagem Assistência de Enfermagem Atendimento de Enfermagem
Cuidado e integralidade do Cuidado: Comprehensive Health Care Quality of Health Care	Assistência Integral à Saúde da Mulher/Assistência Integral à Saúde das Mulheres/Atenção Integral à Saúde/Atenção Integral à Saúde da Atenção Integral à Saúde da Mulher/Atendimento Integral à Saúde da Mulher/Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)/Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).
Atenção Primária à Saúde: Primary Health Care	Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica à Saúde/Atenção Primária/Atenção Primária em Saúde/Atendimento Básico/Cuidados de Saúde Primários/Cuidados Primários à Saúde/Cuidados Primários de Saúde.

Fonte: Própria da Autora (2019).

Segue na próxima página o Quadro 3, com as bases de dados pesquisadas e a expressão de busca usada conforme o PCC.

Quadro 3- Base de dados pesquisadas e expressão de busca usada conforme o PCC

Base de Dados Pesquisada	Expressão de busca
BDTD	<p>(Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team); (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care) (Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care) (Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) (Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) AND (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care)</p>
CINAHL	<p>TI (pregnant women or pregnant woman or pregnancy or pregnant or expecting mother) AND AB (nurse or nurses or nursing) AND AB (doctors or physicians) AB (prenatal care or antenatal care) AND AB comprehensive health care AB ((prenatal care or antenatal care)) AND AB ((primary care or primary health care or primary healthcare)) AND AB comprehensive health care TI (prenatal care or antenatal care) AND TI (primary care or primary health care or primary healthcare) AB ((pregnant women or pregnant woman or pregnancy or pregnant or expecting mother)) AND AB ((nurse or nurses or nursing or healthcare professional)) AND AB ((primary care or primary health care or primary healthcare)) AND AB (comprehensive health care) AB (pregnant women or pregnant woman or pregnancy or pregnant or expecting mother) AND AB (nurse or nurses or nursing) AND AB (doctors or physicians) AND AB comprehensive health care AB ((pregnant women or pregnant woman or pregnancy or pregnant or expecting mother)) AND AB ((nurse or nurses or nursing)) AND AB ((doctors or physicians)) AND AB ((prenatal care or antenatal care)) AND AB ((primary care or primary health care or primary healthcare))</p>
COCHRANE	<p>"pregnant" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) "prenatal care" in Title Abstract Keyword AND "primary health care " in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)</p>

	<p>"prenatal care" in Title Abstract Keyword AND "Primary health Care" in Title Abstract Keyword OR "Quality of health care" in Title Abstract Keyword AND "comprehensive health care" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)</p> <p>"prenatal care" in Title Abstract Keyword AND "Primary health Care" in Title Abstract Keyword OR "Quality of health care" in Title Abstract Keyword AND "comprehensive health care" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)</p> <p>"prenatal care" in Title Abstract Keyword AND "Primary health Care" in Title Abstract Keyword OR "Quality of health care" in Title Abstract Keyword AND "comprehensive health care" in Title Abstract Keyword AND "nursing care" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)</p>
LILACS	<p>("PRENATAL") or "PRENATALCARE" [Palavras do resumo] and "PRIMARY HEALTH CARE" [Palavras]</p> <p>"COMPREHENSIVE HEALTH CARE" [Palavras] and ("PRENATAL") or "PRENATAL CARE" [Palavras do título]</p> <p>((("PRENATAL") and "CARE") or "PRIMARYCENTRAL" [Title words] and (((("QUALIYTY") or "HEALTHCARE") or "PRIMARY") or "HEALTHCARE" [Title words]</p> <p>("PRENATAL") or "PRENATALCARE" [Palabras] and "PRIMARY HEALTH CARE" [Palavras] and "COMPREHENSIVE HEALTH CARE" [Palavras]</p> <p>("NURSE") or "NURSECARE" [Palavras do resumo] and "COMPREHENSIVE HEALTH CARE" [Palavras] and "PRENATAL" [Palavras do resumo]</p> <p>("MEDICO") or "MEDICOS" [Palavras] and "COMPREHENSIVE HEALTH CARE" [Palavras] and ("PRENATAL") or "PRENATAL CARE" [Palavras do resumo]</p> <p>("PREGNANT") or "PREGNANTWOMEN" [Palavras do resumo] and ("PRENATAL") or "PRENATALCARE" [Palavras do resumo] and "PRIMARY HEALTH CARE" [Palavras]</p> <p>("NURSE") or "NURSECARE" [Palavras] and ("PRENATAL") or "PRENATALCARE" [Palavras] and "PRIMARY HEALTH CARE" [Palavras]</p> <p>(MÉDICO) or "MEDICOS" [Palavras do resumo] and ("PRENATAL") or "PRENATALCARE" [Palavras do resumo] and "PRIMARY HEALTH CARE" [Palavras]</p> <p>("PREGNANT") or "PREGNANTWOMEN" [Title words] and (((("NURSE") or "NURSING") or "MEDICARE") or "MEDICO" [Title words]</p> <p>"PREGNANT" [Palavras] and "QUALITY OF HEALTH CARE" [Palavras] and "COMPREHENSIVE HEALTH CARE" [Palavras]</p>
PUBMED	<p>((("Pregnant Women"[Mesh] AND "Health Occupations"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]</p>

	<p>((("Pregnant Women"[Mesh] AND "Nurses"[Mesh]) AND "Physicians"[Mesh]) AND "Comprehensive Health Care"[Mesh] "Prenatal Care"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (subset[text] OR medline[sb])) "Prenatal Care"[Mesh] AND "Comprehensive Health Care"[Mesh] AND ("loattrfull text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND jsubsetn[text]) ((((("Pregnant Women"[Mesh] AND "Nurses"[Mesh]) OR "Physicians"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Comprehensive Health Care"[Mesh]</p>
SCIELO	<p>(Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care) (Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care) (Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) (Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) AND (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care) (Pregnant Women) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) AND (Nursing Care) OR (comprehensive health care)</p>
SCOPUS	<p>TÍTULO-ABS-KEY ((grávida OU grávida E mulheres) E (enfermeiros OU médica E cuidar OU paciente E cuidado E equipe OU enfermagem e equipe)) E (EXCLUIR (SUBJAREA, "MEDI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "BIOC") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "SOCI") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "PSYC") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "IMMU") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "PHAR") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "AGRO") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "ARTE") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "NEUR") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "DENT") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "ENGI") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "MATEMÁTICA") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "BUSI") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "CENG") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "COMP") OU EXCLUÍDOS (SUBJAREA, "ECON ") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "ENER ") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "ENVI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "MATE") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "VETE") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "Indefinido")) TÍTULO-ABS-KEY ((pré-natal e cuidados E primária e saúde E cuidado) E (qualidade E de E saúde e cuidados E</p>

	<p>primária e saúde E cuidado)) E (EXCLUIR (LÍNGUA, "francês") OU EXCLUIR (LÍNGUA, " Polonês ") OU EXCLUIR (IDIOMA, "Holandês") OU EXCLUIR (IDIOMA, "turco") OU EXCLUIR (IDIOMA, "ALEMÃO") OU EXCLUIR (IDIOMA, "Russo") OU EXCLUIR (IDIOMA, "CHINÊS") OU EXCLUIR (IDIOMA, "Croata") OU EXCLUIR (IDIOMA, "Tcheco") OU EXCLUIR (LÍNGUA, "Finlandês") OU EXCLUIR (IDIOMA, "Lituano") OU EXCLUIR (IDIOMA, "SUECA")) E (EXCLUIR (SUBJAREA, "BIOC") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "AGRI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "IMMU")) OU EXCLUIR (SUBJAREA, "ARTES") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "NEUR") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "DENT") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "ENGI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "EAR") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "ENVI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "BUSI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "COMP") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "DECI") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "MATE") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "MATH") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "PHAR") OU EXCLUIR (SUBJAREA, "VETE")) E (EXCLUIR (SUBJAREA, "MEDI"))</p> <p>TITLE-ABS-KEY ((pregnant OR pregnant AND women) AND (nurses OR medical AND care OR patient AND care AND team OR nursing AND team) AND (perinatal AND care OR nursing AND care) AND (quality AND of AND health AND care OR comprehensive AND health AND care))</p> <p>TITLE-ABS-KEY ((pregnant OR pregnant AND women) AND (nurses OR medical AND care OR patient AND care AND team OR nursing AND team) AND (perinatal AND care OR nursing AND care) AND (quality AND of AND health AND care AND comprehensive AND health AND care))</p> <p>TITLE-ABS-KEY ((pregnant AND women) AND (prenatal AND care AND primary AND health AND care) AND (quality AND of AND health AND care AND primary AND health AND care) AND (nursing AND care) OR (comprehensive AND health AND care))</p>
WEB OF SCIENCE	<p>TÍTULO: ((Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team))Refined por: [excluded] ANOS DE PUBLICAÇÃO: (1979 OR 1978 OR 1977 OR 1976 OR 1974 OR 1973 OR 1970 OR 1964 OR 1962 OR 1955) AND [excluindo] IDIOMAS: (FRENCH OR SWEDISH OR GERMAN OR RUSSIAN) AND [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (GASTROENTEROLOGY HEPATOLOGY OR SOCIAL WORK OR TOXICOLOGY OR NUTRITION DIETETICS OR ZOOLOGY OR ARTS HUMANITIES OTHER TOPICS OR PHARMACOLOGY PHARMACY OR BEHAVIORAL SCIENCES OR PSYCHIATRY OR BIOCHEMISTRY MOLECULAR BIOLOGY OR CELL BIOLOGY OR PSYCHOLOGY OR BUSINESS ECONOMICS OR COMPUTER SCIENCE OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR EMERGENCY MEDICINE OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR HEMATOLOGY OR HISTORY OR NEUROSCIENCES NEUROLOGY OR HISTORY PHILOSOPHY OF SCIENCE OR LEGAL MEDICINE OR PEDIATRICS OR IMMUNOLOGY OR SOCIOLOGY OR MICROBIOLOGY OR VETERINARY SCIENCES OR ONCOLOGY OR CARDIOVASCULAR SYSTEM CARDIOLOGY OR OPHTHALMOLOGY OR</p>

RESPIRATORY SYSTEM OR CRIMINOLOGY PENOLOGY OR PHYSIOLOGY OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE OR SOCIAL ISSUES) AND [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (INFECTIOUS DISEASES OR SOCIAL SCIENCES OTHER TOPICS)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos

((Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care))Refinado por:

[excluindo] IDIOMAS: (FRENCH OR RUSSIAN OR GERMAN OR ITALIAN OR SLOVENIAN) AND

[excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (UROLOGY NEPHROLOGY OR BIOTECHNOLOGY APPLIED

MICROBIOLOGY OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR INFORMATION SCIENCE LIBRARY SCIENCE

OR EMERGENCY MEDICINE OR LEGAL MEDICINE OR PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL

HEALTH OR GASTROENTEROLOGY HEPATOLOGY OR OPERATIONS RESEARCH MANAGEMENT

SCIENCE OR GERIATRICS GERONTOLOGY OR SPORT SCIENCES OR RADIOLOGY NUCLEAR

MEDICINE MEDICAL IMAGING OR ONCOLOGY OR HEMATOLOGY OR ROBOTICS OR

ANESTHESIOLOGY OR SOCIAL ISSUES OR PEDIATRICS OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE

OR NEUROSCIENCES NEUROLOGY OR SOCIAL WORK OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR LIFE

SCIENCES BIOMEDICINE OTHER TOPICS OR PHARMACOLOGY PHARMACY OR ENGINEERING OR

LINGUISTICS OR PSYCHIATRY OR ORTHOPEDICS OR MATHEMATICAL COMPUTATIONAL BIOLOGY

OR REHABILITATION OR SOCIAL SCIENCES OTHER TOPICS OR MATHEMATICS OR RESEARCH

EXPERIMENTAL MEDICINE OR IMMUNOLOGY OR MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY OR

CARDIOVASCULAR SYSTEM CARDIOLOGY OR ENVIRONMENTAL SCIENCES ECOLOGY OR

OPHTHALMOLOGY OR COMPUTER SCIENCE OR TROPICAL MEDICINE OR PARASITOLOGY OR

EDUCATION EDUCATIONAL RESEARCH OR AUDIOLOGY SPEECH LANGUAGE PATHOLOGY OR

PATHOLOGY OR SCIENCE TECHNOLOGY OTHER TOPICS OR FAMILY STUDIES OR PHYSIOLOGY OR

SURGERY OR OTORHINOLARYNGOLOGY OR RELIGION OR BUSINESS ECONOMICS OR

REPRODUCTIVE BIOLOGY OR RHEUMATOLOGY OR RESPIRATORY SYSTEM OR SUBSTANCE ABUSE

OR SOCIOLOGY OR PSYCHOLOGY OR TELECOMMUNICATIONS OR TOXICOLOGY OR INFECTIOUS

DISEASES OR ARTS HUMANITIES OTHER TOPICS OR TRANSPLANTATION OR NUTRITION DIETETICS

OR BEHAVIORAL SCIENCES) AND [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (GENERAL INTERNAL MEDICINE

OR MEDICAL INFORMATICS) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI,

CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.

TÓPICO: ((Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care OR Primary health Care) AND

(Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care OR comprehensive health care)) Refinado por:

[excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (PSYCHOLOGY OR GENETICS HEREDITY OR RESPIRATORY SYSTEM

OR MEDICAL INFORMATICS OR SOCIAL WORK OR PEDIATRICS OR RESEARCH EXPERIMENTAL MEDICINE OR SUBSTANCE ABUSE OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR TROPICAL MEDICINE)

Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.

TÓPICO: ((Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care))Refinado por: [excluindo] IDIOMAS: (HUNGARIAN OR RUSSIAN OR FRENCH) AND [excluindo]

ÁREAS DE PESQUISA: (NUTRITION DIETETICS OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE OR PSYCHOLOGY OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR SCIENCE TECHNOLOGY OTHER TOPICS OR ENVIRONMENTAL SCIENCES ECOLOGY OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR GERIATRICS GERONTOLOGY OR PEDIATRICS OR ORTHOPEDICS OR RESPIRATORY SYSTEM OR PSYCHIATRY OR SPORT SCIENCES OR REHABILITATION OR UROLOGY NEPHROLOGY OR GENETICS HEREDITY OR SUBSTANCE ABUSE OR TROPICAL MEDICINE) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos

TÓPICO: ((Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care))

Refinado por: [excluindo] IDIOMAS: (HUNGARIAN OR RUSSIAN OR FRENCH) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos

TÓPICO: ((Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care))

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos

TÓPICO: ((Cuidado Pré-natal E Atenção Primária à Saúde) E (Qualidade da atenção à saúde e Atenção Primária à Saúde) Refinado por: [excluindo] IDIOMAS: (húngara ou russo ou francês) e [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA:

(ODONTOLOGIA ORAL MEDICINA cirurgia ou psicologia ou ENDOCRINOLOGIA metabolismo ou em ciência e tecnologia outros assuntos ou AMBIENTAIS CIÊNCIAS ECOLOGIA OU BIOMEDICÁVEIS CIÊNCIAS SOCIAIS OU GERIATRIA GERONTOLOGIA OU PEDIATRIA OU ORTOPEDIA OU SISTEMA RESPIRATÓRIO OU PSIQUIATRIA OU ESPÍRITO ESPORTIVO OU REABILITAÇÃO OU UROLOGIA NEFROLOGIA OU HEREDIDADE GENÉTICA OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS OU MEDICAMENTO TROPICAL)Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.

TÓPICO: ((Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care))

Refinado por: [excluindo] IDIOMAS: (HUNGARIAN OR RUSSIAN OR FRENCH) AND [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (NUTRITION DIETETICS OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE OR PSYCHOLOGY OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR SCIENCE TECHNOLOGY OTHER TOPICS OR ENVIRONMENTAL SCIENCES ECOLOGY OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR GERIATRICS GERONTOLOGY OR PEDIATRICS OR ORTHOPEDICS OR RESPIRATORY SYSTEM OR PSYCHIATRY OR SPORT SCIENCES OR

REHABILITATION OR UROLOGY NEPHROLOGY OR GENETICS HEREDITY OR SUBSTANCE ABUSE OR TROPICAL MEDICINE) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos

TÓPICO: ((Gestante OU Gestante) E (Enfermeiros OU Atendimento Médico OU Equipe de Assistência ao Paciente OU Equipe de Enfermagem) E (Cuidado Pré-natal E Atenção Primária à Saúde) E (Qualidade da Assistência à Saúde e Atenção Primária) E (Assistência Perinatal OU Cuidados de Enfermagem) E (Qualidade dos cuidados de saúde OU cuidados de saúde abrangentes)) Refinado por: [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (MEDICAL INFORMATICS OR PEDIATRICS OR TROPICAL MEDICINE) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.

TÓPICO: ((Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care))Refinado por: [excluindo] IDIOMAS: (HUNGARIAN OR RUSSIAN OR FRENCH) AND [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (NUTRITION DIETETICS OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE OR PSYCHOLOGY OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR SCIENCE TECHNOLOGY OTHER TOPICS OR ENVIRONMENTAL SCIENCES ECOLOGY OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR GERIATRICS GERONTOLOGY OR PEDIATRICS OR ORTHOPEDICS OR RESPIRATORY SYSTEM OR PSYCHIATRY OR SPORT SCIENCES OR REHABILITATION OR UROLOGY NEPHROLOGY OR GENETICS HEREDITY OR SUBSTANCE ABUSE OR TROPICAL MEDICINE)Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos

TÓPICO: ((Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care)) Refinado por: [excluindo] ÁREAS DE PESQUISA: (PEDIATRICS OR ORTHOPEDICS OR PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH OR BIOMEDICAL SOCIAL SCIENCES OR REHABILITATION OR GENETICS HEREDITY OR TROPICAL MEDICINE) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.

4.4 Seleção dos Estudos

Os estudos foram selecionados por meio da análise e identificação dos descritores nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo e essa seleção foi feita através de 2 revisores/examinadores.

Segundo Viana (2013), algumas pesquisas podem usar testes que auxiliam e preestabelecem os critérios de inclusão e exclusão como:

1-Teste de Sensibilidade: 2 examinadores, examinador 1 e examinador padrão, os dois devem apresentar os mesmos resultados frente aos materiais pré-selecionados que devem ser descartados por não abordar a temática.

2- Teste de especificidade: são 2 examinadores, examinador 1 e examinador padrão, os dois deverão selecionar as mesmas pesquisas frente à relevância do tema de pesquisa.

Os estudos devem responder à questão norteadora da pesquisa para ser inclusos ao escopo. A escolha dos estudos foi feita por meio da expressão de busca por 2 revisores, usando a mesma expressão de busca, nas mesmas bases e nos mesmos dias predefinidos. Os revisores examinaram de forma independente, respeitando o rigor científico relacionado ao método:

1ª Etapa: Selecionar um estudo através do título, relacionando-o à pergunta de pesquisa e apontar os estudos excluídos pela leitura do título. Selecionar estudos escolhidos pelo Resumo e pelas características voltadas à questão do estudo além de indicar os descartados após a leitura do resumo;

2º Etapa: Ler os textos completos dos artigos que foram selecionados na primeira etapa, através do título e resumo, para verificar se estão obedecendo os critérios de inclusão. Citar a quantidade de artigos excluídos e incluídos após a leitura completa dos textos;

3º Etapa: a decisão sobre os estudos que apresentam controvérsias ou diferenças de parecer entre os revisores pode ser resolvida através de análise e discussão, ou com um terceiro revisor.

4º Etapa: Ler e analisar as listas de referências bibliografias usadas nos estudos selecionados para o estudo, avaliar a relevância com base no seu título e resumo, observar e cumprir as etapas anteriores – tais passos foram utilizados com a perspectiva da fidedignidade dos estudos.

A seguir, o Quadro 4 apresenta a organização das bases de dados, números de estudos selecionados e excluídos em cada uma delas.

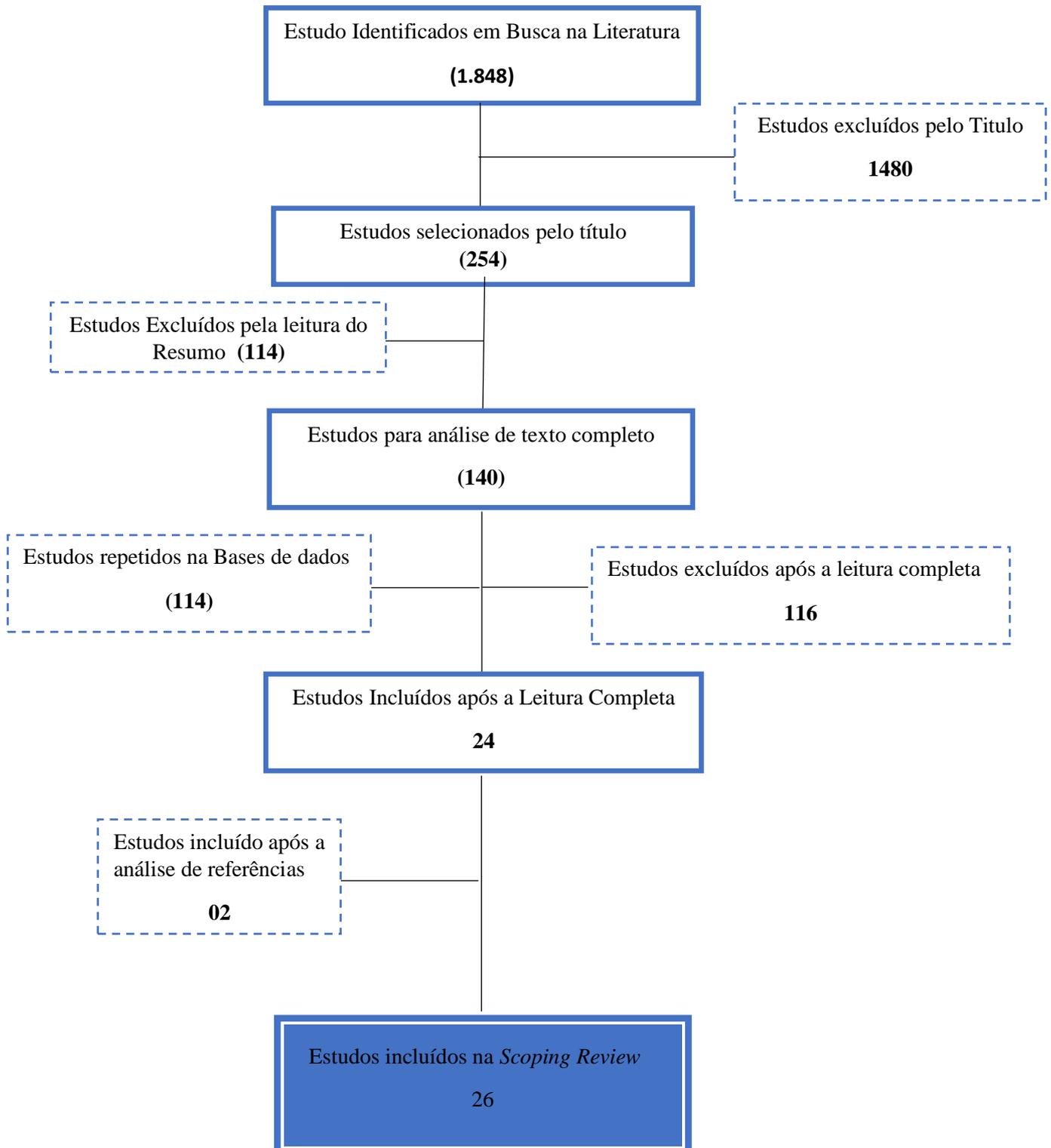
Quadro 4 - Organização das bases de dados, números de estudos selecionados e excluídos.

Bases de dados e Plataformas	Números de Estudos encontrados	Número de estudos incluídos após a leitura do título P1(Pesquisador 1) P2(Pesquisador 2)	Número de Estudos duplicados	Acordo entre os pares total de estudos	Número de estudos incluídos após leitura do resumo	Números de Estudo excluídos após a leitura na Integra	Número de Estudos Incluídos após leitura na integra
BDTD	72	P1 (32) P 2(21)	P1(8) P2(4)	30	10	5	5
CINAHL	17	P1 (4) P 2 (3)	P1(1) P2(0)	4	2	1	0
COCHRANE	537	P1(25) P 2 (18)	P1(9) P2(7)	14	1	1	0
LILACS	85	P 1 (33) P 2 (20)	P1(1) P2(0)	32	15	7	8
PUBMED	725	P 1(166) P2 (66)	P1(25) P2 (5)	119	76	67	09
SCIELO	52	P 1 (24) P2 (14)	P1(8) P2 (4)	23	21	20	1
SCOPUS	257	P 1 (43) P2(41)	P1(12) P2(10)	22	11	10	1
WEB OF SCIENCE	113	P1 (24) P2(20)	P1(10) P2 (10)	10	4	4	0
TOTAL	1.848	P1(351) P2(183)	P1- 74 P2- 40	254	140	115	24

Após realizar o processo de seleção conforme descrito na primeira, segunda e terceira etapas mencionados anteriormente, foi desenvolvido a quarta etapa, em que foram revisadas as referências bibliográficas e feito a seleção de artigos pelos títulos e resumo além da leitura completa dos selecionados.

Para melhorar a visualização, foi criado um fluxograma com a sequência dos dados, segundo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma), com os resultados expostos a seguir.

Fluxograma 1- Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos da Revisão, de acordo com a recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Prisma (GALVÃO, PEREIRA, 2015).



Foram identificados 1.848 registros, relacionadas à integralidade do cuidado e do pré-natal na atenção primária pelos dois examinadores. O pesquisador um selecionou 351 estudos e o pesquisador dois 183. Pelo título dos estudos, excluímos 114 artigos duplicados. O terceiro revisor observou as discrepâncias, analisou os títulos novamente e selecionou 254 estudos para a análise do resumo. As buscas aconteceram entre os meses de abril e julho de 2019, por dois pesquisadores, na mesma data e nas mesmas bases pelo portal da Capes Periódicos, discutíamos as discordâncias com um terceiro investigador, o qual sempre permeava a questão norteadora no consenso para tomada de decisão.

Foram excluídos 114 estudos pelo resumo e selecionado 140 para leitura completa, desses excluídos 116 estudos e selecionado 24 estudos. Após ter selecionado esses 24 estudos, observado as referências bibliográficas dos mesmos e selecionado 31 artigos, dos quais 4, já fazem parte dos 24 estudos incluídos, 12 estudos estavam duplicados, 13 estudos foram excluídos e selecionado um total de 2. Assim, o total de estudos para realizar o mapeamento do estado da arte e analisar a integralidade do cuidado pré-natal é de 26 estudos, sendo que dois estudos eram teses, quatro eram dissertações e os demais eram artigos científicos.

4.5 Análise dos Dados

Após todas as etapas do *Scoping Review*, foi realizada uma Análise de Conteúdo-Modalidade Temática segundo Bardin (2011), complementado por Minayo (2008), que previu as seguintes etapas: A) Pré-análise ou Fase 1 - organização do material estudado. Foi feita leitura flutuante, ou seja, um primeiro contato com os documentos decorrentes da *Scoping Review*.

B) Exploração do material ou Fase 2 - Nessa fase foram determinadas as categorias previamente, tomando como base a definição de integralidade que a remete a quatro eixos estreitamente interrelacionados na organização da atenção à saúde: eixo das necessidades, eixo das finalidades, eixo das articulações, eixo das interações (AYRES, 2009).

Ayres (2009), cita esses quatro eixos em que a integralidade pode ser aplicada, sendo eles: Eixo das necessidades: baseada na escuta, na qualidade de ouvir e como ouvir, não somente estar de corpo presente, mas estar inteiro nessa interação, buscando proximidade do sujeito, acolhendo-o como um todo, por meio de um diálogo que abra espaço para as suas fragilidades e não somente trate da patologia do cliente. Eixo das finalidades: compreende reconhecer as limitações do usuário, identificando formas de orientá-lo, desenvolver a sabedoria prática de aconselhar as ações planejadas para sua melhora. Eixo de articulação:

unifica os saberes da equipe multiprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial atingindo resultados, conforme a necessidade do usuário e da comunidade. Eixo das Interações: visa desconstruir os atendimentos formais baseados em técnicas e processos sistemáticos, desmitificar o dialogo frente ao usuário/família e profissional, fornecendo abertura para falas e dizeres, o que concretiza os eixos citados acima. Segundo Ayres (2009), existem três proposições conceituais para os modelos de atenção à saúde no princípio da integralidade: a vulnerabilidade, no sentido de reconhecer a necessidade de conversar com outras áreas do conhecimento científico e empírico para gerar novos saberes reflexivos; o cuidado reconhecido como uma série de atitudes sensíveis, acolhendo a solicitações do cliente; e a humanização, como saber fazer a prática do saber, gerando encontros e diálogos

C) A inferência e a interpretação ou fase 3 - Esta etapa do processo de Análise do Conteúdo-Modalidade temática é denominada tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesse momento procurou-se articular os sentidos dos eixos de cada estudo, produzindo uma nova redação que apreendesse o sentido prático do princípio da integralidade. Portanto, os estudos foram classificados, caracterizados e resumidos a fim de construir uma nova leitura dos resultados, segundo os eixos acima. Para tanto, foi realizado um resumo narrativo com discussões sobre os resultados, descrevendo a relação entre eles e a questão norteadora do presente estudo.

Outra análise efetuada foi a identificação do conceito de integralidade nos estudos selecionados, o que permitiu identificar as limitações encontradas nas publicações e as contribuições para a prática e políticas de saúde, bem como a proposição de recomendações e avanços nessa área, considerando a questão norteadora do presente estudo. Nesse sentido, Ayres, (2004) é um dos autores que tem discutido o conceito de integralidade do cuidado. Ele recupera a importância do olhar individualizado, do cuidado com outro, por meio do diálogo, que mais se parece com um encontro terapêutico, no qual o paciente tenha oportunidade de se abrir e relatar sobre sua vida, numa sabedoria prática que resgata o sentido de si, diferentemente de uma consulta tradicional, que por vezes causa estranhamento, dada a sua distância de uma consulta de rotina, pouco flexível com prescrições medicadas, exames e procedimentos. Heidegger (1995, apud Ayres, 2004), conceitua cuidado como próprio do ser humano, reconhecido como curadoria do inconsciente e sem intenção, devido às transformações vividas, e movido pela ação de autorreflexão e autoconhecimento para cuidar de si, resgatando durante a assistência a humanização e ressignificando a vida do cliente. Na descrição da análise optou-se em descrever, de forma sintética, os resultados de cada estudo, que foram identificados pela letra (E) seguido do numeral e País de origem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 26 estudos selecionados, publicados no período de 1990 a 2019, encontrou-se quatro estudos no período de 1990 a 2007, entre 2008 e 2012 foram mapeados oito estudos, no ano de 2014, um estudo, em 2015, quatro estudos, em 2017, quatro estudos, em 2018, três estudos e em 2019, dois estudos. Desse modo, se observa uma maior publicação de estudos a partir do ano de 2015.

5.1 Descrição do perfil dos periódicos selecionados segundo os critérios pré-estabelecidos

Os estudos foram publicados em revistas nacionais e internacionais, as dissertações e teses publicados em um banco nacional. Os periódicos nacionais com total de dez estudos, dois estudos publicados pela revista, *Ciência & Saúde Coletiva*, um artigo na revista *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, dois artigos da *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, uma publicação da *Revista online de pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto*, um estudo da *Revista de APS, Atenção Primária à Saúde*, dois estudos do *Caderno de Saúde Pública*, e um artigo da *Revista Gaúcha de Enfermagem*.

Dos estudos publicados em periódicos internacionais, dez foram publicados nos periódicos: *Women and Birth* (três), *Curationis* (um), *Journal Midwifery Womens Health* (três), *Journal of Obstetric* (um), *Gynecologic, & Neonatal Nursing* (um), *Revista Ciencia y Enfermería* (um), e *BMC Women's Health* (um).

Desses estudos, (quatro) são dissertações, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (um), do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (um), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (um), e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/Campus Sobral (um). Ainda apresentamos duas são Teses da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Os periódicos foram analisados e feito a exposição do perfil segundo: período de Publicação dos Estudos, nacionalidade (Nacionais /Internacionais), tipo de estudo (Testes e Dissertações) e Continentes e Países.

O mapeamento dos estudos revelou que, grande parte deles se referem à aplicação e análise de pesquisas dos Países da América, com um número de 25 artigos que mencionam o estado da arte no cuidado pré-natal centrado na mulher, baseado na integralidade do cuidado. Sendo na Argentina (um), do Brasil (dezoito), da Gauteng Província Ovince (um), do Tennessee (um), Texas (um) e dos Estados Unidos (três). As publicações que mais citam os cuidados pré-natais centrados nas gestantes são os Países da Ásia, como Arábia Saudita (um) e Tailândia (um). Evidenciou-se nessa seleção pesquisas realizadas no continente Europeu, no País de Dublin (um), e na Oceania, com um estudo da Austrália (um).

A partir dos resultados, foi possível observar um equilíbrio entre estudos nacionais e internacionais, mas a predominância foi da América do Sul. Pode-se inferir que a criação no Brasil do SUS e a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ordenadora do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) tenham melhorado o acesso aos serviços de saúde no país e a ampliação da concepção de saúde, com vistas à integralidade (BRASIL, 2012; PAIM et al., 2011). Por outro lado, esse modelo se encontra em ameaça, dado que a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB, 2017) reduz a prioridade para a ESF, uma vez que define incentivos financeiros para outros tipos de equipe básica, sem a presença do agente comunitário de saúde. Ao mesmo tempo, cria obstáculos a qualquer trabalho em equipe ao definir uma carga horária menor dos profissionais durante a semana, impossibilitando a efetivação dos atributos de uma Atenção PS longitudinal e colocando em risco a atenção integral em saúde (CASTRO et al. 2012; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

5.2 Descrição dos estudos selecionados segundo os critérios pré-estabelecidos

Durante o processo de seleção, exclusão e análise dos dados foram utilizados estudos publicados: nove na Pubmed, oito no Lilacs, cinco na BDTD, um na Scielo, um na Scopus, com um total de 24 artigos. Dois artigos incluídos após a análise das referências bibliográficas encontravam-se na Scielo. Os estudos encontrados na Cinahl, Cochrane e Web of Science foram excluídos por duplicação ou por não se enquadrar nos critérios de exclusão.

A seguir apresenta-se o quadro 5, organizado por sequência numérica dos estudos selecionando por ordem crescente. Os estudos estão numerados, seguidos do número 01 ao 26, o primeiro estudo de ordem crescente, publicado em 1990 e segue essa sequência de publicação até chegar ao ano de 2019. Apresenta-se também o ano de publicação, o periódico, o país do estudo, os participantes do estudo e o desenho metodológico.

Quadro 5- Caracterização dos estudos por sequência numérica, ordem crescente, ano de publicação, periódico, País do estudo, participantes do estudo e desenho metodológico.

Ordem numérica dos estudos	Ano de Publicação	Periódico	País de Estudo	Participantes do Estudo	Desenho metodológico
01	1990	Birth	EUA	53 mulheres, sendo, 27 porto-riquenhas e 26 brancas.	Estudo descritivo longitudinal com técnicas antropológicas de observação participante e entrevistas. (53) ¹ .
02	2002	BMC Women's Health	Argentina, Cuba, Arábia Saudita e Tailândia	1600 mulheres e 256 profissionais entre médicos, enfermeiras e parteiras formadas	Abordagem etnográfica e quantitativa. (52).
03	2004	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	Grupo de gestantes, no período de setembro a dezembro de 2002	Abordagem qualitativa: observação participante, entrevistas e visitas domiciliares. (38).
04	2007	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	5 enfermeiras que atuam no ambulatório do Hospital Universitário	Abordagem qualitativa, observação não participante e entrevistas. (78).
05	2008	Interface Comunicação Saúde Educação	Brasil	31 municípios; 34 mulheres residentes em municípios de diferentes tamanhos.	Abordagem qualitativa. (67).
06	2008	Curationis.	África do Sul	18 Gestantes	Abordagem qualitativa. (59).
07	2009	Dissertação Escola de Enfermagem da Universidade Federal Minas Gerais	Brasil.	12 usuárias que vivenciaram o cuidado ofertado nessa linha do cuidado.	Abordagem qualitativa (81).
08	2009	Journal Midwifery Womens Health	EUA	No estudo quantitativo variou de 40 a 1.933 e no estudo qualitativo de 10 a 106.	Estudo realizado em bancos de dados on-line e citações relevantes para pesquisa publicadas de 1996 a 2007 e análise qualitativa, auxiliados pelo software de pesquisa. (64).
09	2010	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	Brasil	23 profissionais de saúde e 19 gestantes	Pesquisa qualitativa e exploratória. (91).
10	2010	Journal Midwifery Womens Health	EUA	criticar as 4 diretrizes da PNC publicadas nos últimos 5 anos por cinco grupos	Análise de quatro diretrizes de cuidados pré-natais (PNC) publicadas entre 2005 e 2009. (47).

¹ A numeração referente à sexta coluna (Desenho metodológico), se refere numeração sequencial da referência bibliográfica do estudo.

				organizacionais.	
11	2012	Cienc. enferm	Brasil	12 mulheres grávidas	Abordagem qualitativa. (40).
12	2014	Women and Birth Journal	EUA	29 Mulheres	Abordagem qualitativa. (70).
13	2015	Dissertação da Universidade Federal de Goiás	Brasil	1246 municípios. Total estimado de 40.000 unidades	Estudo descritivo de corte transversal. (84).
14	2015	Dissertação Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense	Brasil	14 Profissionais da saúde, 8 médicos e 6 enfermeiros, 12 mulheres e 2 homens.	Abordagem qualitativa fenomenológica, entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo na modalidade temática. (83).
15	2015	Journal of Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing (JOGNN)	EUA	13 gestantes de origem mexicana	Pesquisa qualitativa, descritiva. (9).
16	2015	Journal Midwifery Womens Health	Irlanda	300 mulheres foram randomizadas a partir de seus prontuários.	Abordagem de métodos mistos: auditorias em gráficos, entrevistas individuais, grupos focais (29).
17	2017	Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Online)	Brasil	SciELO e no Portal de Periódicos CAPES	Estudo de revisão (79).
18	2017	Rev.APS.	Brasil	1 enfermeira, 5 ACS, 1 técnica de enfermagem, equipe odontológica, 1 técnica da sala de vacinas, 1 recepcionista, gestor do serviço e supervisor do Programa Mais Médicos e equipe do NASF	Projeto com intervenção realizada por meio de ações de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação e engajamento público. (87).
19	2017	Dissertação da Universidade Federal do Ceará	Brasil	8 enfermeiros e 27 gestantes	Abordagem quantiquantitativa, do tipo avaliativo. (34)
20	2017	Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem USP-RP	Brasil	377 Gestantes	Estudo avaliativo com aplicação da versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC). (76)
21	2018	Cad. Saúde Pública	Brasil	14 médicos, 19 enfermeiros e 14 cirurgiões-dentistas que compunham 17 equipe ESF	Abordagem qualitativa - grupos focais e análise do discurso foucaultiana.(89).
22	2018	Cad. Saúde Pública	Brasil	24.055 documentos de USF e 29.778 de	Quantitativo, verificação documental-usuário.

				equipes de Profissionais de saúde	(46).
23	2018	Women and Birth	Austrália	16 parteiras com experiência na área, em torno de cinco à 16 anos e 88 Gestantes- 6 clínicas e 4 hospitais	Abordagem etnográfica contemporânea, entrevistas com parteiras e observações de campo das interações parteira / mulher. (90).
24	2019	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	12 Gestantes	Abordagem qualitativa. (57).
25	2019	Tese de Doutorado. USP-Ribeirão Preto.	Brasil	865 equipes de serviços de ABS, 788 unidades de saúde e 235 mulheres grávidas ou com filhos até dois anos de idade que foram	Abordagem Quantitativa. (30).
26	2019	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Brasil	4.059 municípios, 19.849 (UBS) e 24.626 participantes da (ESF).	Abordagem quantitativa do pré-natal de baixo risco. (35).

Abaixo, o Quadro 6 contém os principais resultados, o conceito de Integralidade do Cuidado e os alcances e desafios para a apreensão do sentido prático da integralidade.

Quadro 6- Caracterização dos estudos segundo os principais resultados, o conceito de Integralidade do Cuidado e os Alcances e Desafios relacionados a integralidade do cuidado.

Estudo	Principais resultados	Conceito Integralidade do Cuidado	Alcance ou desafios
1	Os resultados deste estudo indicaram que ambos os grupos de mulheres eram semelhantes em idade, anos de estudo e porcentagem de assistência financeira. Mulheres porto-riquenhas identificadas fortemente como um grupo étnico separado. A importância das informações positivas durante visitas e explicações dos prestadores de cuidados primários foram mais importantes para as mulheres em ambos os grupos do que as informações obtidas de famílias, amigos ou crenças populares. O conhecimento dos procedimentos de cuidados com a gravidez e o parto, embora limitado, não foi diferente entre os grupos. Os pontos negativos são as longas esperas, o serviço despersonalizado e a falta de continuidade dos	Neste estudo a integralidade do cuidado esteve atrelada ao termo “continuidade do cuidado”. Neste sentido, a continuidade do cuidado foi afetada pela espera prolongada para ser consultada, pelo tempo reduzido de consulta, pela troca periódica dos profissionais, que diminuía a confiança na relação profissional-paciente, além da dificuldade de interação com a língua entre profissional e paciente	O maior alcance desse estudo foi o entendimento que a etnia da mulher não influencia no cuidado pré-natal, valorizam as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Referem que alguns médicos residentes fazem os exames físicos e os enfermeiros fornecem materiais educacionais e discutem sobre o desenvolvimento fetal, nutrição, cuidados com a saúde e diretrizes hospitalares. Os desafios existente na percepções da Clínica são as longas esperas na clínica de 2h a 4h, descontinuidade dos cuidados, rodízio entre os residentes, trocas e comunicação falha entre os residentes médicos e pacientes, longas filas de registro, prontuários médicos que não chegaram à clínica do sala de prontuários, falta de trabalho laboratorial, médicos residentes chegando atrasados à clínica por causa de

	<p>cuidados que afetaram adversamente a satisfação do paciente e do médico e diminuíram as interações efetivas médico-paciente. Este estudo sugere que as diferenças de origem étnica não afetam necessariamente adversamente a prestação de cuidados de saúde reprodutiva. Mulheres brancas e porto-riquenhas indigentes queriam a mesma coisa: cuidados e educação perinatais de qualidade.</p>		<p>outras responsabilidades, pessoal doente ou em férias e reservas em excesso. As longas esperas afetaram negativamente os pacientes e a satisfação e comunicação entre os pacientes e médicos. Os autores reiteram que cada vez mais são cobrados dos profissionais conhecimentos em relação às tecnologias, e menos se explica sobre a importância da conversa e interação profissional-paciente</p>
2	<p>A maioria das mulheres, que fizeram parte dos dois grupos do estudo demonstraram satisfação com o pré-natal. Mais mulheres do grupo intervenção estiveram satisfeitas com informações sobre trabalho de parto, parto, planejamento familiar, complicações na gravidez e procedimentos de emergência. No geral, esses resultados mostram que ambos os modelos de CPN foram igualmente bem aceitos por mulheres e profissionais, sugerindo que a adoção do novo modelo de assistência pré-natal não enfrentaria grandes obstáculos derivados da percepção das mulheres ou dos prestadores sobre o CPN e sua satisfação com ele.</p> <p>Os provedores das clínicas experimentais estavam preocupados com o espaçamento das visitas, mas estão mais satisfeitos com o tempo empreendido nas consultas e com as informações fornecidas.</p>	<p>O cuidado pautado na integralidade neste estudo esteve atrelado à maior atenção dada às opiniões das pacientes para a construção do cuidado.</p>	<p>Os desafios estão atrelados aos contextos socioculturais, que por vezes apresentaram resistências e expectativas diferentes ao novo modelo de pré-natal.</p> <p>Ambos os modelos de pré-natal foram bem aceitos pelas mulheres, logo, acredita-se que o novo modelo não teria obstáculos para ser aceito.</p>
3	<p>O processo de cuidar participante e os temas emergentes:</p> <p>1-Reconhecimento da realidade; 2-Compreensão da realidade e 3-Transformação da realidade.</p> <p>As gestantes e os profissionais buscam transformação voltadas ao crescimento nas dimensões e repercussões do processo de cuidar, participante de modo Individual/Coletivo/com repercussões emocionais/A gestante e suas práticas de cuidados à saúde/A gestante com o seu bebê/A gestante com os seus familiares/A</p>	<p>Aborda o processo do cuidar, contextualiza a integralidade do cuidado junto a saúde pautada numa abordagem dialógica que procurou identificar as repercussões da aplicação de um processo de cuidar participante na saúde integral individual-coletiva de um grupo de gestantes.</p>	<p>Constitui num desafio para a saúde coletiva, requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro em busca de superar a fragmentação da assistência à saúde dos indivíduos. Mostra os desafios e limitações persistentes nas unidades de saúde da família, que é possível alcançar a integralidade quando temos uma equipe empenhada na busca a interdisciplinaridade e proximidade equipe de saúde e cliente. Faz necessário construir programas e atividades com grupos específicos, possibilitando a utilização de práticas de promoção da saúde integral</p>

	gestante e seus familiares com a comunidade/Os familiares das gestantes com outras pessoas da comunidade		individual-coletiva, especialmente, como subsídio de avaliação cotidiana das ações de saúde. Os autores buscam sensibilizar os profissionais de saúde para novos olhares em torno dos saberes em relação à nova postura, mudança na prática, de novas atitudes frente ao processo do cuidar
4	<p>O estudo aponta a falta da sistematização, falha na ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta do pré-natal visto que é feita quando o médico encaminha a cliente para atualizar o calendário vacinal. Não há valorização da consulta de Enfermagem por parte da equipe de saúde. Uso da consulta de enfermagem fazendo a relação desse “espaço” para a realização das ações educativas durante o pré-natal, com excessivo número de impressos, além do cartão da gestante, que elas têm que preencher, principalmente durante a realização do primeiro atendimento ao cliente tardio, não têm a sua consulta agendada, não sabem previamente quantas consultas de primeira vez ou quantas subsequentes terão que atender, consequentemente menos tempo para as ações de educação em saúde para as gestantes. Ausência do profissional médico com postura de educador e visto como “carro chefe”, modelo assistencial centralizado no médico. A sala da consulta de enfermagem é dívida entre duas enfermeiras que fazem atendimentos simultâneos, o que declina a qualidade da consulta, em face da não privacidade da cliente. O estudo aponta o incentivo do aumento da qualidade, pois não responde às diretrizes e normativas das ações básicas de promoção da saúde. As relações que se estabelecem entre enfermeiras e gestantes se apresentam limitadas e não estabelecem uma comunicação efetiva que possa contribuir para o entendimento da mulher sobre sua condição de saúde.</p>	<p>Não foi encontrado uma definição de integralidade do cuidado</p> <p>O texto faz algumas referências que podem induzir a um entendimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. o profissional deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e tomada de decisão. 2. os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério 3. devem ser valorizados as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e contextualizar a assistência pré-natal, utilizar estratégias como a escuta aberta, sem julgamento e preconceitos e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional-cliente. <p>No pré-natal a(o) enfermeira(o) deve ficar atenta(o), interpretar a percepção que a gestante tem em relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. A(o) profissional enfermeira(o) não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade da cliente; caso isto aconteça, as orientações</p>	<p>Desafio: pesquisa aponta para a reorientação do serviço de enfermagem na atenção à gestante; Diante da descrição e crítica da realidade do serviço, inferimos que as condições nas quais as enfermeiras realizam a consulta de enfermagem têm alcance limitado para realizar estratégias educativas em saúde, para o fortalecimento individual e/ou coletivo das gestantes. Local com regime assistencialista, ações mecanicistas, pouco diálogo, sem socialização dos saberes e práticas entre a equipe multidisciplinar. Os desafios a serem alcançados frente à Integralidade do cuidado estão muito distante da realidade, visto que não há respeito por parte dos profissionais e seres humanos que dividem o mesmo espaço de trabalho, precisam implementar atividades de melhorias voltada à educação permanente dos profissionais de enfermagem, para que tenham voz ativa e não somente preencher documentos; precisam ocupar o papel da enfermagem, ter voz ativa e serem reconhecidas. A criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos.</p>

		dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado	
5	<p>Os resultados estão apresentados ordenadamente, segundo as representações sociais apreendidas sobre o cuidado em saúde na atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério;</p> <p>A análise das representações elaboradas pelas puérperas quanto ao cuidado em saúde na atenção pré-natal está apresentada a seguir, com base em dois temas:</p> <p>Tema 1- Relações interpessoais: fragilidades e fortalezas</p> <p>Tema 2 - Qualidade técnica como fator de humanização</p>	<p>Referencial teórico</p> <p>A integralidade do cuidado e a prevenção de agravos, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental de planejamento e avaliação dos serviços. Especificamente na área obstétrica, no Brasil, a discussão mais ampla sobre autonomia e humanização do cuidado tem-se mostrado relativamente recente e reflete o descontentamento com o modelo de atenção excessivamente intervencionista desenvolvido no país, especialmente relacionado à atenção ao parto. O cuidado satisfatório é, portanto, representado como aquele desenvolvido com simpatia e educação. Como a literatura correlata evidencia, constatou-se a importância das relações interpessoais e do acolhimento nos serviços de saúde, entendido como um cuidado aberto à escuta. Essas relações devem viabilizar uma rede de conversações que é essencial ao cuidado, na medida em que contribui com o estabelecimento de negociações entre as necessidades dos usuários e os meios de satisfazê-las. Em contraponto, algumas mulheres, ao abordarem o cuidado pré-natal, representaram-no de maneira negativa, apontando, sobretudo, a falta de diálogo com o médico.</p>	<p>O estudo busca alcançar a integralidade do cuidado relacionando ao fortalecimento das relações interpessoais frente aos usuários e profissionais de saúde, tornando-os conhecedores de seus direitos, o aumento do vínculo familiar, valorizando os profissionais, e ações que não estimulem a medicalização, com olhar humanização através do desenvolvimento de técnicas dialogadas, proximidade e vínculo de segurança a cliente. Contudo, não é fácil desenvolver essa postura em todos os profissionais da equipe, observa-se que muitos profissionais, tem dizes agressivos e linguajar inapropriados com as gestantes durante as consultas, aumentando as suas inseguranças e fragilidades. A humanização é discutida há 40 anos, continua sendo um desafio a ser alcançado pelos profissionais, que permanecem presos às rotinas e resistentes à humanização. Muitas vezes as mulheres são tratadas como coadjuvantes, marcadas pela ausência de vínculo com os profissionais. Ressalta que no PHPN a mulher deva ser reconhecida como principal no processo pré-natal, suas escolhas respeitadas no estabelecimento de práticas, baseadas em evidências, com sua segurança e bem-estar. Muitas vezes o cumprimento de rotinas não auxilia nesse processo. Por fim, considera-se que o olhar da humanização sobre as representações sociais apreendidas evidencia a importância de se transformarem as práticas regionais voltadas à atenção do ciclo gravídico-puerperal, sobretudo no que diz respeito às relações interpessoais, incluindo o acolhimento e apoio efetivos e extensivos a todas as mulheres; Ao mesmo tempo, o referido olhar confirma a essencialidade da qualidade técnica do atendimento</p>

			e a propriedade da percepção de que a mulher é o sujeito da atenção e, como tal, dela deve participar efetivamente.
6	<p>Os resultados apontam que as mulheres podem ser influenciadas pelos profissionais e até mesmo por outras gestantes. A Associação Americana de Obstetrícia traz a importância de seguir os procedimentos e protocolos nas consultas de rotina. O Centro Nacional de Colaboração para mulheres e crianças conceitua esse termo de pré-natal de rotina como improprio, pois não existe mulher de rotina, todas as gestantes são diferentes e cada gestação é única. Essa rotina causa uma espera de aproximadamente uma hora e meia, para ser consultada em 10 minutos. A partir das entrevistas com as expectativas de cada mulher atingindo a saturação, o estudo trouxe a análise por meio de categorias temáticas e subtemas sendo eles:</p> <p>Cuidados de saúde e exame físico: Fazendo história/Envolvimento/Cuidado individualizado/Continuidade do atendimento/Gravidez saudável/Orientação/Informações sobre Comunicação: Explicação dos aspectos e Compreensão</p> <p>Liberdade de escolha e escolha do cuidador: escolha de cuidar/Pontualidade (PUNC) Horário das consultas/Duração das visitas/primigesta e aqueles portadores de múltiplos gravidez.</p>	<p>Não cita a palavra Integralidade, mas usa algumas citações:</p> <p>De acordo com a saúde nacional System (Hillan, 1999) e o Bill Of Rights (1994), os cuidados de saúde são considerados um direito humano básico.</p> <p>Anne Thompson (1996: 162) em seu relatório sobre maternidade segura em risco, afirmou que os dias de perceber as mulheres como passivas consumidores de saúde estão acabando. O envolvimento das mulheres lhes dá uma escolha e lhes permite algum controle sobre seu bem-estar, como quando a mulher está no controle da situação, a sua autoestima e autoconfiança aumentam (Berg & Dahlberg: 1998: 26);</p> <p>Kirkham e Perkins (1997: 5), a continuidade do cuidar refere-se a cuidados focados em a mulher grávida como indivíduo. A continuidade do cuidador reflete uma filosofia de consistência das políticas, práticas e planos de atendimento individualizados.</p>	<p>A consulta pré-natal e os cuidados à gestante é um desafio a ser alcançado frente à integralidade do cuidado, assim como o Centro Nacional de Colaboração para mulheres e crianças afirma que cada mulher grávida vivencia esse momento de modo impar e único, ela deve ser assistida de maneira singular, não como uma consulta de rotina em 15 minutos. Alguns pontos em comum dentro das expectativas das mulheres que gostariam de ser alcançados, como o direito humano básico, pareciam ser cumpridos, com a exceção de características interacionais,</p> <p>Existe a necessidade de uma melhoria na comunicação de informações durante a anamnese explicando e fornecendo orientações, de ter um envolvimento profissional e observar se existe a compreensão da explicação, oferecer a liberdade de escolha e dialogo frente à gestante e sua família. Respeito frente à pontualidade e cuidado individualizado durante o exame físico subsequente frente às queixas e duvidas da cliente. É um desafio encontrar um profissional sensível, que, através de um processo interativo, facilita cuidados de saúde para a promoção da saúde na perspectiva do cliente e no ambiente de enfermagem.</p>
7	<p>Emergiram, desse processo, os temas mais relevantes que permitiram estabelecer as categorias temáticas descritas a seguir:</p> <p>1 - A resolutividade da linha do cuidado</p> <p>1.1 - O acesso às ações da linha do cuidado 1.2 - A resolutividade no cotidiano do trabalho em saúde 1.3 - O cuidado no puerpério</p> <p>2 - A educação em saúde como cuidado</p> <p>3 - A integralidade no micro espaço de produção</p>	<p>De acordo com a Lei 8.080, ela se configura em “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.</p> <p>Pode-se pensar a integralidade como “dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-políticos, que tem no cuidado</p>	<p>Alcances citados no estudo ocorrem por meio da articulação dos diversos profissionais envolvidos no acompanhamento do pré-natal e da puericultura garantindo a qualidade e a continuidade da assistência. Desvelou elementos que permitem generalizações quando pensamos em realidades semelhantes ou quando pretendemos cuidar de pessoas que, mesmo com suas diferenças, possuem características comuns no que se refere à essência de ser humano.</p>

	<p>do cuidado 3.1 - Acolhimento e estabelecimento de vínculo em interface com a responsabilização; 3.2 - As relações cuidadoras: a inclusão do “outro” no espaço assistencial; 3.3 - O trabalho em equipe: uma possibilidade para o cuidado integral 4 - A (des) credibilidade no SUS Mesmo sem as condições ideais de trabalho, a equipe do Centro de Saúde São Gabriel mobilizou-se e conseguiu colocar em prática as bases de uma assistência integral e resolutiva em saúde, no micro espaço de produção do cuidado. Isso demonstra que a equipe de saúde, quando se propõe a cuidar e acredita que é possível fazê-lo, faz, mesmo quando lidam com a escassez de recursos, em suas várias modalidades e com as diferenças próprias dos sujeitos envolvidos nesse processo. Destacamos, a importância de inserir os usuários no processo de planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde no nível “macro”, mas também no cotidiano dos serviços de saúde. Não podemos deixar de ressaltar a importância da educação permanente para os trabalhadores de saúde.</p>	<p>sua maior expressão como atividade humana”. A garantia de recursos e de uma rede articulada de serviços também é fundamental para se alcançar o cuidado integral. No entanto, para a concretização de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários, é preciso dar-lhes voz e investir no espaço relacional propiciado pela intersubjetividade, que pode colocar em cena as reais necessidades desses usuários e possibilitar o conhecimento e o uso daquilo que os motiva a manter ou a recuperar a saúde. Nesse sentido, a escuta e o diálogo ocupam um lugar de relevância, uma vez que possibilitam que essa intersubjetividade entre em ação, inserindo o usuário no espaço assistencial e conformando um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas</p>	<p>Um dos desafios é fazer com que a equipe de saúde possa contribuir por meio de reflexões sobre a prática do cuidado integral, alcançando melhorias não somente na prática dos serviços de saúde, mas também na formação no campo da saúde, através da educação permanente para os trabalhadores de saúde e também da articulação ensino-serviço-comunidade na construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Os serviços públicos de saúde constituem um espaço em que usuários, trabalhadores do serviço, professores, estudantes e gestores podem compartilhar experiências e saberes para a modelagem de um agir cumpliciado com a defesa da saúde e da vida daqueles que recebem o cuidado.</p>
8	<p>Uma pesquisa foi realizada em banco de dados online e sessenta e sete artigos foram recuperados. Trinta e seis estudos preencheram os critérios de seleção especificados e deram origem a seis temas principais, ou Características do Cuidado, surgiram: 1) Incentivos / Barreiras, 2) Configuração do PNC, 3) Tempo Gasto, 4) Componentes do Cuidado, 5) Relações com Funcionários e Clínicos e 6) Recebimento de Informações. Esses Recursos ou temas foram discutidos em termos de 1) o que as mulheres relataram como presentes e / ou ocorridas durante o atendimento e 2) percepções, reações e preferências das mulheres em relação a esses recursos. Resultando em um pré-natal mecânico</p>	<p>Não cita a Integralidade do Cuidado. Mas aborda o Cuidado centrado no Pré-natal, referente aos conceitos na linha da integralidade como as necessidades das mulheres, e que é essencial desenvolver uma compreensão clara das experiências do PNC, como as mulheres definem suas próprias necessidades e quais aspectos do PNC atendem às suas necessidades. As mulheres cujos cuidados incluíram serviços auxiliares com a coordenação da assistência por enfermeiros ficaram mais satisfeitas em comparação com as mulheres que receberam serviços comparáveis sem coordenação. Profissionais de saúde leigos que</p>	<p>Os estudos incluídos nesta revisão fornecem evidências convincentes de que as mulheres geralmente ficam decepcionadas ou frustradas com a PNC, sendo visto como desafio. Recomendam-se mais pesquisas para entender as experiências das mulheres e desenvolver e implementar abordagens baseadas em evidências e centradas nas mulheres. Os médicos devem perguntar sobre as necessidades das mulheres e modificar os cuidados de acordo com isso, além de advogar por mudanças institucionais que reduzam as barreiras aos cuidados. A implementação de modelos de atendimento abrangentes e redesenhados pode ser uma maneira eficaz de abordar simultaneamente uma variedade de necessidades e preferências das mulheres. Se o atendimento pré-natal se tornar mais</p>

	<p>e severo, mulheres classe social baixa, índices crescentes de baixo peso ao nascer, discriminam as mulheres e criam estereótipos, devido a sua etnia, raça, aumento da mortalidade, as consultas com falta de assistência, devido local precário, tempo de espera, falta de interprete. Os participantes de um estudo relataram que, quando os prestadores de serviços expressavam preocupação com questões psicossociais, seu envolvimento na tomada de decisões aumentava.</p>	<p>coordenavam serviços também eram vistos como úteis. Algumas mulheres queriam assistência para assumir um papel mais ativo, incluindo receber ajuda na tomada de decisões, ofertas proativas de escolhas e participação de parceiros nas discussões.</p>	<p>atraente e mais acessível, a experiência das mulheres e os resultados da gravidez podem melhorar. Os alcances são mulheres relações que valorizavam informações sobre o parto, avaliações psicossociais e serviços de aconselhamento e a oportunidade de conversar informalmente sobre preocupações. Quando a PNC era abrangente, as mulheres geralmente reagiam mais positivamente aos cuidados. No entanto, às vezes as mulheres acham que precisam de mais informações sobre os serviços disponíveis</p>
<p>9</p>	<p>Buscando os significados de cuidado humanizado no pré-natal surpreendeu as similaridades existentes entre discursos das gestantes e profissionais, contudo as categorias descritas a seguir revelam questões específicas, divergências e convergências entre esses agentes sociais, algumas sutis, porém significativas. Destacam-se como significados as categorias: -Cuidado pré-natal; cuidado centrado no ser humano, no seu protagonismo e na promoção da saúde; -Atenção integral à saúde da mulher; -Acessibilidade aos serviços de saúde; -Relações dialógicas entre gestantes e profissionais; -Ambiente e profissionais humanizados e postura ética do profissional. As principais barreiras encontradas foram: questões socioeconômicas e pessoais das gestantes; formação biomédica; desarticulação entre os serviços de saúde; desvalorização da atenção primária e do profissional; poder; desatenção e desrespeito à gestante.</p>	<p>A integralidade, em nível micro, deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional para traduzir e atender as necessidades de saúde, sendo plena quando há articulação nos serviços de saúde, entre eles e com outras instituições sociais. A integralidade ampliada seria a relação articulada, complexa, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado dado pelo profissional, pela equipe e rede de serviços de saúde. Centrar o cuidado no ser humano é acreditar nas suas potencialidades para fazer escolhas e conduzir os eventos do ciclo do seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, a promoção da saúde foi considerada vital pelos participantes para que as mulheres possam assumir o seu papel na gestação, no parto e no controle de sua saúde. A promoção da saúde constitui-se em um processo que envolve mudanças nas condições de vida e de trabalho e busca capacitar indivíduos, famílias e comunidades, com vistas à empoderá-los para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, visando melhorá-la e propiciar autonomia. Esse processo exige um trabalho em rede com a sociedade e a implementação de políticas públicas favoráveis a saúde e a vida. Acesso e acessibilidade são termos</p>	<p>Este estudo mostra a complexidade da atenção básica de saúde e ratifica que o termo cuidado humanizado é polissêmico. Reforça que os seres humanos trazem em si, ao mesmo tempo, de modo bipolarizado caracteres antagonistas e complementares. Assim, pode-se em função disso ignorar as oportunidades, diferenças e os potenciais e enfatizar as desigualdades sociais, de gênero e raciais, a negligência, indiferença, violência, o preconceito, os quais só são superáveis por meio da cooperação, compreensão e solidariedade, aliados à inteligência e perspicácia. É destacada a necessidade de se buscar um novo paradigma na atenção à saúde, pautado na humanização, promoção da saúde, autonomia da população e atitude ética nas relações intersubjetivas, que valorize as diferenças e identidades dos seres humanos, os reconheça como sujeitos de direitos, merecedores de acolhimento e compreensão. O estudo faz emergir aspectos da realidade que não podem ser menosprezados como a exclusão das gestantes dos serviços de saúde, a negação do seu protagonismo no processo de nascimento, a desatenção e desrespeito à alteridade das mulheres, a desarticulação entre os serviços, e demais entraves para implementar e concretizar o ideário da humanização no cenário de saúde brasileiro. Também precisam ser consideradas as determinações sociais, econômicas e as relações de poder, que influenciam o agir do ser humano, seus discursos e o processo de saúde-doença, para que se</p>

		ambíguos, similares ou não, na visão dos autores e profissionais. A acessibilidade, segundo Donabedian, é entendida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, permite identificar fatores que obstaculizam o cuidado, nas dimensões organizacionais, geográficas, sociocultural e econômica. O fato de o serviço ser acessível é condição básica para que qualquer política pública possa responder às necessidades sociais e gerar impacto positivo, no entanto na área obstétrica é ainda locus de vulnerabilidade da assistência.	possa romper com a organização macro, estrutural dos serviços de saúde que determina no nível micro práticas que atendem à produtividade e se centram no profissional e nos procedimentos e não no usuário e na atenção humanizada. O problema não está em adaptar-se ao imediato ou escapar dos limites da realidade, mas ser realista/utópico no sentido complexo: "compreender a incerteza do real, saber que existe um possível ainda invisível no real" (Morin, 2005: 85). Assim, a trajetória a ser trilhada, entre erros, diversidades e acertos, depende de um trabalho no espaço existente entre o ideal e o real, podendo ser um projeto ético, solidário e político. As mudanças necessitam de ações embasadas na reflexão das práticas, no diagnóstico da realidade e no conhecimento dos determinantes sociais. As alterações dependem da postura do profissional, da vontade dos gestores, da reestruturação na formação, da articulação de redes de cooperação entre serviços de saúde e setores sociais e da participação e mobilização social. Além disso, da escolha dos profissionais e da parceria na busca de pontos permeáveis no cotidiano do cuidar para além das divergências e convergências, transformando a realidade existente.
10	As diretrizes de cuidados pré-natais baseadas em evidências podem ser informativas, no entanto, têm limitações, como a falta de foco centrado na mulher. O tempo e a atenção dispensados à triagem de risco para fenômenos relativamente incomuns podem interferir nas informações necessárias para a maioria das mulheres saudáveis.	Se aproxima do conceito de cuidado integral. Aborda o cuidado centralizado na mulher, a importância de discutir nas consultas sobre conforto, bem-estar, impacto do cuidado para a família.	A diretrizes baseadas em evidências fornecidas por organizações respeitáveis tem lacunas e o tema pré-natal não é abordado na totalidade. Isso dificulta o alcance de resultados desejados ou mudanças comportamentais nas gestantes. Desafios são a escuta qualificada das necessidades das mulheres, que buscam informações com outras gestantes ou na internet pela falha no atendimento. Alguns exames são feitos somente para gestante de alto risco, necessita de profissional melhor qualificados.
11	Observa-se que as gestantes estão satisfeitas com o atendimento no pré-natal. O DSC revela, ainda, que as mulheres grávidas são atendidas em suas necessidades e conseguem relacionar-se com os	A comunicação é apontada como elemento da relação terapêutica com a gestante. As autoras informam que a qualidade da interação entre os técnicos e as pessoas que	Um desafio é a relação e interação entre a cliente e os profissionais que muitas vezes não estão aptos para atender com empatia, o despreparo pode ser atribuído ao modo tradicional como é feita a formação dos

	<p>profissionais Observa-se nas falas das gestantes que o relacionamento entre elas e os membros das equipes de PSF é positivo, pois elas participam das decisões a respeito das condutas a adotar, recebem esclarecimento a suas dúvidas e, ao interrogarem, obtêm respostas, gostando do atendimento porque se sentem acolhidas. Evidencia-se, no estudo, que as gestantes não só procuraram o serviço e receberam atendimento, como foram acompanhadas pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e desse modo receberam a atenção humanizada, constituindo-se em um dos motivos que levam a realização do pré-natal.</p>	<p>são assistidas depende da disponibilidade do profissional em estabelecer relação de ajuda e acolhimento. A comunicação, o acolhimento e o vínculo foram os fatores mais valorizados e desejados pelas gestantes no pré-natal.</p>	<p>profissionais de saúde, que valoriza os aspectos físicos em detrimento das características culturais e socioeconômicas Constata-se nesses discursos que a promoção do acolhimento praticado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Jardim Marabá, Campo Grande/MS Brasil, mostrou-se como um modo de estabelecer um vínculo positivo. Alcances são evidenciados pela prática do acolhimento, que por meio da assistência humanizada visa inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, priorizando as necessidades dos usuários.</p>
12	<p>Neste estudo, as barreiras para iniciar e seguir o pré-natal estiveram atreladas à gestação não planejada (59%), a ter de que cuidar de ao menos uma criança em casa (72%), e de algumas gestantes trabalharem durante a gestação (41%). Mesmo com essas barreiras, a adesão ao pré-natal esteve relacionada ao tipo de atendimento recebido pelos profissionais, além do entendimento do mesmo quanto às particularidades do contexto de cada mulher. Para essas mulheres, facilitou o acesso ao pré-natal ter o seguro saúde (estilo de plano de saúde) ofertado pelo governo ou pelo serviço, pois pagar pelas consultas ou pagar um seguro dificultava a ida ao pré-natal. Ainda, as características de cuidado ofertado pelo profissional refletiram no acesso e na continuidade do pré-natal. Para essas mulheres, um cuidado personalizado e individual, que seja compreensivo, com consultas que não sejam apressadas e que possa haver diálogo entre profissional e paciente, e retirada de dúvidas contribuíram para facilitar o pré-natal.</p>	<p>O estudo não traz uma definição sobre integralidade do cuidado, mas traz elementos que permitem inferir que, sobre a qualidade do cuidado impactando no pré-natal, são essas: as características dos profissionais, a atenção com o usuários, a individualidade de cada contexto e caso, e as consultas sem pressa contribuem para solução de dúvidas, aumento do conhecimento e maior vinculação com o profissional. Assim como manter um local único para a realização do pré-natal, inclusão da família, facilidade em transporte e suporte familiar contribuem para qualidade e integralidade do cuidado</p>	<p>A limitação deste estudo esteve atrelada à limitação no tamanho da amostra e na localização restrita das participantes. Sobre o alcance, entende-se que este estudo fornece subsídios valiosos para a formulação de políticas e adequações em clínicas com a finalidade de aumentar o acesso e a qualidade no pré-natal. O Comitê Nacional de Garantia da Qualidade (NCQA) e a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) pedem que todos os cuidados de saúde sejam centrados nas necessidades individuais</p>
13	<p>Atenção pré-natal e ao puerpério ofertada pelas 677 equipes da Atenção Básica que participaram</p>	<p>Não traz o conceito de Integralidade, mas referência o ministério nas discussões:</p>	<p>Desafios a assistência pré-natal no que tange a quantidade de consultas de pré-natal mensalmente,</p>

	<p>da avaliação externa do PMAQ-AB 2012, obteve-se quanto à organização da agenda de atendimento dos profissionais que 562 (83,0%) equipes de saúde ofertam o programa de atenção pré-natal e 115 (17%) não ofertam esses serviços.</p> <p>Os serviços de Atenção Básica ao pré-natal e puerpério do Estado de Goiás, apresentaram uma infraestrutura adequada referente aos recursos de gestão da informação, medicamentos, imunobiológicos e apoio laboratorial. Porém, a organização do processo de trabalho suscita desafios aos profissionais de saúde e pressupõem esforços aos gestores dos serviços para melhorar o acolhimento à demanda espontânea de agendamento de consultas, eliminar barreiras institucionais de acesso, promover assistência mais abrangente e integral à gestante e à puérpera para garantia de atenção obstétrica qualificada e humanizada.</p>	<p>Nesse contexto, as UBS devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, buscando estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços (BRASIL, 2006b).</p> <p>Uma boa estrutura dos serviços de saúde relacionada a adequadas inter-relações pessoais entre profissionais e gestores do sistema, proporciona melhora no processo de atendimento (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001) e associados à disponibilização de serviços de atenção à mulher, a correção de dificuldades no acesso ao atendimento e o agendamento correto das consultas podem contribuir substancialmente para melhorar a utilização da assistência e o prognóstico da gravidez (RAATIKANEM; HEISKANEN; HEINONEN, 2007).</p>	<p>quinzenalmente e semanalmente por trimestre gestacional, preconizadas pelo PHPN. Existe uma fragilidade no elo entre as consultas médicas e de enfermagem bem como atendimento em caráter multidisciplinar e multiprofissional; Dificuldade em desenvolver cuidado integral, percebe-se que essa lacuna ainda persiste na assistência.</p> <p>Alcances são a atuação do profissional enfermeiro, que se destaca nesse processo, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, para promoção da saúde e qualidade de vida da gestante (BRASIL, 2000a). Recomenda-se que os enfermeiros avancem na incorporação do sentido de integralidade em sua prática profissional, dado que o PHPN e a Rede Cegonha reforçam e respaldam essa ação do enfermeiro. Em relação à conduta clínica dos profissionais, os serviços avaliados por este estudo apresentaram alta cobertura de alguns procedimentos clínico-obstétricos de importância para o pré-natal; Os profissionais e os gestores dos serviços necessitam buscar estratégias que atendam às necessidades e expectativas das usuárias, procurando fortalecer e ampliar os pontos positivos e minimizar as fragilidades apontadas.</p>
14	<p>Emergiram as seguintes categorias: “O valor vínculo como processo de qualidade para consulta pré-natal: um valor do perceber afetivo vital”; “O olhar para a prevenção como valor vital na consulta do pré-natal”; “Recursos humanos, um valor útil no campo da garantia do pré-natal qualificado”. Os resultados apontam para uma realidade diferente da recomendada pelas Políticas Públicas. A dificuldade na criação de vínculo entre profissionais e gestantes, problemas de acessibilidade aos exames do pré-natal, precariedade no que diz respeito a recursos humanos e materiais necessários ao cuidado pré-natal, foram problemas que emergiram das falas dos profissionais participantes deste estudo.</p>	<p>Resgata os conceitos da integralidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. preocupação com o cuidado integral das gestantes, desprendida de interesses particulares, evidenciando os valores vitais do vínculo, do acolhimento a essa gestante, levando em consideração sua integralidade; 2. a simpatia dos profissionais é essencial para a continuidade desse cuidado, pois a partir do momento que “sentimos com” o outro, as duas partes se conectam e as trocas ocorrem mais facilmente. E, nesse processo, a família dessas mulheres deve estar incluída no cuidado integral 3. Promover e favorecer uma situação em que a saúde é vista não apenas como “ausência da 	<p>Desafio: Os resultados apontam para uma realidade diferente da recomendada pelas Políticas Públicas. Recomenda reconfiguração da rede de atenção ao pré-natal com uma melhora no provimento de condições básicas para adequação desse acompanhamento. Panorama atual, temos um problema multifatorial, e, mesmo alcançando a meta de 6 consultas mínimas preconizadas pelo MS, a qualidade da assistência está muito além disso, e perpassa pela formação do profissional da saúde chegando até na organização da rede de serviços em saúde. Há expectativas distintas entre gestantes e profissionais.</p> <p>Alcances na perspectiva de atendê-las, que são a simpatia, suprem suas expectativas e estreitam a relação de vínculo. Não há sucesso do</p>

		doença”, e com uma visão ampliada que tem a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores da assistência 4. Para organizar as ações de saúde na Atenção Básica, norteadas pela integralidade do cuidado e devidamente articulada com outras redes, deve-se utilizar tecnologias de gestão que possibilitem agregar o trabalho das equipes das Unidades Básicas ao dos profissionais pertencentes a outros serviços de saúde, e assim, garantir maior eficácia na resolução de problemas apresentados pela população.	acompanhamento pré-natal sem que haja uma aproximação das partes envolvidas, sendo este um valor para uma essência vital. A questão da precariedade nos recursos humanos e materiais, apontada pelos participantes do estudo, gerou angustias e um sentimento de impotência nos profissionais, que relataram não dispor de materiais básicos para o cuidado à mulher gestante. Preferência dos profissionais de saúde para o valor orgânico, traduzido em prevenção, o foco no caráter biomédico ainda se encontra enraizado na assistência pré-natal, refletindo a formação dos profissionais nesse modelo reproduzido.
15	As gestantes querem ser reconhecidas como uma “pessoa” e relacionam a confiança ao comportamento durante o atendimento do profissional. As participantes apontam a necessidade de terem profissionais mais amigáveis e que possam responder às suas dúvidas, que sejam diretos na comunicação de notícias, sejam elas boas ou ruins. Que os profissionais compreendam a cultura da qual são provenientes e consigam ser bilíngues, ou conversar na língua mãe das mulheres.	De modo geral, para atingir o cuidado centrado no paciente, as autoras trazem a teoria que a confiança e a comunicação são as bases importantes para atingir essa forma de cuidado, bem como resultados e satisfação das gestantes. Para as autoras, o cuidado centrado no paciente ocorre quando existe confiança mútua entre paciente e profissional, entendimento cultural e comunicação direta sem as barreiras de linguagem.	Os desafios apresentados no estudo estão relacionados à falta de falar a língua nativa das mulheres por parte dos pesquisadores, ter mais comunicação não apenas no idioma, mas uma maneira culturalmente sensível. Buscam alcançar estudos futuros envolvendo instituições não relacionadas à população hispânica assim como investigar outros cuidados, como os advindos da enfermagem.
16	Os resultados mostram que o cuidado liderado por parteiras é tão eficaz quanto os cuidados prestados no pré-natal hospitalar por outros profissionais. Além disso, houve manutenção no número de consultas e exames e ecografia durante o pré-natal, encaminhamento à médicos quando necessário e peso adequado ao nascer. As mulheres acompanhadas pelas parteiras iniciaram o acompanhamento pré-natal mais cedo, foram internadas para o nascimento mais tardiamente e mais mulheres amamentaram seus bebês. A partir dos grupos focais, a escolha pelo pré-natal liderado por parteiras esteve relacionada ao melhor cuidado pós-natal e à escolha pelo parto domiciliar.	O estudo não traz uma definição sobre cuidado integral, mas traz elementos que permitem inferir que o modelo de atenção prestado por parteiras tende a melhorar a experiência de cuidado vivenciado pela mulher.	Nos alcances dos estudos estão os principais motivos para frequentar as clínicas lideradas por parteiras formadas: menor tempo de espera, ter mais tempo de consulta para discussão, recomendação de amigos e experiências prévias. Em relação a desafios presentes no estudo, mesmo com os relatos de satisfação com o cuidado liderado por parteiras, foi referido pelas mulheres a necessidade de melhoria quanto à educação pré-natal em relação ao trabalho de parto, amamentação, depressão e bem-estar emocional e cuidar do bebê. Além disso, embora a assistência prestada por parteiras tenha uma melhor qualidade se comparado com o pré-natal usual hospitalar, ainda existem desigualdades no acesso a esse cuidado, assim como

			lacunas na educação pré-natal.
17	<p>Observou-se que alguns artigos enfatizam o trabalho do enfermeiro em detrimento ao trabalho multidisciplinar, o que desvela a dificuldade na integração das práticas em equipe e que o foco da assistência é quase exclusivamente de caráter técnico, sendo demonstrado que os aspectos mais relevantes para a qualidade das ações durante o pré-natal são referentes ao número de consultas, exames e vacinas, apesar da política de atenção integral à saúde da mulher vigente, em particular na ênfase das práticas no acompanhamento ao processo gestacional, assistência quantitativa e não com qualidade no cuidado integral.</p>	<p>Na dimensão da integralidade, não basta que os profissionais de saúde tenham domínio e apliquem isoladamente seus conhecimentos específicos. Ao contrário, é preciso somar saberes, numa atuação em equipe, na construção de respostas efetivas e eficazes aos problemas de saúde e na produção de um cuidado integral, que contribua para a melhoria da qualidade de vida das usuárias.</p>	<p>O estudo aponta alcances nas rotinas e ao mesmo tempo desafios por ter uma assistência mecanicista por grande parte dos estudos, os quais realizam os protocolos e documentos necessários para o pré-natal. Alcança a perspectiva da multidisciplinaridade, na qual o cuidado prestado à gestante aconteça de forma integral e complementar, por consulta individuais e atividades dirigidas em grupo. Valoriza-se os saberes de cada profissional, na perspectiva de construção de um cuidado articulado às diferentes necessidades das usuárias. Ainda tem se um desafio frente ao cuidado desde a descoberta da gravidez até o período puerperal, fomentado pelos diferentes atores, de modo a gerar uma assistência integral e desafios em identificar risco à gestação, para a dimensão do saber/fazer em saúde e no acompanhamento ao pré-natal.</p>
18	<p>Estudo com intervenção na qual se desenvolveram ações planejadas, nos quatro eixos do curso, que foram:</p> <p>Eixo 1 - Organização e gestão do serviço Eixo 2 - Qualificação da prática clínica Eixo 3 - Engajamento público Eixo 4 - Monitoramento e Avaliação</p> <p>Os bons resultados apresentados durante a intervenção foram conseguidos devido ao planejamento e principalmente à equipe, bem como à revisão constante das metas, das atribuições de cada membro e à capacitação da equipe com qualidade na execução das atividades. As ações que mais ajudaram a cumprir as metas de cobertura foram o acompanhamento e as buscas ativas das gestantes, principalmente realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizavam visitas domiciliares, divulgavam a intervenção e as ações educativas.</p>	<p>Não foi encontrada uma definição clara sobre integralidade do cuidado, observam-se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhorias na organização para a atenção, com arquivos específicos e atualizados. 2. Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura 3. fortalecimento das ações de promoção à saúde com orientações, palestras 4. desenvolvimento de uma parceria com a equipe de saúde bucal com vistas à integralidade da assistência. 	<p>Alcance: melhora gradativa da cobertura da atenção às gestantes e puérperas, acesso ao serviço, qualidade dos atendimentos clínicos e adesão às ações ofertadas. As gestantes e puérperas demonstraram satisfação com os atendimentos, ficaram mais sensibilizadas quanto à importância de manter o acompanhamento na unidade, ampliaram seus conhecimentos sobre o pré-natal e puerpério e, além disso, participaram mais ativamente das atividades proporcionadas (baseado no Manual do Ministério 2012 e na Rede Cegonha).</p> <p>Alcance baseado no apoio da gestão municipal e do coordenador da unidade desde o início, que se dispuseram a receber a proposta da intervenção, outro alcance com aspecto importante é o empoderamento da equipe, melhoria no vínculo entre a equipe, a comunidade e a autoestima do profissional</p> <p>Os desafios são referentes à organização para viabilizar os atendimentos em saúde bucal, à garantia da realização de exame laboratorial e dos medicamentos na farmácia. Outra questão desafiadora é realizar treinamento para todos os programas de</p>

			saúde públicas junto a monitorias.
19	Existe a percepção de que a maioria das usuárias se sentem acolhidas e buscam a APS por considerá-la eficiente, mas veem a insuficiência de recursos materiais e humanos que dificultam sua assistência, além de não ponderar o envolvimento da comunidade. Os resultados demonstram a satisfação das usuárias no acompanhamento do pré-natal, porém sugerem que recursos materiais e humanos estejam mais presentes, assim como percebem que mais acolhimento de todos das equipes se apresentam-relevantes na atuação;	Abrangência ou integralidade, que reconhece a necessidade de serviços preventivos e curativos, como também o amplo espectro de necessidade do indivíduo, para além dos biológicos.	Desafios quanto ao fortalecimento nos atributos de coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária para se atingir a qualidade da atenção às gestantes. Observa-se escassez de estrutura, como computadores, prontuários eletrônicos, contra referência, fluxos de acesso e a marcação de exames e consultas para outros níveis de complexidade que ocorrerem nas próprias UBSs, afetando diretamente o processo de atuação das equipes de SF na Rede Cegonha e consequentemente os seus resultados em termos de qualidade da atenção.
20	A avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde em Bauru resultou em predomínio de baixa expectativa e alta satisfação com os serviços públicos de saúde de pré-natal, para ambos os modelos de serviços avaliados, USF e UBS. A versão brasileira do instrumento PESPC demonstrou-se adequada para avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal para a amostra estudada.	É preciso maior preparo clínico e científico, buscando a resolutividade de forma ampliada na assistência à gestante, à sua família e à comunidade, compreendendo a situação socioeconômica e cultural. Além de promover a autonomia da mulher, assegura a resolução das queixas apresentadas durante a assistência. A qualidade da atenção necessita estar embasada na escuta ativa e no desempenho satisfatório do profissional, proporcionando o estabelecimento do vínculo entre a gestante e o serviço de saúde.	O desafio é avaliar as expectativas e satisfação por serem subjetivos e multidimensionais, esta foi a primeira aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC no Brasil. Tais achados poderão contribuir para a avaliação e planejamento de novas ações e estratégias no âmbito da saúde pública, com o objetivo de contribuir com a melhora da qualidade do pré-natal e, consequentemente, com a saúde materna.
21	Modelo médico generalista X modelo especialista A humanização das práticas não consegue impor confronto cotidiano com a medicina especializada, profundamente incorporada aos princípios do paradigma biomédico tradicional. O trabalho do generalista expandiu-se em relação às ênfases reconhecidas pela medicina tradicional (por exemplo, obstetrícia, pediatria etc.) e isto também pode ter contribuído na formação hospitalar. Ênfase nas falas dos generalistas da saúde familiar em que, apesar de dizerem que moldam seu fazer orientando-se pelas políticas públicas, seguem atribuindo maior	O conceito neste artigo perpassou uma discussão da humanização e da medicalização. O processo de medicalização não está restrito apenas ao momento e ao tipo de parto, mas se estende também aos programas de pré-natal em que se verifica, por exemplo, o alto número de uso de exames de imagem pré-natal. A ênfase na atenção humanizada à mulher na gestação e no parto poderia ampliar o caráter biopsicossocial do cuidado, interferindo nos desenhos e fronteiras dos territórios profissionais e demandando renegociação de competências das equipes e dos trabalhadores	Desafio As equipes de saúde da família, praticantes da medicina generalista, relataram dificuldades para realizar o cuidado pré-natal das mulheres gestantes, evocando e fortalecendo o discurso da medicalização obstétrica que sua prática deveria enfraquecer. O discurso oficialmente adotado pela humanização, segue funcionando como discurso complementar ao da medicalização e da especialização, que prevalece nas práticas relatadas. A ênfase na atenção humanizada a mulher na gestação, interfere nas fronteiras dos territórios profissionais e pressupõe renegociação de competências e os esforços de colaboração empreendidos entre as equipes de saúde

	<p>legitimidade ao trabalho dos especialistas. Em muitas falas, o atendimento das gestantes pelos obstetras na atenção primária é entendido como modo de fortalecer a priorização do atendimento médico, a livre demanda e o uso de exames, lógica que interfere no estabelecimento do vínculo com as mulheres gestantes e distancia-se dos princípios que pautam o modelo de atenção à saúde da família (integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado). A alta e complexa demanda de necessidades e de prioridades de saúde da população atendida na atenção primária justificaria, na opinião dos grupos, a presença dos especialistas. A segurança do apoio técnico oferecido pelo especialista também é defendida por algumas equipes de saúde para a participação e presença dos obstetras no cuidado com as gestantes ainda na atenção primária. O protocolo recomendado pelo SUS, que preconiza que o acompanhamento pré-natal da mulher gestante deva ser realizado pelo generalista (seguindo modelos humanizados) não é cumprido.</p>	<p>envolvidos. As equipes de saúde da família referem dificuldades para realizar o cuidado pré-natal de mulheres gestantes que lhes é atribuído.</p>	<p>da família e obstetras não apresentam muito sucesso. As orientações para a preparação das mulheres para o parto não encontram condições de serem priorizadas e práticas colaborativas são ainda muito pouco usadas nas estratégias de cuidado, atestando o que indicam outros estudos sobre a baixa qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil. As práticas observadas neste estudo apresentam-se particularmente afetadas pelas incertezas do trabalho: a alta rotatividade, a precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho (principalmente das enfermeiras que acumulam a função de gestão e atenção nas equipes). A incorporação de princípios e pressupostos da humanização fica prejudicada na gestão das competências profissionais, destacando-se aspectos como as possibilidades de inovações nos processos de trabalho e no trabalho em equipe as possibilidades de acesso a processos de qualificação são escassas, assim como há dificuldades na manutenção dos espaços de reuniões de equipes. A aproximação entre a gestão, a educação permanente e as práticas clínicas é ainda um caminho a ser percorrido, mas no sentido da problematização sobre os processos de medicalização & humanização como constituidores das próprias práticas de atenção.</p>
22	<p>As equipes avaliadas foram classificadas em três categorias, de acordo com o desempenho alcançado: quando todos os itens avaliados alcançaram 100% de respostas positivas, o desempenho da equipe foi considerado “adequado”; alcançando entre 80,1% e 99,9% de positividade, o desempenho foi considerado “parcialmente adequado” e se menor ou igual que 80% para os itens avaliados, foi classificado como “inadequado”. A Classificação da adequação para as subdimensões analisadas (disponibilidade de infraestrutura, ações gerenciais para garantia do acesso, ações</p>	<p>Neste artigo, a avaliação da qualidade do cuidado da atenção pré-natal priorizou a análise organizacional dos serviços do pré-natal, nas subdimensões ações gerenciais para garantir a qualidade do cuidado e cuidados clínicos ofertados (ambas mediante os dados obtidos no Módulo II do instrumento da avaliação externa). O acesso e a qualidade do pré-natal também estão ligados às condições de vida da população de cada macrorregião e/ou estado estudado.</p>	<p>Desafios são os marcados por melhorias nas ações gerenciais para garantir a qualidade do cuidado, padecem de fragilidade ainda maior, evidenciando-se baixos percentuais de sucesso no apoio às atividades. Revelaram importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas EqSF no país inteiro, além de uma evidente inadequação das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do cuidado pré-natal. As desigualdades regionais, sobretudo no acesso, foram expressivas e ratificam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que objetivem diminuí-las e aprimorar a qualidade dos serviços</p>

	<p>gerenciais para a qualidade do cuidado e ações clínicas) e as seguintes características: Brasil e suas macrorregiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) e os estados da Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins);</p> <p>Para a dimensão acesso, a atenção pré-natal foi considerada inadequada no Brasil como um todo, tanto na subdimensão da disponibilidade de infraestrutura das USF (26% das equipes com infraestrutura para atenção pré-natal adequada e 31% com adequação parcial), quanto na subdimensões das ações gerenciais para garantia do acesso (11% adequadas e 27% parcialmente adequadas). Na distribuição por regiões, a disponibilidade de infraestrutura teve os piores resultados nas USF do Norte e do Centro-oeste. Nas regiões Nordeste (29% das unidades de saúde com infraestrutura adequada e 26% com adequação parcial) e Sul (26% adequação e 43% parcialmente adequadas para oferta do pré-natal) as unidades de saúde alcançaram os melhores índices de adequação para a subdimensão do acesso. Na subdimensão das ações gerenciais para garantia do acesso, os destaques negativos foram nas regiões Nordeste (4% adequação e 28% adequação parcial), Centro-oeste (5% adequação e 23% adequação parcial e Norte (5% de adequação e 21% de parcialmente adequadas). Por outro lado, as regiões Sudeste (21% adequadas e 30% adequação parcial) e Sul (14% adequação e 27% parcialmente adequadas) obtiveram melhores desempenhos em tal atributo.</p>		<p>oferecidos à população.</p> <p>Ainda que os investimentos no setor saúde não possam reverter indicadores sociais negativos, a garantia do acesso universal e equânime das gestantes pode contribuir para reduzir desigualdades, sobretudo para aquelas de baixa renda, que mais necessitam dos serviços públicos do pré-natal.</p> <p>A originalidade da abordagem, ao abranger dimensões gerenciais anteriormente não exploradas pela literatura, permitiu apreender lacunas na dinâmica do pré-natal que em grande medida podem explicar as limitações na qualidade do cuidado, globalmente apontadas na literatura.</p> <p>Não alcançando a qualidade do cuidado no pré-natal. A dimensão da qualidade do cuidado pré-natal foi avaliada como nacionalmente inadequada. A análise da subdimensão ações gerenciais evidencia restrito nível de adequação (5% adequação e 29%)</p>
23	<p>Os resultados foram trabalhados a partir dos “rituais e símbolos” envolvidos no processo da consulta e dos procedimentos. Observaram-se os padrões e rotinas com a consulta de pré-natal de</p>	<p>Neste artigo entendeu-se “integralidade do cuidado” como “cuidado centrado na mulher”. Fizeram parte desta forma do cuidado uma interação entre mulher e parteira que levou em</p>	<p>Para os desafios deste estudo, compreende-se que por se tratar de uma pesquisa qualitativa os dados não podem ser generalizados, uma vez que os contextos são diferentes. No entanto, o estudo pode servir de</p>

	<p>parteiras, que normalmente, além das mulheres conhecerem as parteiras desde o primeiro encontro de pré-natal, informam a rotina de cuidados e as atividades aos que os casais serão encaminhados. As consultas duram em torno de 30-40 minutos a depender das características de cada profissional. A mulher antes da consulta aguarda em uma sala de espera ao lado do consultório da parteira, e quando é sua vez, a parteira lhe chama pelo primeiro nome, pergunta como está se sentindo, e já no consultório, começa a preencher uma espécie de cartão de pré-natal conhecido como <i>orange book</i>. Os pesquisadores que estão observando a cena relatam que a forma como a parteira conversa e interage com a paciente reflete nas consultas subsequentes. Na consulta ainda está presente a fase da avaliação clínica que envolve os exames físico e obstétrico. Após a avaliação, no pós-consulta, além da documentação entregue à mulher sobre os procedimentos, entrega-se também folhetos informativos incluindo sobre amamentação. Observa-se a tentativa de o cuidado centrar-se na mulher para além das regras e protocolos que eram estabelecidos pelas parteiras. Atualmente, visualiza-se o envolvimento da mulher na escolha do cuidado por meio do conhecimento de seus desejos a partir de uma comunicação interpessoal entre parteira e gestante. A forma da linguagem entre parteira e mulher se modificou, atualmente, observa-se o uso de palavras que estimulam o encorajamento da escolha e para o parto, além de empregar termos que mostram que as parteiras estão em cena para “ajudar”, “auxiliar” e ser parte do processo</p>	<p>consideração os desejos das mulheres para além dos protocolos e documentos físicos percorridos durante o pré-natal. A linguagem e a interação entre mulher e parteira foi marcada por expressões que identificam o cuidado centrado na escolha da mulher por meio de termos que incentivam a escolha e as colocam como protagonistas do processo, atendendo suas necessidades, explicando os conteúdos essenciais a mulheres.</p>	<p>estímulo para novas pesquisas. O alcance do estudo foi demonstrar que as parteiras desse sistema de serviço obstétrico conseguem construir um cuidado para além do físico, envolvendo o cuidado centrado na mulher e no protagonismo das mesmas.</p>
24	<p>Foram elaboradas três categorias, sendo elas: Cuidado antes e durante a gestação. Participação em grupos de gestantes e, Cuidado de qualidade</p>	<p>A assistência pré-natal não se deve reduzir apenas à realização de consultas e solicitação de exames, precisa considerar também o</p>	<p>Desafios do estudo envolvem a falta de ações que podem contribuir para o aperfeiçoamento permanente do planejamento da assistência, pois referem não</p>

	<p>durante a gestação.</p> <p>As percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal estão relacionadas à atenção dispensada, ao acolhimento humanizado, à consideração da subjetividade da gestante e ao amparo nos momentos difíceis que tornam este período satisfatório.</p>	<p>acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, visando o estabelecimento de vínculos.</p> <p>É função do profissional estar disponível para fornecer orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal a fim de empoderar a mulher/casal para ser protagonista do parto/nascimento.</p>	<p>alcançar a atenção à gestante de modo integral. Muitas unidades não fornecem orientações e grupos para as trocas de saberes de que muitas gestantes sentem necessidade.</p>
25	<p>A partir dos dados apresentados nesse estudo, é possível inferir que o cuidado pré-natal na ABS do Piauí encontra-se parcialmente implantado, na medida em que alcançou ampla cobertura, mas a oferta das ações ocorre de maneira bastante heterogênea e, ainda, há desafios quanto à oferta do conjunto das ações preconizadas, afetando, desse modo, o acesso e a integralidade do cuidado. Soma-se a isso a possibilidade das equipes e unidades de saúde aqui avaliadas possuírem melhor estrutura e processo de trabalho do que as equipes e unidades de saúde que não participam do PMAQ-AB.</p>	<p>Para Starfield (2002), a integralidade é conceituada como um conjunto de recursos que os profissionais dispõem ou acessam para possibilitar atender ao máximo as necessidades apresentadas pelos usuários.</p> <p>Os profissionais precisam desenvolver práticas procurando ofertar e reconhecer “adequadamente problemas funcionais, orgânicos ou sociais”</p>	<p>O maior desafio são os cuidados preconizados no PN, uma distância da prática da INTEGRALIDADE nos serviços de saúde, assim também como a falta de infraestrutura interfere, necessita de investimento para a melhoria da tecnologia leve.</p> <p>Melhorar a infraestrutura e a ambiência das unidades de saúde, buscar alcançar a privacidade nas consultas, faltam informações sobre os cuidados quanto ao tipo de parto, precisa-se desenvolver estratégias de comunicação e aperfeiçoamento para os profissionais voltada para ações educativas e escuta à gestante entre outros.</p>
26	<p>Neste estudo realizou-se uma avaliação da atenção ao pré-natal na AB com dados do PMAQ, utilizando como unidade de análise os municípios brasileiros. Quanto aos aspectos estruturais, 32,6% dos municípios apresentaram adequação, enquanto nos operacionais, apenas 24,1%. Na avaliação pré-natal geral, menos de um quarto (24,6%) dos municípios era adequado, aqueles com até 10 mil habitantes apresentaram maior percentual de adequação (41,6%). A região Sul apresentou adequação de 33,8%, considerando todos os tamanhos. Os municípios de maior porte populacional apresentaram os piores resultados comparados aos de menor porte corroborando estudos de nível nacional.</p>	<p>Aspectos estruturais e operacionais devem ser garantidos para monitoramento contínuo e de qualidade, com atendimento humanizado à gravidez. O pré-natal envolve uma relação calorosa e o acompanhamento sistemático da gestante contribui para a detecção precoce de doenças e risco gestacional, a preparação para o parto e o estabelecimento de um vínculo com a maternidade. No Brasil, houve um aumento na cobertura do pré-natal nos últimos anos, na maioria do país, 6, 7 coincidindo com a institucionalização de ações voltadas à integralidade do cuidado, propostas em diferentes programas nacionais no período de 1984 a 2011.</p>	<p>Na pesquisa, o uso de dados secundários dificultou o aprofundamento da análise. Por outro lado, é desejável a exploração de dados coletados com recursos públicos, em essa pesquisa que adotou um processo metodológico qualificado.</p> <p>Os desafios persistem com um alto nível de inadequação de ações, comprometendo a saúde materna e infantil, sendo que a maior parte dos municípios do país apresentou baixa adequação na atenção ao pré-natal, mesmo que nos aspectos estruturais o desempenho tenha sido melhor. Recomendam-se avaliações periódicas do pré-natal para o acompanhamento e a adoção de medidas que venham a melhorar a qualidade desta atenção.</p>

5.3. Descrição e análise das categorias temáticas

Nesta etapa, o conceito de integralidade, bem como os desafios e alcances foram reagrupados nas categorias pré-estabelecidas: 1) Eixo das necessidades, 2) Eixo das finalidades, 3) Eixo de articulação, e 4) Eixo das Interações, buscando a apreensão do sentido prático da integralidade do cuidado.

O gráfico abaixo retrata a distribuição dos temas nos eixos.

Gráfico 1- Distribuição dos estudos nos eixos, em relação aos alcances e desafios à integralidade do cuidado.



No eixo das necessidades, conseguiu-se identificar 16 estudos que retratam os alcances das necessidades das gestantes frente à integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária, 18 artigos apontam os desafios e fatores que se articulam dificultando esse processo.

No eixo das finalidades, observa-se um total de oito artigos que relatam as finalidades e a integração das ações em atenção à promoção, prevenção e reabilitação da saúde individual e coletiva. Já, os desafios foram identificados em sete estudos, que relatam os principais fatores que não se articulam com a integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária.

Nesse contexto, encontramos 11 estudos que alcançam o eixo da articulação, os quais evidenciam os saberes interdisciplinares junto às equipes multidisciplinares e encontramos 16 relatos nos estudos que apresentam as limitações e os desafios perante as dificuldades no planejamento de implementações da integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária.

No Eixo 4 das Interações, três estudos retratam os alcances pela apreensão do sentido prático da integralidade do cuidado, por meio da qualidade das interações intersubjetivas na construção do cuidado, unindo todos os eixos. Ainda nesse eixo, foram identificados cinco estudos que trazem o contexto de limitações e desafios para a implementação de uma prática em saúde que integre os quatro eixos.

Dessa forma, o cuidado integral e a integralidade do cuidado, são palavras que se cruzam e se conectam, como se uma buscasse a essência da outra, pois a integralidade faz parte do cuidado, assim como o cuidado deve ser feito de modo integral. A forma como esse cuidado é oferecido irá direcionar o ato através dos valores, crenças, culturas e tecnologias interativas, sociais, tecnológicas e humana (AYRES, 2009).

A seguir, apresenta-se os quadros com análise dos eixos propostos por Ayres, de acordo com cada estudo selecionado nesta revisão, mostrando os alcances e desafios frente à integralidade do cuidado para cada eixo: eixo das necessidades, eixo das finalidades, eixo da articulação e eixo das interações.

1. Necessidades de saúde das gestantes:

Abaixo o quadro de análise do eixo necessidades de saúde das gestantes.

Quadro 7- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Necessidades de saúde das gestantes.

Estudo	Alcances	Desafios
1	O maior alcance desse estudo foi o entendimento que a etnia da mulher não influencia no cuidado pré-natal, valorizam as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Referem que alguns médicos residentes fazem os exames físicos e os enfermeiros fornecessem materiais educacionais e discutem sobre o desenvolvimento fetal, nutrição, cuidados com a saúde e diretrizes hospitalares.	Os desafios existentes nas percepções da Clínica são as longas esperas na clínica de 2h a 4h; Os autores reiteram que cada vez mais são cobrados dos profissionais conhecimento em relação às tecnologias, e menos se explica sobre a importância da conversa e interação profissional-paciente
2	O índice de satisfação geral mostrou que mais de 90% das mulheres nos dois modelos de ANC disseram estar "muito satisfeitas"	Os provedores devem estar cientes da importância de atender às necessidades de informações das mulheres durante as visitas do ANC e, assim, estar preparados para satisfazê-las.
3	Evidencia que nas técnicas de oficina muitas histórias de vida emergem durante as atividades. Nesse processo, as gestantes expressaram os seus sentimentos de ansiedade, alegria e desilusões. Muitas delas, de acordo com os dados obtidos, estavam vivenciando situações limitantes, que se expressavam por tristeza, desânimo, culpa, insegurança, bem como queixas de falta de afeto e de apoio, o que impedia o atendimento das suas necessidades nos seus processos de viver..Na ótica das participantes, suas percepções sobre a	Que este estudo sensibilize os profissionais de saúde no aperfeiçoamento de proposta com grupos específicos em outras realidades. Que a saúde coletiva, como campo do conhecimento, abra-se para a utilização de abordagens que superem as limitações do modelo em saúde vigente. Nesse olhar, há que se construir um novo pensar e fazer em relação a esta prática, que requer, além do conhecimento, a mudança de atitudes. O que constitui um grande desafio.

	saúde e as suas práticas de cuidados foram ampliadas, transcendendo para dimensões além dos aspectos biológicos.	
4	Não alcançou as necessidades	A saúde como direito deve romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, a socialização de saberes e práticas entre profissionais e clientes, tanto na prevenção quanto na cura. Local com regime assistencialista, ações mecanicistas, pouco diálogo, sem socialização dos saberes e práticas entre a equipe multidisciplinar.
5	O cuidado satisfatório é representado como aquele desenvolvido com simpatia e educação. Como a literatura correlata evidencia, constatou-se a importância das relações interpessoais e do acolhimento nos serviços de saúde, entendido como um cuidado aberto à escuta (Deslandes, 2005). Pelo exposto, pode-se inferir que as representações sobre o cuidado em saúde na atenção pré-natal, em parte, ancoram-se na perspectiva de um atendimento humanizado.	Algumas mulheres manifestaram terem sentido falta de preparo; e, ainda sobre esse discurso, o mínimo que se espera de um serviço de saúde é que trate a gestante com respeito. Para o Ministério da Saúde, a humanização requer, entre outras coisas, que se chame a mulher pelo nome, evitando-se, inclusive, termos como “ mãezinha ” ou “ dona ” (Brasil, 2003). Desta forma, parece inconcebível que um profissional, qualquer que seja sua formação, possa chamar uma gestante de “boião” .
6	Não alcança a Integralidade observe o relato abaixo: “O médico que fez o sonar não disse nada para mim, ele não se comunicou comigo mas apenas dei o arquivo e disse que eu deveria volte para o médico examinador... e o médico não falou comigo, ele apenas apresentou um instrumento sobre o abdômen” “Eles pensam que você faz perguntas sobre como você se sente e se há algo errado, você pode responder e dizer a eles como te sentes” “Eles devem ser honestos comigo, para não esconder qualquer coisa, para a frente, o médico por favor!” (Enfatizando)	Existe a necessidade de uma melhoria na comunicação de informações, durante a anamnese explicando e fornecendo orientações, de ter um envolvimento profissional e observar se existe a compreensão da explicação, de oferecer a liberdade de escolha e dialogo frente à gestante e sua família. Respeito frente a pontualidade e cuidado individualizado durante o exame físico subsequente frente às queixas e duvidas da cliente. É um desafio encontrar um profissional sensível, que, através de um processo interativo, facilita cuidados de saúde para a promoção da saúde na perspectiva ao cliente e do ambiente de enfermagem.
7	A apreensão das necessidades do usuário, de forma mais abrangente, emerge enquanto elemento importante para quem está sendo cuidado, como evidenciado a seguir: Então, ter uma outra pessoa pra te acompanhar, orientar é importante, e não simplesmente chegar aqui na hora da consulta e te examinar, te receitar vitamina e remédio e falar pra você voltar no outro mês. É bacana ter alguém que fala: olha, hoje nós vamos fazer diferente, nós vamos consultar, mas nós vamos fazer diferente. Está tudo bem? Como é que você está? O quê que está acontecendo? Posso te ajudar? A palavra: posso te ajudar conta muito. A palavra: tô te ouvindo, então, soa como uma valsa. (E6)	A abertura ao diálogo, a disponibilidade para compreender o outro e ajudá-lo no enfrentamento de situações mostra que o profissional de saúde está implicado com os problemas trazidos pelo usuário, estabelecendo uma relação de parceria. Segundo Ayres (2004, p. 23b), não é a escuta que propicia um encontro verdadeiramente terapêutico, mas a qualidade da mesma. Quando é direcionada pelo “horizonte normativo da morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la” e, desse modo, os aspectos ligados à situação existencial do sujeito não serão considerados;
8	Não alcançou as necessidades	As mulheres desejavam ambiente descontraído, não se sentem satisfeitas com atrasos acima de 30 minutos chegando a 4h de espera por visitas rápidas, atendimentos menores de 15 minutos, sentido se insatisfeitas
9	Os profissionais reforçaram o cuidado humanizado no pré-natal como aquele centrado na mulher e na promoção de sua saúde, com vistas à autonomia da gestante no processo, o	A dimensão geográfica e econômica, destacaram-se como obstáculos para a localização das residências em locais íngremes e distantes dos serviços de saúde e a falta de recursos para o

	<p>deslocamento das gestantes, em contrapartida, levantaram como barreiras a agressividade, a intolerância, a indiferença, a impaciência, a falta de disponibilidade, de interesse e de comunicação. Valorizar a mulher grávida, sua história, suas necessidades, queixas e sentimentos. Isto implica que os profissionais reconheçam a dor, os medos e problemas das gestantes, evitando banalizá-los ou ignorá-los, alegando serem apenas situações fisiológicas.</p>
<p>10 Não alcançou as necessidades</p>	<p>A diretrizes baseadas em evidências fornecidas por organizações respeitáveis tem lacunas e o tema pré-natal não é abordado na totalidade. Isso dificulta o alcance de resultados desejados ou de mudanças comportamentais nas gestantes. Desafios são a escuta qualificada das necessidades das mulheres, que buscam informações com outras gestantes ou na internet pela falha no atendimento. Alguns exames são feitos somente para gestantes de alto risco, necessitam-se profissionais melhor qualificados.</p>
<p>11 Constata-se nesses discursos que a promoção do acolhimento praticado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Jardim Marabá, Campo Grande/MS Brasil, se mostrou como um modo de estabelecer um vínculo positivo. Evidenciado pela prática do acolhimento, por meio da assistência humanizada visa inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, priorizando as necessidades dos usuários.</p>	<p>Desafio é a relação e interação entre cliente e profissional que muitas vezes não estão aptos para atendimento com empatia, o despreparo pode ser atribuído ao modo tradicional como é feita a formação dos profissionais de saúde, que valoriza os aspectos físicos em detrimento das características culturais e socioeconômicas</p>
<p>12 Traz elementos que permitem inferir que sobre a qualidade do cuidado impactando no pré-natal, como as características dos profissionais, a atenção com os usuários, a individualidade de cada contexto e caso, e as consultas sem pressa contribuem para solução de dúvidas, aumento do conhecimento e maior vinculação com o profissional. Assim como manter um local único para a realização do pré-natal, inclusão da família, facilidade em transporte e suporte familiar contribuem para qualidade e integralidade do cuidado; O Comitê Nacional de Garantia da Qualidade (NCQA) e a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) pedem que todos os cuidados de saúde sejam centrados nas necessidades individuais</p>	<p>Faz se necessário avaliar os subsídios para formulação de políticas e adequações em clínicas com a finalidade de aumentar o acesso e a qualidade no pré-natal.</p>
<p>13 Alcances são a atuação do profissional enfermeiro que se destaca nesse processo, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, para a promoção da saúde e a qualidade de vida da gestante (BRASIL, 2000a).</p>	<p>Desafios são a assistência no pré-natal no que tange a quantidade de consultas de pré-natal mensalmente, quinzenalmente e semanalmente por trimestre gestacional, preconizadas pelo PHPN. Existe uma fragilidade no elo entre as consultas médicas e de enfermagem bem como atendimento em caráter multidisciplinar e multiprofissional; Dificuldade em desenvolver cuidado integral, percebe-se que essa lacuna ainda persiste na assistência.</p>
<p>14 Alcances na perspectiva de atendê-las, que é a simpatia, suprem suas expectativas e estreita a relação de vínculo. Não há sucesso do</p>	<p>Os resultados apontam para uma realidade diferente da recomendada pelas Políticas Públicas. Panorama atual, temos um problema</p>

	acompanhamento pré-natal sem que haja uma aproximação das partes envolvidas, sendo este um valor para uma essência vital.	multifatorial, e, que mesmo alcançando a meta de 6 consultas mínimas preconizadas pelo MS, a qualidade da assistência está muito além disso, e perpassa pela formação do profissional da saúde chegando até na organização da rede de serviços em saúde. Expectativas distintas entre gestantes e profissionais.
15	Não alcançou as necessidades	As participantes apontam a necessidade de profissionais mais amigáveis e que possam responder às suas dúvidas, que sejam diretos na comunicação de notícias, sejam elas boas ou ruins. Que os profissionais compreendam a cultura da qual são provenientes e consigam ser bilíngues, ou conversar na língua mãe das mulheres.
16	Não alcançou as necessidades	Desafios presentes no estudo mesmo com relatos de satisfação com o cuidado liderado por parteiras, as mulheres relataram a necessidade de melhoria quanto à educação pré-natal em relação ao trabalho de parto, amamentação, depressão e bem-estar emocional e do cuidado do bebê.
18	Aponta uma melhora gradativa da cobertura da atenção às gestantes e puérperas, o acesso ao serviço, a qualidade dos atendimentos clínicos e adesão às ações ofertadas. As gestantes e puérperas demonstraram satisfação com os atendimentos, ficaram mais sensibilizadas quanto à importância de manter o acompanhamento na unidade, ampliaram seus conhecimentos sobre o pré-natal e puerpério e, além disso, participaram mais ativamente das atividades proporcionadas. (baseado no Manual do Ministério 2012 e a Rede Cegonha).	Não identificados os desafios.
20	Resultou em predomínio de baixa expectativa e alta satisfação com os serviços públicos de saúde do pré-natal, para ambos os modelos de serviços avaliados, USF e UBS. A versão brasileira do instrumento PESPC demonstrou-se adequada para avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal para a amostra estudada.	Desafio: avaliar as expectativas e satisfação por serem subjetivos e multidimensionais, esta foi a primeira aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC no Brasil. Tais achados poderão contribuir para a avaliação e planejamento de novas ações e estratégias no âmbito da saúde pública, com o objetivo de contribuir com a melhora da qualidade pré-natal e, conseqüentemente, com a saúde materna.
23	Observaram-se os padrões e as rotinas com a consulta do pré-natal de parteiras, que normalmente, além das mulheres conhecerem as parteiras desde o primeiro encontro de pré-natal, informam a rotina de cuidados e as atividades às quais os casais serão encaminhados Na consulta ainda está presente a fase da avaliação clínica que envolve os exames físico e obstétrico. Após a avaliação, no pós-consulta, além da documentação entregue à mulher sobre os procedimentos, entregam-se também folhetos informativos incluindo sobre amamentação. Observa-se a tentativa de o cuidado centrar-se na mulher para além das regras e protocolos que eram estabelecidos pelas parteiras. Atualmente, visualiza-se o envolvimento da mulher na escolha do cuidado por meio do conhecimento de seus desejos a partir de uma comunicação	Não identificados os desafios.

	<p>interpessoal entre parteira e gestante. A forma da linguagem entre parteira e mulher modificou, atualmente, observa-se o uso de palavras que estimulam o encorajamento da escolha e para o parto, além de empregar termos que mostram que as parteiras estão em cena para “ajudar”, “auxiliar” e ser parte do processo; O alcance do estudo foi demonstrar que as parteiras desse sistema de serviço obstétrico conseguem construir um cuidado para além do físico, envolvendo o cuidado centrado na mulher e no protagonismo das mesmas.</p>
<p>24</p>	<p>As percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal estão relacionadas à atenção dispensada, ao acolhimento humanizado, consideração da subjetividade da gestante e amparo nos momentos difíceis que tornam este período satisfatório</p>
<p>26</p>	<p>Não alcançou as necessidades</p> <p>Os desafios do estudo envolvem a falta de ações que podem contribuir para o aperfeiçoamento permanente do planejamento da assistência, pois referem não alcançar a atenção à gestante de modo integral. Muitas unidades não fornecem orientações e grupos para trocas de saberes sobre as quais muitas sentem necessidade.</p> <p>Na pesquisa, o uso de dados secundários dificultou o aprofundamento da análise. Por outro lado, é desejável a exploração de dados coletados com recursos públicos, em essa pesquisa que adotou um processo metodológico qualificado. Os desafios persistem com um alto nível de inadequação de ações, comprometendo a saúde materna e infantil. Sendo que a maior parte dos municípios do país apresentou baixa adequação na atenção ao pré-natal, mesmo que nos aspectos estruturais o desempenho tenha sido melhor. Recomendam-se avaliações periódicas do pré-natal para o acompanhamento e a adoção de medidas que venham a melhorar a qualidade desta atenção.</p>

Do ponto de vista dos alcances à integralidade do cuidado no eixo necessidades das gestantes. Os Es internacionais (E 1, 2, 6 e 8) realizados nos Estados Unidos e na África do Sul referem que a etnia da mulher não influencia no cuidado pré-natal. Elas valorizam muito as informações fornecidas pelos profissionais de saúde, gostam das consultas com os médicos residentes devido à anamnese e aos exames físicos, assim como gostam das consultas com os enfermeiros porque esses fornecem materiais educativos, orientam sobre o desenvolvimento fetal, reforçam cuidados sobre nutrição, com a saúde e informam sobre as diretrizes hospitalares.

O E (2) realizado em Argentina, Cuba, Arábia Saudita e Tailândia, com uma amostra de 1600 mulheres e 256 profissionais, entre médicos, enfermeiras e parteiras formadas, desenvolveu o modelo tradicional de assistência pré-natal, o qual se assemelha ao cenário brasileiro de uma consulta mensal até o sexto mês de gestação, no sétimo e oitavo mês consultas quinzenais e no nono mês consultas semanais, e comparou-se com um novo modelo de assistência, diminuindo o número de consultas a um total de quatro consultas, realiza-se

uma triagem e são feitas intervenções positivas necessárias para as mulheres de baixo peso. Conclui que a satisfação das mulheres frente a esse novo modelo foi positiva resultando que mais de 90% das mulheres disseram estar "muito satisfeitas" nos dois modelos de assistência aos cuidados pré-natais.

Em alguns Es (1 e 2), foi perceptível indícios que eles tratavam do tema integralidade do cuidado, em especial quando eram realizadas condutas atreladas ao termo “continuidade do cuidado”. O cuidado pautado na integralidade nestes estudos esteve atrelado à maior atenção dada às opiniões das pacientes para a construção do cuidado. Portanto, a espera prolongada para ser consultada, o tempo reduzido de consulta, a troca periódica dos profissionais diminuem a confiança na relação profissional-paciente, que pode ser ainda afetada pela dificuldade de interação com a língua da gestante, aspecto identificado em outros Es (7,9,17e 23).

No cenário internacional, o conceito da integralidade do cuidado não faz referência ao conceito empregado pelos pesquisadores brasileiros, mas se baseia no cuidado centrado na mulher, ou seja, cuidado centrado na gestante. O E (23), desenvolvido na Austrália, aborda esse cuidado centrado nas rotinas desenvolvidas durante o pré-natal pelas parteiras. As mulheres são chamadas pelo seu nome, conduzem a consulta como se fosse um bate papo, de modo descontraído, com duração de 30 a 40 minutos, com abertura para perguntas e explicações de tudo que está sendo feito. Neste momento é preenchido um caderno de gestante conhecido como *orange book*, o qual permanece com a gestante e são oferecidas informações sobre o estado da mulher e do feto e orientações, alcançando as necessidades e demandas específicas de cada mulher, por meio do cuidado centrado na mulher. Esse modelo de cuidado permite o desenvolvimento de vínculo, o fortalecimento na comunicação e nas escolhas da mulher, por meio do acolhimento, da escuta, do diálogo, da humanização do cuidado e da valorização da gestante pela equipe.

Nessa direção, a promoção da saúde é vista de extrema importância para as mulheres grávidas no E (9) desenvolvido no Brasil. As gestantes valorizam ter voz ativa, ser escutada e desenvolver autonomia nesse processo, como pode ser também observado em outros E (2,3,4,10,13,23 e 26).

Os E nacionais (3,11,18), que conduziram as pesquisas de forma dinâmica por meio de oficinas e atividades em grupos ou que realizaram a análise do discurso coletivo-individual, evidenciam uma proximidade maior com a gestante e sua história no contexto familiar e cultural, as mulheres se sentem mais confortáveis e seguras para relatar suas dúvidas, queixas, pois o ambiente se torna mais descontraído e a troca de aprendizado e

informação flui de maneira compartilhada, porque as vezes a outra gestante questionou sua dúvida e na discussão observaram exemplos e vivenciaram novos saberes, fortalecendo os cuidados para além do corpo morfológico/biológico, e valorizando os aspectos emocionais da saúde da mulher como um todo.

A integralidade do cuidado no E (3) brasileiro evidência, no processo do cuidar, as ações de saúde pautadas numa abordagem dialógica, de forma a impactar de modo ativo na saúde integral individual-coletiva de um grupo de gestantes.

Esses E nacionais (3,11,18) comprovam que as rodas de conversa e ações dinâmicas e grupos de gestantes colaboram para o alcance das necessidades das gestantes, pois nesse espaço desenvolvem senso crítico, novos aprendizados, empoderamento e fortalecimento do vínculo entre a equipe e os usuários, oferecendo um cuidado satisfatório. Muitas mulheres sentem-se satisfeitas com a atenção dispensada durante a consulta, devido à anamnese, às receitas, mas gostam e superam as expectativas quando escutam palavras de encorajamento e apoio, ou perguntas corriqueiras como:

[...] É bacana ter alguém que fala: olha, hoje nós vamos fazer diferente, nós vamos consultar, mas nós vamos fazer diferente. O quê que está acontecendo? Posso te ajudar? A palavra: posso te ajudar conta muito. A palavra: tô te ouvindo, então, soa como uma valsa. (ESTUDO 7 BRASIL; p.60.).

Portanto, revela-se que é possível atingir as necessidades das gestantes e realizar um atendimento digno com qualidade da assistência por meio de acolhimento, escuta, diálogo, olhar humanizado, respeito e dignidade. Muitos E (3, 11, 12, 13, 18 e 21) destacam os cuidados fornecidos pelas enfermeiras que as gestantes avaliam como simpáticas, acolhedoras e que explicam e orientam durante a consulta. O Comitê Nacional de Garantia da Qualidade (NCQA) e a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) recomendam que todos os cuidados de saúde sejam centrados nas necessidades individuais.

Os Es nacionais (5 e 13) apontam que ações cotidianas simples como tratar com educação e simpatia facilitam o alcance da integralidade do cuidado. Essas ações fortalecem o acolhimento, proporcionam relações interpessoais de qualidade nos serviços de saúde e resgatam a essência do cuidado frente as necessidades dos usuários.

Ayres (2004), ao relatar uma experiência pessoal em um atendimento em que resolveu inverter os papéis, propiciou um espaço para a usuária desabafar e buscou outro sentido a esse encontro. Essa percepção permitiu que a usuária olhasse para si, pudesse ver o sentido de sua vida e compreender seu "Projeto de Felicidade", que, segundo o autor é uma construção que

ocorreu a partir de uma consulta com abertura ao diálogo e escuta qualificada, emergindo uma sabedoria prática, pois o profissional conseguiu entender as necessidades da usuária, o que possibilitou um alcance técnico e humano, transformando as atividades normativas e tecnocientíficas em cuidado.

Do ponto de vista dos desafios à integralidade do cuidado no eixo necessidades das gestantes, muito ainda precisa ser superado a nível nacional e internacional. Muitos Es (1, 2, 5 e 6) apontam a falta de comprometimento com os horários e a organização de agendamento, a falta de paciência na escuta, as consultas silenciosas, sem explicação durante o exame físico, o linguajar ofensivo e pouco respeitoso frente às mulheres, como esse relato de um estudo na África do Sul (ESTUDO 6):

“O médico que fez o sonar não disse nada para mim, ele não se comunicou comigo mas apenas dei o arquivo e disse que eu deveria voltar para o médico examinador[...] e o médico não falou comigo, ele apenas apresentou um instrumento sobre o abdômen” “Eles pensam que você faz perguntas sobre como você se sente e se há algo errado, você pode responder e dizer a eles como te sentes” “Eles devem ser honestos comigo, para não esconder qualquer coisa, para a frente, o médico por favor!” (Enfatizando). (ESTUDO 6- ÁFRICA DO SUL; p.08).

Em muitas unidades, o pré-natal é centrado no modelo biomédico e, muitas vezes com dificuldade de uma abordagem recíproca, como se observa neste E nacional (5):

Para o Ministério da Saúde, a humanização requer, entre outras coisas, que se chame a mulher pelo nome, evitando-se, inclusive, termos como “mãezinha” ou “dona” (Brasil, 2003). Desta forma, parece inconcebível que um profissional, qualquer que seja sua formação, possa chamar uma gestante de “boizão” (ESTUDO 5- BRASIL; p. 38).

A falta de respeito, de sensibilidade e olhar humano, de postura ética e profissionalismo, de empatia, e as ofensas, acabam gerando uma expectativa baixa nas gestantes e muitas desistem da assistência pré-natal. Quando encontram profissionais éticos e educados, sentem uma grande satisfação e surpresa ao avaliarem que este tipo de assistência está sendo oferecida nos serviços públicos de saúde nas USF e UBS.

A assistência pré-natal não deve ser reduzida apenas à realização de consultas e solicitação de exames, aspectos evidenciados neste E nacional (24), corroborando a necessidade de considerar também o acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, visando o estabelecimento de vínculos. Os Es (1, 2, 3, 9, 19, 20 e 23) compreendem essa problemática e reafirmam que é função do profissional estar disponível para fornecer

orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal, a fim de empoderar a mulher/casal a ser protagonista do parto/nascimento.

Nesse sentido, humanizar depende de movimentos que gerem uma transformação da equipe profissional, que muitas vezes tem o cuidado centrado no biológico e patológico. Mudar a forma de acolher e realizar uma consulta diferenciada depende de mudança de postura, da abertura para novos saberes e conhecimentos, de forma que haja envolvimento da equipe em ações produtivas na busca de aplicar as políticas públicas existentes. Enquanto movimento, a humanização precisa ser colocada em prática, no sentido da reflexão do que e como fazer diferente (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Nesse contexto, o E (6) retrata a integralidade do cuidado ao reconhecer a importância da mudança de postura profissional para a garantia dos cuidados de saúde como direito humano básico (Hillan 1999; Bill of Rights 1994 apud MATHIBE-NEK, 2008), e enquanto tal reconhecer as diferenças entre homens e mulheres, dado que, muitas vezes as mulheres são tratadas como passivas e não ativas em suas escolhas, conforto, bem estar e posicionamentos (Thompson 1996: 162; Berg & Dahlberg, 1998: 26 apud MATHIBE-NEK, 2008), reafirmando a importância do cuidado individualizado à gestante, associado às políticas de saúde (Kirkham, Perkins 1997: 5 apud MATHIBE-NEK, 2008).

Conclui-se que 61% dos estudos apontam ações e falas direcionadas à integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária, alcançando as necessidades das gestantes e 69% dos estudos revelam os desafios a serem superados para oferecer uma assistência de qualidade frente à integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária. Logo, se infere que os desafios a serem superados se sobressaem aos alcances, o que retrata um pré-natal de baixa qualidade.

2. Finalidades do trabalho em saúde com gestantes

Abaixo o quadro de análise do eixo finalidades do trabalho em saúde com gestantes.

Quadro 8- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Finalidades do trabalho em saúde com gestantes.

Estudo	Alcances	Desafios
2	Em relação ao tempo gasto com o profissional, as mulheres no novo modelo apresentaram um nível de satisfação mais alto com o tempo gasto com o profissional do que nas clínicas modelo padrão, embora a duração real do encontro clínico tenha sido semelhante. Essa impressão	Não identificados os desafios.

	positiva pode ter resultado de uma melhoria na qualidade da interação paciente-provedor.	
3	As gestantes multiplicaram a discussão sobre a presença de um acompanhante junto da parturiente no momento do parto com os seus pares no coletivo, possibilitando-lhes tomar conhecimento sobre os seus direitos, bem como reivindicá-los. Foi possível perceber que nesse processo de construção individual-coletiva, ultrapassando o contexto grupal para o familiar, a teia de interações criada no grupo gerou transformações nos sujeitos, tornando-os coparticipes do movimento educativo grupal, sendo multiplicadores de saúde no coletivo.	A família se constituiu numa limitação, quando dificulta o atendimento das necessidades das participantes. Nas visitas domiciliares realizadas, algumas mulheres referiram que seus companheiros, inicialmente, não entendiam as suas necessidades de frequentarem as oficinas, uma vez que algumas delas já eram mães e, na concepção deles, elas possuíam o conhecimento necessário sobre os cuidados de saúde.
4	As relações que se estabelecem entre enfermeiras e gestantes nessas condições organizacionais e assistenciais que se apresentam, oferecem limitadas possibilidades de estabelecer uma comunicação efetiva que possa contribuir para o entendimento da mulher sobre sua condição de saúde, e suas potencialidades e capacidades de mudanças pessoais e familiares.	Os desafios frente à Integralidade do cuidado estão muito distantes da realidade, visto que não têm respeito por parte dos profissionais e seres humanos que dividem o mesmo espaço de trabalho. Precisam implementar atividades de melhorias voltadas à educação permanente aos profissionais de enfermagem, para que tenham vozes ativas e não somente preencham documentos, precisam ocupar o papel da enfermagem, ter voz ativa e serem reconhecidas.
6	Existe a preocupação em relação a diferentes prestadores de cuidados durante o pré-natal da mulher. A continuidade do atendimento pode ser alcançada através de um relacionamento contínuo com um ou mais cuidadores familiares	As mulheres grávidas devem ser continuamente supervisionadas sobre o plano de cuidados proposto e o atendimento qualificado para as mulheres. Deve ser assegurado um programa de assistência médica.
7	Essas considerações demonstram como o desenvolvimento de uma clínica ampliada pode melhorar a qualidade das interações que ocorrem entre profissionais de saúde e usuários, tornando-as mais solidárias e propiciando uma assistência diferenciada e que valoriza a subjetividade do ser humano. Isso fica evidente quando a entrevistada faz uma analogia da escuta com a valsa visto que essa música proporciona uma sensação de leveza e de bem-estar e a dança, por sua vez, a alegria e um estado de cumplicidade entre as pessoas que dançam.	Quando o profissional de saúde consegue ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir não ficando restrito ao papel de porta-voz do discurso tecnocientífico, privilegia-se a dimensão dialógica do encontro terapêutico, isto é, “a abertura a um autêntico interesse em ouvir outro” e ambos os atores envolvidos podem se beneficiar deste processo (AYRES, 2004b, p. 23).
8	A interação prejudica principalmente quando eram mulheres de baixa renda, que relataram sentir-se estereotipadas como mulheres sem abrigo e que abusam de substâncias. Relataram serem tratadas “como lixo” ou “um pedaço de carne. Mulheres de baixa renda e minorias foram fortemente representadas em estudos que relataram tratamento severo, rude ou impessoal, longos tempos de espera para visitas curtas e informações inadequadas. As experiências incluíram discriminação ou estereótipos relacionados a raça, etnia, renda ou falta de seguro de saúde. Barreiras linguísticas e jargões médicos podem ter impedido a comunicação de imigrantes e mulheres com níveis mais baixos de alfabetização.	A possibilidade de que mulheres dessas populações vulneráveis possam ter experiências especialmente desagradáveis no PNC merece uma consideração mais aprofundada - particularmente quando vista no contexto de obstáculos externos que as mulheres podem enfrentar ao obter assistência médica
9	Foi ressaltada pelos entrevistados a importância de a gestante e os acompanhantes participarem de práticas educativas, exercerem seus direitos e	Nessa rede de interações, foi considerado como cuidado humanizado no pré-natal pelos profissionais, e enfaticamente pelas gestantes, a

	participarem das questões relativas à saúde, própria e da população. Essas práticas caracterizaram essas três subcategorias como cuidados humanizados. As ações educativas (grupos de gestantes e casais grávidos ou de sala de espera) e um diferencial no cuidado, segundo os participantes, ampliam conhecimentos, subsidiam decisões, preparam para parto, maternidade, paternidade e auxiliam na reivindicação de direitos e cuidados	valorização da gestante e dos familiares. Valorizar é incluir todos os envolvidos no processo, sobretudo o companheiro;
21	Não alcançou as finalidades	As orientações para a preparação das mulheres para o parto não encontram condições de serem priorizadas e práticas colaborativas são ainda muito pouco usadas nas estratégias de cuidado, atestando o que indicam outros estudos sobre a baixa qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil.

Do ponto de vista do alcance a integralidade do cuidado no eixo Finalidades do trabalho em saúde com gestantes, o E internacional (2) traz um novo modelo de atenção aos cuidados pré-natais com consultas reduzidas em 4 encontros, causando insatisfação no primeiro momento, mas o tempo dispensado pelos profissionais no modelo com 4 consultas gerou mais satisfação do que na clínicas modelo padrão, evidenciando, de forma positiva, a melhoria na qualidade da interação paciente-provedor. Outro E internacional (6) conclui que as enfermeiras obstetras e parteiras usam uma linguagem acessível, fornecendo informações e treinamentos às gestantes e verificando com as mesmas a compreensão dos ensinamentos. Existe ainda uma preocupação com os rodízios e trocas de profissionais e residentes que ofertam a assistência pré-natal, a fim de manter a qualidade da interação profissional-gestante.

A integralidade se faz presente quando a troca de saberes entre equipes multiprofissionais tem o potencial de suprir as necessidades do usuário, articulando serviços de saúde e setorialidade. O E (9) retrata a integralidade relacionada às ações articuladas, ampliadas e complexas, para além do diálogo, demonstrando uma assistência centrada no cuidado humanizado e com profissionais capacitados, aspectos evidenciados em outros Es (3, 8, 10, 15 e 16).

Em 30% dos estudos evidenciam que as atividades educativas em grupos de gestantes, dinâmicas que buscam a coletividade, a interação social, a convivência com a comunidade, permitem bom relacionamento interpessoal e coletivo entre a equipe e os usuários, e a gestante se torna protagonista de suas escolhas, aprende novos conceitos, troca experiências com o grupo e a família, gerando transformações.

Alguns Es nacionais (3,7,21) revelam a evolução dos relacionamentos interpessoais, quando se atenta para uma escuta qualificada e um acolhimento humanizado. Este E (7) relata a importância da educação em saúde, dos grupos de gestantes e o fortalecimento do elo entre

cliente e profissionais. Acreditam e reforçam na prática a linha de cuidado à gestante, criando ambientes harmônicos, conduzindo as relações de modo leve e saudável e, suprimindo as necessidades das gestantes e suas famílias.

Os Es (4, 10, 12, 13 e 20) não fazem referência direta a integralidade do cuidado, mas resgatam estratégias para que o profissional consiga contemplar e fornecer um cuidado aliado a integralidade do cuidado, por meio de trocas de saberes e orientações frente a seu estado de saúde. Estas estratégias perpassam propiciar autonomia à cliente, demonstrar segurança profissional no enfrentamento de situações problemas durante a gestação e na vida cotidiana da mulher, de forma que ela possa resgatar a auto confiança e responsabilidade frente às problemáticas. Respeitar a mulher, sua história e emoções como ser único retrata a importância da escuta qualificada, importância do diálogo e vínculo profissional junto ao cliente fazem parte do que se entende por integralidade do cuidado.

Ayres (2012) afirma que para atingir ações dinâmicas diferenciadas são necessárias mudanças, não focar somente nas ações sanitárias, mas quebrar as barreiras da interdisciplinaridade e intersetorialidade, unindo os saberes, fornecendo espaço para discussões e formas diversas de linguagem como a dialética, as artísticas, corporais, terapêuticas, independentemente da forma de linguagem, mas que estejam ao alcance a todos.

Do ponto de vista dos desafios, a desigualdade na saúde não é somente evidenciada no cenário brasileiro; alguns Es internacionais (2, 6 e 8) contextualizam que muitas mulheres se sentem discriminadas e não recebem uma assistência de qualidade por não terem boas condições financeiras, moradia, ou por não ter parceiro, ou fazerem uso de substâncias químicas, fato que prejudica a interação. São tratadas “como lixo” ou “um pedaço de carne”. São recebidas com grosserias e profissionais inflexíveis, de forma impessoal, os atendimentos são rápidos, com longas esperas e não recebem orientações sobre suas dúvidas. Esses aspectos caracterizam um cuidado pré-natal estereotipado devido a etnia, baixa renda, cor, ou por não terem seguro de saúde. Ademais, a comunicação linguística e a má conduta ética dos médicos com palavras inapropriadas afastam as mulheres imigrantes e mulheres com níveis mais baixos de alfabetização.

Os Es (8 e 10) abordam o Cuidado centrado no Pré-natal, enfatizando as necessidades das mulheres como essenciais para desenvolver uma compreensão clara das experiências do pré-natal centradas na mulher, bem como quais aspectos do cuidado no pré-natal atendem às suas necessidades, tornando-a agente principal de suas decisões, com impactos para a família. Os Es (2, 15 e 16) também destacam que o cuidado centrado no paciente possibilita confiança entre paciente e profissional e ressaltam a comunicação direta sem barreiras de linguagem e o

entendimento cultural como bases para o alcance esse cuidado, resultando na satisfação das gestantes.

Os desafios frente à integralidade do cuidado no eixo finalidade do trabalho estão representados em 26% dos estudos nacionais e internacionais, os quais retratam limitações para desenvolver uma integração ativa junto à comunidade, família e gestante referente à promoção, prevenção e reabilitação da condição de saúde e das potencialidades e capacidades de mudanças pessoais e familiares no que se refere ao cuidado da gestante e sua família.

O E nacional (4) enfatiza a necessidade de os profissionais de saúde estarem livres de preconceitos e abertos a novos conceitos para que consigam interpretar e ter uma percepção das necessidades das gestantes durante a troca de informações. Para tal, os profissionais devem buscar alcançar a realidade e vivência familiar da gestante, garantindo qualidade da assistência por meio de vínculo e trocas de experiências que gerem aprendizagem no período do pré-natal.

Conclui-se que é de extrema importância, tanto para os recursos de saúde, como para os profissionais realizar um acompanhamento individualizado e ações desenvolvidas em grupos e/ou salas de espera para o desenvolvimento de práticas educativas, criando espaços para discussão e aprendizado sobre o cuidado à saúde individual e coletiva, buscando integração frente à prevenção de riscos às mulheres no ciclo gravídico e puerperal.

Portanto, os Es nacionais (5, 13 e 19) apresentam a integralidade aliada aos níveis de prevenção à saúde no processo de saúde e doença, à qualidade de vida individual e coletiva como uma ferramenta de implementação e avaliação em saúde. Reporta a integralidade do cuidado como um modelo novo que vem se articulando junto à autonomia e à humanização durante o cuidado, causando estranhamento frente ao modelo de atenção mecanicista e biomédico, principalmente na área da obstetrícia e nas condutas frente ao parto.

Este "novo" modelo de cuidado deve permitir que a gestante possa se recriar e buscar sua identidade, para que, dessa forma, consiga compartilhar interesses, estado de saúde, vida pessoal, social, econômica e visualizar as barreiras e dificuldades que impedem-na de se sentir bem e para que, ao socializar junto ao grupo e vivenciar nesse espaço suas expectativas e satisfação, consiga encontrar respostas às suas prioridades (AYRES, 2012).

3. Articulação entre saberes e ações no cuidado de gestantes.

Abaixo o quadro de análise do eixo do Eixo Articulação entre saberes e ações no cuidado de gestantes.

Quadro 9- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Articulação entre saberes e ações no cuidado de gestantes

Estudo	Alcances	Desafios
1	As longas esperas afetaram negativamente os pacientes e a satisfação e comunicação entre pacientes e médicos.	Referem a descontinuidade dos cuidados, rodízio entre os residentes, trocas e falhas na comunicação entre os residentes médicos e pacientes, longas filas de registro, prontuários médicos que não chegaram à clínica do sala de prontuários, falta de trabalho laboratorial, médicos residentes chegando atrasados à clínica por causa de outras responsabilidades, pessoal doente ou em férias e reservas em excesso.
2	Os fornecedores ficaram mais satisfeitos com o novo modelo de CPN em relação ao número de visitas, tempo gasto com o paciente e informações fornecidas, mas ficaram menos satisfeitos com o espaçamento entre as visitas.	Parece haver uma incompatibilidade entre a percepção de médicos e enfermeiros sobre a qualidade e quantidade das informações que eles fornecem e as necessidades dos usuários.
3	o grupo revelou-se como um recurso para as suas participantes, constituindo-se num espaço para compartilhar experiências, sentimentos e afetos e socialização de saberes técnico- científico e popular.	Contribuir para a prática do ensino na areada da saúde, considerando-se que o trabalho com grupos permite a produção de conhecimento no que concerne à área de saúde da mulher, e de outras áreas, constituindo-se num importante recurso para o processo de ensino-aprendizagem;
4	Não alcançou as articulares entre os saberes	A contribuição da consulta de enfermagem para a educação em saúde é prejudicada por ser permeada de ruídos, bloqueios e descontinuidade no processo comunicativo, mas significativa no aspecto da humanização devido à postura pessoal de suas executoras.
6	Não alcançou as articulares entre os saberes	Os profissionais de parteira devem realizar educação continuada para familiarizar-se com resultados de pesquisas, como as descobertas sobre as expectativas das mulheres, para que eles possam oferecer assistência médica congruente com mulheres grávidas expectativas.
7	É possível visualizar a configuração de um trabalho articulado, com pontos de intercessão entre os diversos saberes, que também são respeitados naquilo que têm de singular. O campo específico do saber de algum profissional pode sobressair em determinadas circunstâncias, de acordo com as necessidades que o usuário apresenta. É nesse sentido que a entrevistada fala que tem coisas que a enfermeira tem mais condição de esclarecer que o pediatra e vice-versa, mas não deixa de enfatizar a importância do trabalho em equipe para a qualidade da assistência prestada. É importante salientar que o trabalho do enfermeiro também foi reconhecido e valorizado [...]. É possível compreender que cada profissional envolvido no processo de produção do cuidado pode contribuir para o sucesso da assistência, dentro de suas possibilidades.	A coexistência de múltiplos saberes e práticas de diferentes profissionais dentro de uma mesma equipe apontam para uma prática de integralidade, quando há articulação permanente entre eles em torno de um mesmo objetivo: O que era melhor ser feito em prol da pessoa assistida. De acordo com esses autores, geralmente, os trabalhadores de equipe multidisciplinar prendem-se na parcela desse trabalho que lhes pertence, sem perceber que estão contribuindo para a fragmentação do cuidado. Essa organização do trabalho em saúde conduz a uma sobreposição de um profissional em relação aos demais e ao próprio usuário, que também é sujeito desse processo, que deveria estar centrado nele. Tudo isso dificulta a construção do saber-fazer comum que configura a responsabilidade coletiva, que se encontra no cerne do trabalho em equipe, nos espaços públicos de produção do cuidado.
9	Apesar de uma parcela das gestantes limitar o cuidado pré-natal à consulta, para a maioria das gestantes e profissionais esse processo deveria incluir consultas, ações	Profissionais centrado na produtividade, que resulta em consultas rápidas e pouco aprofundadas; a atuação isolada ou o confronto entre profissionais por despreparo para atuar interdisciplinarmente e pela

	<p>educativas e visitas domiciliares, indo além da consulta médica ou de enfermagem: observe o relato: É o acompanhamento todo. Não só do médico. A conversa com outros profissionais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas [...] suporte físico, emocional e psicológico. [...] troca de experiências entre gestantes ou casais grávidos. (Azaléa, gestante do HU).</p>
<p>13 Em relação à conduta clínica dos profissionais, os serviços avaliados por este estudo apresentaram alta cobertura de alguns procedimentos clínico-obstétricos de importância para o pré-natal;</p>	<p>disputa de poderes. Na dimensão organizacional, os participantes referiram como entraves: longo tempo de espera e burocratização. Apenas os profissionais elencaram a falta de articulação, diálogo, referência e contra referência entre os serviços de saúde, indo ao encontro de autores que consideram as estruturas organizacionais engessadas, burocráticas e desarticuladas, no Brasil, como fatores que dificultam a atenção em nível básico. Recomenda-se que os enfermeiros avancem na incorporação do sentido de integralidade em sua prática profissional, já que a PHPN e a Rede Cegonha reforçam e respaldam essa ação do enfermeiro. Os profissionais e os gestores dos serviços necessitam buscar estratégias que atendam às necessidades e expectativas das usuárias, procurando fortalecer e ampliar os pontos positivos e minimizar as fragilidades apontadas.</p>
<p>14 A questão da precariedade nos recursos humanos e materiais, apontada pelos participantes do estudo, gerou angústias e um sentimento de impotência nos profissionais, que relataram não dispor de materiais básicos para o cuidado à mulher gestante.</p>	<p>Preferência dos profissionais de saúde para o valor orgânico, traduzido em prevenção, o foco no caráter biomédico ainda se encontra enraizado na assistência pré-natal, a mudança é necessária no meio acadêmico pois essa formação dos profissionais reflete no modelo biomédico.</p>
<p>16 os principais motivos para frequentar as clínicas lideradas por parteiras formadas esteve atrelado: ao menor tempo de espera, ter mais tempo de consulta para discussão, recomendação de amigos e experiências prévias.</p>	<p>Além disso, embora a assistência prestada por parteiras tenha uma melhor qualidade se comparado com o pré-natal usual hospitalar, ainda, existem desigualdades no acesso a esse cuidado assim como lacunas na educação pré-natal.</p>
<p>17 Alcança a perspectiva da multidisciplinaridade, na qual o cuidado prestado à gestante aconteça de forma integral e complementar, por consultas individuais e atividades dirigidas em grupo. Valorizam-se os saberes de cada profissional, na perspectiva de construção de um cuidado articulado às diferentes necessidades das usuárias. Ainda tem se um desafio frente ao cuidado desde a descoberta da gravidez até o período puerperal, fomentado pelos diferentes atores, de modo a gerar uma assistência integral.</p>	<p>Modelar a assistência mecanicista por grande parte dos estudos, os quais realizam os protocolos e documentos necessários para o pré-natal. Desafios em identificar risco a gestação, para a dimensão do saber/fazer em saúde e no acompanhamento ao pré-natal.</p>
<p>18 Apresenta apoio da gestão municipal e do coordenador da unidade desde o início, que se dispuseram a receber a proposta da intervenção, outro alcances com aspecto importante e o empoderamento da equipe, melhoria no vínculo entre a equipe, trocas de saberes entre a equipe multiprofissional e interdisciplinar, criando resposta para a necessidade da comunidade e a autoestima do profissional.</p>	<p>Os desafios são referentes à organização para viabilizar os atendimentos em saúde bucal, garantia da realização de exame laboratorial e os medicamentos na farmácia. Outra questão desafiadora é realizar treinamentos para todos os programas de saúde públicas junto a monitorias</p>
<p>19 Na percepção de que a maioria das usuárias se sentem acolhidas e buscam a APS por considerá-la eficiente, mas veem a insuficiência de recursos materiais e</p>	<p>Precisa de fortalecimento nos atributos de coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária para se atingir a qualidade da atenção às gestantes. Observa-se escassez de estrutura, como</p>

humanos que dificultam sua assistência, além de não ponderar o envolvimento da comunidade. Os resultados demonstram a satisfação das usuárias no acompanhamento do pré-natal, porém sugerem que recursos materiais e humanos estejam mais presentes, assim como percebem que mais acolhimento de todos das equipes apresentam-se relevantes na atuação;

computadores, prontuários eletrônicos, contra referência, fluxos de acesso e a marcação de exames e consultas para outros níveis de complexidade ocorrerem nas próprias UBSs, afetando diretamente o processo de atuação das equipes de SF na Rede Cegonha e conseqüentemente os seus resultados em termos de qualidade da atenção.

21 Não alcançou as articulares entre os saberes

As equipes de saúde da família, praticantes da medicina generalista, relataram dificuldades para realizar o cuidado pré-natal das mulheres gestantes, evocando e fortalecendo o discurso da medicalização obstétrica que sua prática deveria enfraquecer. O discurso oficialmente adotado pela humanização segue funcionando como discurso complementar ao da medicalização e da especialização, que prevalece nas práticas relatadas. A ênfase na atenção humanizada à mulher na gestação interfere nas fronteiras dos territórios profissionais e pressupõe renegociação de competências e os esforços de colaboração empreendidos entre as equipes de saúde da família e obstetras não apresentam muito sucesso; As práticas observadas neste estudo apresentam-se particularmente afetadas pelas incertezas do trabalho: a alta rotatividade, a precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho (principalmente das enfermeiras que acumulam a função de gestão e atenção nas equipes). A incorporação de princípios e pressupostos da humanização fica prejudicada na gestão das competências profissionais, destacando-se aspectos como as possibilidades de inovações nos processos de trabalho e o trabalho em equipe as possibilidades de acesso a processos de qualificação são escassas, assim como há dificuldades na manutenção dos espaços de reuniões de equipes. A aproximação entre a gestão, a educação permanente e as práticas clínicas são ainda um caminho a ser percorrido, mas no sentido da problematização sobre os processos de medicalização e humanização como constituidores das próprias práticas de atenção.

22	Não alcançou as articulares entre os saberes	Necessita de melhorias nas ações gerenciais para garantir a qualidade do cuidado, pois padecem de fragilidade ainda maior, evidenciando-se baixos percentuais de sucesso no apoio às atividades. Revelaram importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas EqSF no país inteiro, além de uma evidente inadequação das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do cuidado pré-natal. As desigualdades regionais, sobretudo no acesso, foram expressivas e ratificam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que objetive diminuí-las e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos à população. Ainda que os investimentos no setor da saúde não possam reverter indicadores sociais negativos, a garantia do acesso universal e equânime às gestantes pode contribuir para reduzir desigualdades, sobretudo para aquelas de baixa renda, que mais necessitam dos serviços públicos do pré-natal. A originalidade da abordagem, ao abranger dimensões gerenciais anteriormente não exploradas pela literatura, permitiu apreender lacunas na dinâmica do pré-natal que em grande medida podem explicar as limitações na qualidade do cuidado, globalmente apontadas na literatura. A dimensão da qualidade do cuidado pré-natal foi avaliada como nacionalmente inadequada. A análise da subdimensão ações gerenciais evidencia o restrito nível de adequação (5% adequação e 29%)
25	Não alcançou as articulares entre os saberes	O maior desafio são os cuidados preconizados no PN, uma distância da prática da INTEGRALIDADE nos serviços de saúde, assim também como a falta de infraestrutura interfere, necessita de investimento para a melhoria da tecnologia leve. Melhorar a infraestrutura e a ambiência das unidades de saúde, buscar alcançar a privacidade nas consultas, faltam informações sobre os cuidados quanto ao tipo de parto, precisa desenvolver estratégias de comunicação e aperfeiçoamento aos profissionais voltada para ações educativas, escutar a gestante entre outros.

Do ponto de vista do alcance à integralidade do cuidado no eixo Articulação entre saberes e ações no cuidado de gestantes, os estudos nacionais (3, 18, 19) expõem a visão de que as trocas de experiências em grupo denotam aprendizado para cliente e profissional, a partir da possibilidade de compartilhamento de sentimentos, vivências empíricas e científicas no processo ensino-aprendizagem entre as equipes, responde às respostas e às necessidades da comunidade.

Nesse sentido, o E nacional (25) se pauta nos referências de Starfield (2002), o qual conceitua a integralidade quando um grupo de profissionais utilizam de tecnologias relacionais que facilitam a interpretação das ações e reações do cliente frente a saúde, comunidade e sociedade para que assim atenda às necessidades apresentadas pelos usuários.

No cenário internacional, o E (16) desenvolvido na Irlanda, aponta que as usuárias afirmam que profissionais como as parteiras devem realizar treinamento aos médicos e residentes para que possam entender as mulheres e acolher as gestantes conforme às suas necessidades. Nas clínicas lideradas por parteiras formadas, devido à organização, por não ter espera e ter consultas dialogadas, a assistência prestada pelas parteiras é considerada de mais qualidade quando comparado à hospitalar. O E (2) aborda um novo modelo de cuidado pré-natal em que os profissionais ficaram felizes pela diminuição de consultas, porém o mesmo estudo evidenciou a falta de relacionamento interpessoal e a limitação frente às trocas de informação e o modo de atuação de médicos e enfermeiros, que muitas vezes orientam de formas diferentes para um mesmo tema, o que não atende as necessidades dos usuários.

No cenário brasileiro, o E (7) revela que as gestantes expressam que a enfermeira explica e esclarece com mais propriedade, reconhecem e valorizam as condutas dos enfermeiros e ressaltam a continuidade do trabalho em equipe.

A integralidade se faz presente quando o médico/equipe buscam para além do aparente e se inicia por meio da comunicação, ouvindo o outro, demonstrando interesse para compreender e observar as necessidades do cliente como um todo, o que ultrapassa um cuidado fragmentado e pautado nas questões biológicas, ao privilegiar um cuidado amplo e preventivo (MATTOS, 2009).

No eixo articulação entre saberes e ações no cuidado de gestantes, tem-se um alcance de 42% dos estudos, superando a fragmentação do cuidado e vislumbrando ações em conjunto com responsabilidade coletiva, visando a importância dos diversos saberes e práticas frente às equipes multidisciplinar e interdisciplinar em prol do cliente, ofertando a integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária.

A integralidade do cuidado pode ser desenvolvida na resolução dos problemas específicos de certa região ou grupo populacional, através do contato com os serviços especializados, orientações aos familiares e cliente, evidenciando os argumentos e a solução e atuando nos aspectos da promoção, prevenção e recuperação, por meio de diagnósticos e tratamentos efetivos. Quando um desses elos se quebra, descumpre-se um dos princípios do SUS (MATTOS, 2009).

O E nacional (18) desenvolve uma intervenção com resultados positivos ao ofertar treinamentos e capacitação frente aos programas mais médicos, fortalecendo o trabalho em equipe, valorizando os profissionais e melhorando o vínculo entre a equipe. Os momentos de discussão com trocas de saberes entre a equipe multiprofissional e interdisciplinar criam respostas para as necessidades da comunidade e a autoestima do profissional. Apresentam

como obstáculos a organização para viabilizar os atendimentos em saúde bucal, exame laboratorial e os medicamentos na farmácia.

O E (7), aposta na mudança e reconhece as fragilidades do sistema de saúde e suas limitações, destacando a necessidade de implementar legislações e descrições como a Lei 8.080, frente as ações de saúde coletiva e individual em todos os níveis de complexidade do sistema, associando a integralidade à valores éticos e políticos perante a vida humana. Os Es (7, 11, 12, 13 e 17) acreditam que é fundamental uma rede articulada para atingir uma modelo de assistência voltada às necessidades do usuário, valorizando a intersubjetividade, a comunicação, o acolhimento e o vínculo, fatores valorados e desejados pelas gestantes no pré-natal e que impactam na qualidade do cuidado no pré-natal, assim como a inclusão familiar, a facilidade no transporte e suporte familiar, que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários.

O alcance de respostas frente ao adoecimento implica interações, as quais ocorrem por meio de construção de diálogo entre homens e mulheres, que convivem em uma sociedade cercada de valores políticos, sociais, éticos e que dialogam sobre os efeitos do agente patogênico causador da doença, gerando reflexões em buscas de tecnologias teóricas e práticas ao cuidado individual e coletivo. Dessa forma, se pode reconstruir e gerar transformações através do olhar humanizado individual e coletivo, que é resultado de um processo que articula diversos saberes e setores em equipes multiprofissionais, alicerçadas no ouvir, dialogar e se transformar, pensando no bem comum a todos (AYRES, 2012).

Do ponto de vista dos desafios, os Es (2, 3, 9, 21 e 22) denotam que a demora para as gestantes serem atendidas é uma problemática nacional e internacional, o que precisa de mudanças, pois, muitas vezes, os profissionais tem atrasos e quando iniciam os atendimentos o fazem em questão de minutos, sem oferecer oportunidade para o diálogo, refletindo na insatisfação das clientes, além da falta de continuidade do cuidado, devido aos rodízios entre residentes e estudantes, que muitas vezes não se comunicam e não preenchem os prontuários. As trocas de prontuários, a demora nos resultados dos exames ou até mesmo a falta de local que ofereça serviços laboratórios e tecnológicos são outros desafios a serem superados neste eixo.

A gestão de cuidado pode se pautar na estratégia instrumental que se refere aos processos de trabalho, desenvolvimentos de projetos, organização e planejamento do serviço e rotina de trabalho, com a participação dos funcionários e usuários. Através da comunicação, o planejamento e a organização das atividades são expostos aos envolvidos que buscam

desenvolver em conjunto, contribuindo para que integralidade aconteça nesse contexto (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Outro aspecto relatado no estudo (9) é a estrutura organizacional e planta física das unidades que não fornecem ambiente adequado para a construção de saberes, prejudicando a educação em saúde devido à falta de conforto, a ruídos e interrupções durante a consulta ou ações de orientações, fragmentando a comunicação.

Os Es (9, 19) evidenciam a importância do trabalho em equipe frente a gestantes e profissionais por meio de orientações e acompanhamento:

É o acompanhamento todo. Não só do médico. A conversa com outros profissionais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas [...] suporte físico, emocional e psicológico. [...] troca de experiências entre gestantes ou casais grávidos. (Azaléa, gestante do HU). Profissionais centrado na produtividade, que resulta em consultas rápidas e pouco aprofundadas; a atuação isolada ou o confronto entre profissionais por despreparo para atuar interdisciplinarmente e pela disputa de poderes (ESTUDO 9; p. 361).

Grande parte dos Es (9,13,14 e 17) mostram uma série de exigências burocráticas e protocolares que são realizados pelos profissionais, assim como uma rotina pouco flexível no desenvolvimento de técnicas e procedimentos clínico-obstétricos do pré-natal. A assistência mecanicista, pautada no cumprimento de protocolos, técnicas e prescrições, evidenciada em grande parte dos estudos, impõe desafios para identificar riscos na gestação, sendo necessário ofertar capacitações e treinamentos para uma prática humanizada e competente no acompanhamento ao pré-natal.

O conceito da integralidade do cuidado no E (21) perpassou a discussão da humanização e da medicalização. O processo de medicalização não está restrito apenas ao momento e ao tipo de parto, mas se estende também aos programas de pré-natal em que se verifica, por exemplo, o alto uso de exames de imagem pré-natal. A ênfase na atenção humanizada à mulher na gestação e no parto poderia ampliar o caráter biopsicossocial do cuidado, interferindo nos desenhos e fronteiras dos territórios profissionais e demandando renegociação de competências das equipes e dos trabalhadores envolvidos. As equipes de saúde da família referem dificuldades para realizar o cuidado pré-natal de mulheres gestantes que lhes é atribuído.

A integralidade pode se tornar presente por meio da organização da estrutura de saúde e nos programas de saúde com seus protocolos de diagnósticos, indicadores de saúde e avaliações, de forma a atuar em prol da melhoria do atendimento dos serviços de saúde, em construções horizontais, evitando ao máximo a fragmentação do cuidado ao cliente. A

integralidade é assim marcada através da organização da demanda espontânea e da demanda programada (MATTOS, 2009).

Em muitas regiões, existe uma escassez de profissionais e forte influência do modelo biomédico, conforme referenciado nos Es (1, 4, 7, 9, 14 e 16) sendo necessário mudanças na formação dos profissionais de saúde, dado que perpetua o modelo biomédico na prática obstétrica. Os Es (13 e 19) reiteram que os profissionais devem traçar caminhos para o alcance da integralidade do cuidado pautada no PHPN e na Rede Cegonha e, mostram a valorização dos profissionais que atendem as diferentes necessidades das usuárias, mesmo com modelo biomédico.

Ressalta-se nos Es (19, 22, 23 e 25), a falta de articulação frente às mudanças de gestão, de setores, excesso de funções prejudica as relações humanas, a necessidade de processos de qualificação e espaço para discussão, reuniões de equipe que possibilitem integrar os assuntos da unidade e o cuidado ao cliente e comunidade, capacitações e novos aprendizados, além de melhorias organizacionais para acessibilidade do usuário e qualidade da assistência.

O resultado positivo do cuidado está muito além das ações técnicas científicas, faz-se necessário a estrutura física, os agendamentos de consultas, as condutas éticas que devem fazer parte das ações dos profissionais de saúde nas práticas cotidianas. Porém, para alcançar este resultado precisamos oferecer um olhar humanizado, uma escuta efetiva, um novo tom de felicidade e caminhos para o cliente se reestabelecer, se conhecer e ter a reconstrução da identidade, durante o cuidado individualizado e coletivo (AYRES, 2004).

O E (23) aponta a integralidade do cuidado como o cuidado centrado na mulher. Através da interação entre mulher e parteira foi possível alcançar os desejos das mulheres para além dos protocolos e documentos durante o pré-natal. A linguagem e a interação entre mulher e parteira foi marcada por expressões que identificam o cuidado centrado na escolha da mulher, por meio de termos que incentivam esta escolha e as colocam como protagonistas do processo, atendendo suas necessidade e explicando os conteúdos essenciais às mulheres, aspectos também evidenciados em outros Es (2, 8,10,15 e 16).

O E (22) evidencia um aumento da cobertura do acesso ao pré-natal, porém com um cuidado inadequado e desigual, destacando a importância de repensar formas para introduzir na prática profissionais, desde a formação e atuação aliada as políticas de saúde públicas visando reduzir as desigualdades. Portanto, o maior desafio é a inclusão da integralidade na atuação dos profissionais no cuidado no pré-natal, associado a falta de estrutura e investimento físico e humano.

O E (9) enfatiza a necessidade de implementar no ambiente de trabalho as políticas de saúde públicas alicerçadas aos programas de saúde, firmando a qualidade da assistência, por meio do acesso à saúde, ultrapassando obstáculos e fragilidade estruturais, organizacionais e sociais que dificultam o acessibilidade, reconhecido como um direito básico, para que assistência possa responder às necessidades individuais e coletivas, de modo assertivo, alcançando as vulnerabilidades que permeiam a qualidade da assistência pré- natal.

Portanto, a integralidade do cuidado constrói ações voltadas ao multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para uma comunicação efetiva que atinja resultados e transformações, por meio da comunicação e troca de saberes entre profissionais e usuários. A integralidade o cuidado se faz presente na intersubjetividade, no direito à saúde universal (AYRES, 2009).

As limitações dos estudos frente aos desafios atingem 61% dos estudos, ao revelar a falta de articulação devido à falta de recursos materiais e humanos que dificultam a assistência, falhas na comunicação entre a coordenação, gestores, escassez de estrutura adequada, poucos computadores na atenção primária, déficit nos prontuários eletrônicos, articulação com pouco acesso de contra referência, diminuindo assim a qualidade da atenção prestada, impactadas em princípios baseados na integralidade do cuidado como a intersetorialidade.

4. Interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho com gestantes

Abaixo o quadro de análise do eixo Interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho com gestantes.

Quadro 10- Quadro de análise com alcances e desafios para a integralidade do cuidado no eixo Interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho com gestantes

Estudo	Alcances	Desafios
3	Possibilitou conhecer as dimensões das repercussões da aplicação do Processo de Cuidar Participante com o grupo de gestantes, mediante o exercício de análise-reflexão-síntese; As participantes passaram a perceber e a valorizar a saúde de um modo diferente, referindo t mais clareza sobre o processo que leva a desenvolver as práticas de cuidado não como obrigação, mas com consciência.	Possibilitar a implementação de métodos de assistência, que, nessa modalidade desenvolvida, permitiram a transposição de repercussões do indivíduo para o coletivo, na construção de uma teia de interações; Expandir as concepções dos novos paradigmas em saúde, com o intuito de contemplar a perspectiva de pensar o processo saúde-doença na multidimensionalidade e no contexto da participação dos sujeitos na promoção da sua saúde.
4	Não alcançou as interações entre sujeitos	O que vimos neste estudo foi o incentivo do aumento da cobertura em detrimento da qualidade, o que não responde às diretrizes das questões normativas das

		ações básicas de promoção da saúde que propõe a simultaneidade dessas ações. Faz-se necessário a persistência dos profissionais de enfermagem no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas no pré-natal e que o enfermeiro tenha seu papel reconhecido nesse contexto.
7	Podemos perceber uma reação de surpresa por parte das usuárias ao constatar que encontraram uma assistência de qualidade e resolutiva num serviço que faz parte de um sistema público de saúde, uma vez que o que se pensa é que isso seja prerrogativa da rede privada [...] Um dos relatos afirma que o acompanhamento que receberam no pré-natal pelas equipes de saúde da família superou o que era oferecido na rede privada, demonstrando que é possível obter serviços de excelência no SUS. Tem-se as interações positivas entre profissionais de saúde e usuáries, o estabelecimento de vínculo, a responsabilização com as ações de cuidado e a resolutividade, completando um conjunto de elementos que configuram uma assistência pautada na integralidade em saúde.	É preciso sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde para reorganizar o processo de trabalho para esse fim, uma vez que essas transformações se materializam na micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 1997). Desse modo, compreendemos que uma assistência de qualidade pode ser concretizada, tanto no sistema público de saúde como no privado, caso consigam materializar aquilo que lhes serve de fundamento. É essa concretização que vai configurar a “des” ou a credibilidade no sistema de saúde.
9	O estudo faz emergir aspectos da realidade que não podem ser menosprezados, como a exclusão das gestantes dos serviços de saúde, a negação do seu protagonismo no processo de nascimento, a desatenção e desrespeito à alteridade das mulheres, a desarticulação entre os serviços e demais entraves para implementar e concretizar o ideário da humanização no cenário de saúde brasileiro.	As alterações dependem da postura do profissional, da vontade dos gestores, da reestruturação na formação, da articulação de redes de cooperação entre serviços de saúde e setores sociais e da participação e mobilização social.
18	Observam-se melhorias na organização para a atenção, com arquivos específicos e atualizados. Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura, que desenvolve o fortalecimento das ações de promoção à saúde com orientações, palestras e desenvolvimento de uma parceria com a equipe multiprofissional com vistas à integralidade da assistência.	Refere sobre a importância de busca aprimoramento e capacitação;

O estudo nacional (3) comprova que uma assistência voltada para a necessidades dos clientes e uma equipe que acolha e desenvolva ações individuais e coletivas, propicia respostas para as necessidades das clientes. Os espaços de discussões e trocas de saberes proporcionam novos conhecimentos que, articulados à reorganização, ao planejamento e desenvolvimento do cuidado centrado na gestante, podem ser apontados como alcances viáveis para a integralidade do cuidado no eixo interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho com gestantes. Para tal, fazem-se necessários investimentos na capacitação de

profissionais voltados ao pré-natal visando atingir a qualidade e as diretrizes da atenção básica em saúde (ESTUDO 4).

O estudo nacional (18) retrata que o planejamento e a organização dos impressos, protocolos, prontuários vêm melhorando e facilitando a rotina de trabalho, colaborando para a agilidade das atividades. De extrema importância é ter uma cobertura ampla para fornecer uma assistência pré-natal de qualidade por meio de planejamento desde o início, com continuidade das consultas e visitas periódicas, durante todo o período gravídico, abordando todos os aspectos, desde ações de promoção à saúde voltadas às orientações, à educação em saúde equipe de multiprofissional.

Os Es (14, 18 e 20) além de reafirmarem as ações e cuidado frente a integralidade do cuidado, enfatizam que é necessário ter um olhar para a organização das ações de saúde na atenção básica, dado que a integralidade do cuidado implica articulação com outras redes, que quando limitada e frágil interferem no cuidado prestado. Para tanto, faz-se necessário englobar aplicação e uso de tecnologias que melhorem a gestão do trabalho junto as equipes das unidades básicas e profissionais pertencentes a outros serviços de saúde, e assim, garantir maior eficácia na resolução de problemas apresentados pela população.

Entretanto, no E nacional (7) observa-se a surpresa das usuárias ao encontrar um serviço de saúde pública de qualidade, enfatizando que foi melhor que a rede privada, fato demonstrado pelas relações positivas entre profissionais e usuários, por meio de diálogo, crescimento, trocas de informações e conhecimento técnico científico, resultando em uma assistência de qualidade, a qual é evidenciada no eixo das interações. Os alcances atingiram apenas 11,53% dos estudos que demonstram resultados positivos com ações visando à integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária.

Nesse sentido, a interação é de extrema importância na construção da relação, pois depende do outro para trocas de informações, respostas e cuidados. Como profissionais, é importante estar atento às necessidades do outro e estar receptivo a interações, o que pode facilitar ou, até mesmo gerar estímulos, para a melhoria das interações entre profissionais e sua equipe e profissionais, usuários e serviço de saúde e entre profissionais e comunidade (AYRES, 2012).

O E nacional (9) retrata aspectos importantes como discriminação, falta de acesso aos serviços de saúde, desinformação no processo de nascimento, atendimento desumano, desorganização entre os serviços e limitações na implementação de práticas humanizadas.

Os desafios são apontados por 19% dos estudos, exigindo alterações na reorganização social, vontade política, mudanças na postura profissional, articulação de redes de atenção à

saúde, cooperação entre setores da saúde e sociais, participação e mobilização social. Ademais, o E (18) refere que do ponto de vista da organização do pré-natal faz-se necessário manter protocolos atualizados, estimular e prover condições para o início precoce da atenção pré-natal, do acolhimento da gestante e sua família, desenvolvendo ações de promoção à saúde com orientações e desenvolvimento de parcerias com equipes multiprofissionais com vistas à integralidade da assistência.

A avaliação da qualidade do cuidado da atenção pré-natal no E nacional (22) associa a integralidade do cuidado por meio da análise organizacional dos serviços do pré-natal, nas subdimensões ações gerenciais para garantir a qualidade do cuidado e cuidados clínicos ofertados. O acesso e a qualidade do pré-natal também estão ligados às condições de vida da população de cada macrorregião e/ou estado estudado.

A saúde está em um momento de avanços tecnológicos e, ao mesmo tempo precisa de melhorias, sendo que uma delas perpassa a renovação e ideias que gerem novas ações voltadas à saúde coletiva, buscando a interação entre profissionais e profissionais-usuários, visto que muitas vezes o serviço de atenção à saúde exclui e não acolhe o usuário. Esse acolhimento depende da reinteração de tecnologias simples e humanizadas, pautadas no compromisso, na democracia e na interação, que auxiliem o usuário a buscar a sua identidade, através de trocas de experiências voltadas para o ser, o que possibilita que veja suas necessidades e prioridades, assim como as da população, gerando transformação, mudanças de postura, novos saberes, por meio de valores sociais, éticos, morais frente à saúde individual e coletiva (AYRES, 2001).

A assistência à saúde muitas vezes é focada em eixos técnicos, por meio dos procedimentos técnicos e cuidados, sendo necessário porém, revisitar a forma de ofertar esse cuidado e como possibilitar que o procedimento seja feito de modo dinâmico, compartilhando informações por meio do diálogo junto aos clientes, explicando as ações, despertando interesse e abrindo caminhos para facilitar a prevenção e promoção à saúde, construindo práticas humanizadas e comunicação de qualidade (AYRES, 2009).

Por fim, o E nacional (26) evidencia a importância das ações articuladas, de modo eficaz, frente a interação e integração dos serviços estruturais e operacionais para que se possa desenvolver uma assistência humanizada à gestante. O pré-natal envolve uma relação calorosa e um acompanhamento sistemático da gestante contribui para a detecção precoce de doenças e risco gestacional, a preparação para o parto e o estabelecimento de um vínculo com a maternidade. Reafirma a importância da cobertura do pré-natal nos últimos anos no Brasil, reconhece que esse fato está correlacionando as práticas de ações voltadas à integralidade do

cuidado, as quais percorrem as implementações de programas e políticas nacionais desde 1984.

Portanto, é através da integralidade que será possível atingir o cuidado integrado por meio da humanização. Para isso, faz-se necessário uma rede de serviço estruturada e articulada com as ações governamentais, concretizar práticas e rotinas no cuidado centradas nas necessidades do cliente, através do diálogo e da escuta, da comunicação entre profissionais e clientes e da melhoria do relacionamento interpessoal junto à equipe e assim desenvolver novos aprendizados, por meio de orientações ao cliente e treinamentos permanentes com a equipe (SANTOS, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese da revisão frente ao estado da arte sobre o cuidado pré-natal na atenção primária, segundo a integralidade do cuidado, foi demonstrada por meio da identificação dos estudos com as categorias pré-estabelecidas, baseado no referencial teórico da integralidade do cuidado. Os achados mostraram que a categoria que mais contemplou os alcances da integralidade foi o eixo das necessidades e, ao mesmo tempo foi a que mais apontou os desafios. Outro achado foi encontrado no eixo da articulação, que revelou as dificuldades na vinculação de saberes e práticas interdisciplinares, apontando a necessidade de capacitações, treinamentos e valorização da qualidade das interações intersubjetivas na construção do cuidado em equipe, prezando um cuidado centrado na gestante. Observa-se que a síntese de revisão revela as dificuldades das articulações e suas fragilidades presente no cenário internacional e brasileiro, pela falta de respeito com outro profissional, dificuldades na relação interpessoal e trocas de saberes.

As demais categorias, não menos importantes, estão presentes em um número menor de estudos, o que mostra uma limitação frente ao estado da arte em desenvolver pesquisas que avaliem a intersubjetividade na percepção das usuárias e dos profissionais, demonstrando a necessidade de evidências baseadas nas práticas de saúde humanizadas que permitam o alcance do sentido prático da integralidade no cuidado pré-natal na atenção primária. Os estudos revelam que a qualidade da atenção à saúde, não sendo uma medida somente numérica, implica rever práticas de saúde e posturas profissionais que demonstrem um atendimento de qualidade, desde o acolhimento digno, respeitoso, assegurando o direito a saúde, respeitando as mulheres independentemente de sua cultura, condições físicas, financeiras, psíquicas, valorizando suas necessidades, de forma que a gestante e sua família possam ser atendidas, conforme suas prioridades e necessidades e uma relação de cuidado possa ser construída a partir desse encontro.

O estudo ainda pode tornar se mais evidente que a medida de qualidade da atenção pré-natal é relativa. Apesar da importância dos estudos qualitativos para a discussão da integralidade do cuidado; esta revisão destaca que é possível utilizar estudos com dados quantitativos e qualitativos, de forma que, por exemplo, tanto o acesso e qualidade de exames é tão importante quanto o reconhecimento da escuta qualificada para conhecer as reais necessidades das mulheres e suas famílias.

Considera-se que esse estudo possa contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, incentivando novas posturas frente aos cuidados prestados à mulher grávida e sua família, com ações humanizadas, centradas na cliente e suas necessidades e incorporadas na linha do cuidado da saúde da mulher, que valorizem as trocas dos saberes entre equipe e usuários, no processo de transformação dialético dos atores envolvidos no encontro, por meio de práticas inovadoras e intervenções contínuas na qualificação e preparo dos profissionais, o que desafia as práticas biomédicas, mecanicistas e hierárquicas e rompe com barreiras anti-dialógicas e exige envolvimento com a corresponsabilidade e comprometimento no desenvolvimento de práticas baseadas em evidências e humanizadoras.

As implicações para a prática profissional, reveladas por este estudo, perpassam a valorização da qualidade das interações intersubjetivas no cuidado à gestante e na construção do trabalho em equipe. Os alcances e desafios à integralidade do cuidado revelam a necessidade de priorização de um cuidado centrado nas necessidades da gestante e sua família e que, assim valorizado, possa ser o guia para a reorganização do processo de trabalho com gestantes e famílias.

O estado da arte frente a integridade do cuidado pré-natal reconhece a necessidade da inclusão deste conceito na formação dos profissionais, incluindo as competências socioemocionais como respeito, cuidado, valorização do ser humano, criatividade e criticidade, evidências de desempenho, habilidades de diversas formas do saber fazer, aplicando os conhecimentos e habilidades frente ao saber atitudinal, buscando um seguimento longitudinal nas atitudes e práticas de estudantes e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18 n. 49, p. 313-24, 2014; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0313.pdf>. Acesso: 24 out. 2019.
- AGUIAR, R.S; AGUIAR, N; COSTA, M. A; ARAÚJO, M. A. B. Perception of women about the nurse's reception in prenatal care. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 756-760, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34933>. Acesso: 19 set. 2019.
- ALENCAR JUNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n. 7, p. 377-379, jul. 2006. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.
- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 42, n. 180, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e180/pt>. Acesso em: 08 jan. 2020.
- ASSIS, M. M. A. et al. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-348. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i> Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/en_0034-7167-reben-68-02-0333.pdf. Acesso em: 22 ago. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser(do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>. Acesso em 08 set. 2019.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf> Acesso em: 08 set. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2011.

BAXLEY, S. M; IBITAYO, K. Expectations of pregnant women of Mexican origin regarding their health care providers. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 44, n. 3, p. 389-396, maio/jun 2015. DOI 10.1111/1552-6909.12572. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.+Expectations+of+Pregnant+Women+of+Mexican+Origin+Regarding+Their+Health+Care+Providers>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n17/389-394/pt>. Acesso em: 13 jul. 2019.

BRASIL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Departamento de Ações em Saúde. Seção da Saúde da Mulher. **Nota Técnica 01/2017: Atenção Ao Pré-Natal Na Atenção Básica**. 2017. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14165435-nota-tecnica-pre-natal-na-atencao-basica-01-2017.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf). Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade: C.3 razão de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/indicadores-e-dados-basicos-idb>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 15 maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**/Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf Acesso em 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. **Plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste**. Relatório Final Plano de Qualificação das Maternidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em : <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>. Acesso em 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**; Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde: 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em : http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. 2004. Disponível em : <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

BUTLER, M. M. et al. Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. **Journal Midwifery Womens Health**, Boston, v. 31, n. 4, p. 418-425, abr. 2015. DOI <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.002>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evaluating+midwife-led+antenatal+care%3A+Choice%2C+experience%2C+effectiveness%2C+and+preparation+for+pregnancy> Acesso em: 07 jun. 2019.

CARDOSO, T. Z. **Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28012019-105025/pt-br.php> Acesso em 04 abr. 2019.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015 Acesso: 15 maio. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo 1: Saúde da Mulher**. Coren- SP, novembro 2019. Disponível: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Resolução Cofen nº 564/2017** De São Paulo. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em: 15 set. 2019.

COSTA, F. P. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde para a rede cegonha**. 2017. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Campus de Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/29072/1/2017_dis_fpcosta.pdf. Acesso em: 05 abr. 2019.

CUNHA, A. C. et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 447-458. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200447&tlng=en. Acesso em: 25 jul. 2019.

DAVIM, R. M. B; NASCIMENTO, M. L. C; LIBERALINO, F. N. Maternidade Segura: relato de experiência de uma nova prática em Nataurn – Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 576-582, out./dez. 1999. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n4/v52n4a11.pdf> Acesso em: 25 ago. 2019.

DECRETO nº 94.406, de 08 de junho de 1987 pag 29 a 36 Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem. In: **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**: 2018. Disponível em : https://faculdadebarretos.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Codigo_de_etica.pdf. Acesso em: 29 maio. 2018.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n. 4, out/dez. 2004. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400026> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400026 Acesso em: 30 maio. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, São Paulo, v. 37, p. 140-147, 2015. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

DUARTE, H; JUNIOR, S. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Ciencia y enfermaría**, Concepción, v. 18, n. 2, p. 75-82. DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200008> Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 12 abr. 2019.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. Assistência Pré-Natal no Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a16.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FAVORETO. C. A. O. A Prática Clínica e o Desenvolvimento do Cuidado Integral à Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

GALVÃO, T. F; PEREIRA, M. G. Redação, publicação e avaliação da qualidade da revisão sistemática. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, abr-jun 2015. DOI 10.5123/S1679-49742015000200016.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S101-111, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/11.pdf> Acesso em: 15 ago. 2019.

GOMES, C. B. A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 28, e20170544, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>. Acesso em: 18 out. 2019.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso ao pré-natal e qualidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, assistência e gestão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf> Acesso em: 15 maio 2019.

HANSON, L. et al. A critical appraisal of guidelines for antenatal care: components of care and priorities in prenatal education. **Journal Midwifery Womens Health**, Boston, v. 54, n. 6, p. 458-468, nov./dez 2009. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+critical+assessment+of+prenatal+care+guidelines%3A+components+of+care+and+priorities+in+prenatal+education> Acesso em: 05 jun. 2019.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Manual**: Joanna Briggs Institute Reviewers. Publisher: The Joanna Briggs Institute edition / Supplement. 2015; Disponível em :

<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf> Acesso em : 20 jun. 2018.

JESUS, W. L; ASSIS, M. M. Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-70, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf> Acesso em: 28 set. 2019.

JORGE, H. M. F. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: Revisão integrativa. **Revista Brasileira da Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, jan./mar., 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40842428019.pdf> Acesso em: 21 ago. 2019.

KALICHMAN, A. O; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, ago, 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 04 ago. 2019.

LANGER, A. et al. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. **BMC Womens Health**, Boston, ano 19, v. 2, n. 1, p. 1-7, 2002. DOI 10.1186/1472-6874-2-7.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12133195> Acesso em: 01 jul. 2019.

LAZARUS, E. S; PHILIPSON, E. H. A longitudinal study comparing the prenatal care of Puerto Rican and white women. **Birth**, Califórnia, v. 17, n. 1, p. 6-11, mar. 1990. DOI 10.1111/j.1523-536x.1990.tb00002.x. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2346580> Acesso em: 30 jul. 2019.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. DOI 10.1590/1413-81232018236.03942018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2020.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e000788162017. DOI 10.1590/0102-311X00078816. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf> Acesso em: 23 out. 2019.

LEI nº 7.498, de 25.06.86. In: **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO**: Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem, abr. 2018. Disponível em: https://faculdadebarretos.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Codigo_de_etica.pdf Acesso em: 22 jul. 2018.

LIVRAMENTO, D. V. P. et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180211, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180211.pdf> Acesso em: 05 abr. 2019.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 262-266, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0262.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

MATHIBE-NEKE, J. M.; CUR, M. A. The expectations of pregnant women regarding antenatal care. **Curationis**, Parktown, v. 31, n. 3, p. 4-11, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/pdf/cura/v31n3/01.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, out-dez .2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n4/07.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2008.v17n2/107-119/>. Acesso em: 06 maio 2019.

NILDO, A. B. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas Interprofissional. Education in Health: Concepts and Practices. **Caderno FNEPAS**, v. 2, jan. 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 02 abr. 2019.

NOVICK, G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. **Journal Midwifery Womens Health**, v. 54, n. 3, p. 226-237, maio-jun. 2009. DOI 10.1016/j.jmwh.2009.02.003 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754192/>. Acesso em: 29 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2 ed. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em Português/EDUSP, 1997.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Série Saúde no Brasil. Disponível em: https://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=2317. Acesso: 15 out. 2019.

PARADA, C. M. G. L; TONETE, V. L. P. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/03.pdf>. Acesso em: 29 maio 2019.

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal**. 2 ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014. Disponível em : https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf. Acesso em: 17 out. 2019.

PETERS M. D. et al. CHAPTER 11: Scoping Reviews. In: AROMATARIS E; MUNN Z. **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, JBI**, 2017. Disponível em : <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews> Acesso em:26/03/2020.

PHILLIPPI, J. C.; MYERS, C. R; SCHORN, M. N. Facilitators of prenatal care access in rural Appalachia. **Women Birth**, Sidney, v. 27, n. 4, p. 28-35, dez. 2014. DOI 10.1016/j.wombi.2014.08.001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Phillippia%3B+Myers%3B+Schorna+Facilitators+of+prenatal+care+access+in+rural+Appalachia%3B> Acesso em: 01 jun. 2019.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 28 jul. 2019.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018> . Acesso em: 10 set. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO-PNUD. **Metas de desenvolvimento Sustentável 2019**. Disponível: <https://www.undp.org/content/undp/en/home.html> Acesso em: 29 mar. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO-PNUD. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio PDNU**. Disponível: https://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html Acesso em: 29 mar. 2019.

PRUDÊNCIO, P. S. **Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na atenção primária à saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-27092017-134829/publico/PATRICIASANTOSPRUDENCIO.pdf> Acesso em: 05 abr. 2019.

REIS, L. G. C; PEPE; V. L. E; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1159, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2011.v21n3/1139-1160/pt> Acesso: 23 out. 2019.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, mar-apr. 2007. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024. Acesso em: 30 maio 2019.

SANTIAGO, C. M. C. et al. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 279-288, jan-mar. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.279-288>. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/pdf_1. Acesso em: 15 maio 2019.

SANTOS, A. L. M; SOUZA, M. H. T. Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 11; n. 10, p. 3893-3898, out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33064>. Acesso em 02 dez. 2018.

SANTOS, R. V. **Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias**. 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-7QWHW7/1/regiane_veloso_santos.pdf Acesso em: 19 fev. 2019.

SILVA, A. R; SILVA, L. F; LÈBEIS, M. A. **O Parto Humanizado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): o enfermeiro como mediador e incentivador dessa prática**. Núcleo interdisciplinar de Pesquisa NIP, ICESP, Faculdades Promove de Brasília. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/7e27eb2e3688015dac8ae8be3e3de2e.pdf Acesso: 28 set. 2018.

SILVA, L. A. da. **Assistência pré-natal na rede municipal de Niterói: a ótica valorativa dos profissionais de saúde**. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/2502/1/Luana%20Asturiano%20da%20Silva.pdf> Acesso em: 15 abr. 2019.

SODRÉ, R. L. R. **Atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em : <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4843>. Acesso em: 18 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. New York: Oxford University Press, 1998. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>. Acesso em: 14 ago. 2019.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf> Acesos em: 28 jan. 2019.

VALDES, I. N. F; SANTOS, E. O; PRADO, E. V. Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da estratégia de saúde da família. **Revista da APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, p. 403-413, jul-set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16000>. Acesso em: 22 maio 2019.

VIANA, D. L. **Gestão do trabalho em saúde: revisão da literatura por meio de Scoping review**. 2013. 170p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28032013-142152/pt-br.php> Acesso em: 12 set. 2018.

WARMLING, C. M; FAJARDO, A. P; MEYER, B. C. Social practices in the medicalization and humanization of prenatal care. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00009917, 2018. DOI 10.1590/0102-311X00009917. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000405007&script=sci_arttext . Acesso em: 15 maio 2019.

WRIGHT, D; PINCOMBE, J; MCKELLAR, L. Exploring routine hospital antenatal care consultations: An ethnographic study. **Women Birth**, Sidney, v. 31, n. 3, p. e162-e169, jun. 2018. DOI <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.010>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Exploring+routine+hospital+antenatal+care+consultations+-+Anethnographic+study.+Women+and+Birth> . Acesso em: 15 maio 2019.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, jul-set. 2010. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009> Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009. Acesso em: 15 abr. 2019.

APÊNDICE 1

Protocolo Scoping Review (JBI 215, JBI 2017).

<p>Título da Pesquisa: Mapeamento da integralidade do cuidado no pré-natal na atenção primária: <i>Scoping Review</i>.</p> <p>Objetivo Geral: Mapear o estado da arte do cuidado Pré-Natal na atenção primária, segundo a integralidade do cuidado.</p> <p>Objetivo específico: Avaliar os fatores que se articulam com a integralidade do cuidado</p>
<p>1- Identificar a questão de pesquisa</p> <p>Qual o estado da arte sobre o cuidado pré-natal na atenção primária, segundo a integralidade?</p> <p>PCC</p> <p>População - Gestantes, enfermeiros e médicos que atuem na atenção primária</p> <p>Conceito- Integralidade do cuidado</p> <p>Contexto- Cuidado pré-natal na atenção primária</p>
<p>2- Estratégias de busca e identificação de estudos relevantes</p> <p>Para a seleção dos artigos foram consultadas as bases de dados através do portal da capes: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) operada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Centro Especializado da Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (doravante BIREME/OPAS), composta também pela LILACS e base de dados Medline, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), base de dados multidisciplinar da Scopus, índice cumulativo para a literatura de enfermagem e de saúde aliada (CINAHL), Medline como base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida, (PUBMED e COCHRANE base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas (CDSR). Banco de Teses e Dissertações da Capes, publicações nacionais e internacionais disponíveis online na integra, publicados com o marco de início do PAISM – de 1980 até fevereiro de 2019. Seguindo as seguintes etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1º Etapa: Busca inicial na BVS, SCIELO e PUBMED para identificar publicações de <i>scoping review</i> no cuidado integral no pré-natal na atenção primária. - 2º Etapa: acesso aos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) e Medical Subject Headings (MeSH), para definir e identificar os possíveis descritores controlados/não controlados, sinônimos e definição do protocolo. Encontro com a bibliotecária sobre orientações das Bases da Dados e acesso aos Períodos da Capes, discussão sobre a expressão de busca de acordo com o PCC; <p>Exemplos de expressão de busca:</p> <p>1º. Expressão de Busca:</p> <p>✓ POPULAÇÃO</p> <p>(Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team)</p> <p>✓ CONTEXTO</p> <p>(Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care)</p> <p>✓ CONCEITO</p> <p>(Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care)</p> <p>2º. Expressões de Buscas:</p> <p>✓ POPULAÇÃO X CONCEITO</p> <p>(Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care)</p> <p>✓ POPULAÇÃO X CONTEXTO</p> <p>(Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing</p>

<p>team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care)</p> <p>3º. Expressão de Busca: ✓ POPULAÇÃO X CONCEITO X CONTEXTO</p>
<p>(Pregnant OR Pregnant Women) AND (Nurses OR medical care OR Patient care team OR Nursing team) AND (Prenatal care AND Primary health Care) AND (Quality of health care AND Primary health Care) AND (Perinatal care OR Nursing Care) AND (Quality of health care AND comprehensive health care)</p> <p>Para reconhecer os estudos relevantes, analisamos e identificamos as palavras chaves, ou os descritores, nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo e essa seleção será através de 2 revisores/examinador.</p>
<p>3- Critérios de Inclusão e exclusão</p> <p>Os critérios de inclusão serão publicações em espanhol, inglês e português; estudos: ensaios clínicos randomizados e não-randomizados estudos bibliográficos, estudos documentais, experimentais, estudos de campo, estudos de caso, estudos de revisão, estudos reflexivos ou teóricos, com abordagens: Qualitativo, quantitativo, quantiquantitativo/misto, primários e secundários (revisões/reflexivos/teóricos) e de triangulação dos dados.</p> <p>As buscas terão 2 revisores para aplicar os testes de sensibilidade e de especificidade.</p> <p><i>*Teste de Sensibilidade:</i> 2 examinadores, os dois devem apresentar os mesmos resultados frente aos materiais pré-selecionados que devem ser descartados por não abordar a temática.</p> <p><i>*Teste de especificidade:</i> são 2 examinadores, os dois deverão selecionar a mesma pesquisa frente à relevância do tema de pesquisa.</p> <p>Os estudos devem responder à questão norteadora da pesquisa para ser inclusos no escopo. A escolha dos estudos será feita por meio da expressão de busca por 2 revisores, usando a mesma expressão de busca, nas mesmas bases e nos mesmos dias predefinidos. Os revisores examinaram os estudos de forma independente, respeitando o rigor científico relacionado ao método:</p> <p>1ª Etapa: Selecionar estudos através do título, relacionando-os à pergunta de pesquisa e apontar os estudos excluídos pela leitura do título. Selecionar estudos escolhidos pelo resumo e pelas características voltada a questão do estudo e indicar os descartados após a leitura do resumo;</p> <p>2º Etapa: Ler os textos completos dos artigos que foram selecionados na etapa 1 através do título e resumo para verificar se estão obedecendo os critérios de inclusão. Citar a quantidade de artigos excluídos e incluídos após a leitura completa dos textos;</p> <p>3º Etapa: Resolver através de análise e discussão, ou com um terceiro revisor, os estudos que apresentam controvérsias ou diferença de parecer entre os revisores;</p> <p>4º Etapa: Ler e analisar as listas de referências bibliografias usadas nos estudos selecionados para o estudo, avaliar a relevância com base no seu título e resumo, observar e cumprir as etapas anteriores;</p> <p>Os critérios de exclusão serão aplicados a publicações relacionadas a gestantes de cuidados especiais/alto risco, atenção ao nascimento/parto/aborto, cuidados com puerpério, amamentação, serviços de atenção especializada na gestação, cartas ao editor, resumos, anais de eventos científicos, sites ou mídias sociais, ferramentas ou dispositivos eletrônicos no pré-natal, entre outros.</p>
<p>4- Extração dos dados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um formulário de gráficos de dados para extrair os dados de cada estudo. - Descrever os dados por meio de narrativa ou de forma descritiva - Descrever o perfil dos periódicos selecionados segundo: autores/profissão, número de publicações, ano, tipo de estudo, países ou regiões, tipo de periódico, Qualis, tipo de abordagem, instrumentos de coleta de dados e população do estudo. - Descrever os estudos selecionados segundo: Título do estudo. Local/Pais do Estudo /Ano de publicação, Título do Periódico, Tipo de pesquisa, Objetivo da pesquisa, Abordagem teórico-metodológica, População estudada, Principais resultados e intervenções. Definição de integralidade do cuidado, Alcances e desafios da aplicabilidade da integralidade do cuidado. (Quadro de Mapeamento dos estudos selecionados)
<p>5- Caracterização, sínteses, análises e discussão dos resultados.</p> <p>Será realizada a Fase 5 do <i>Scoping Review</i></p> <p>1. Estabelecer as categorias temáticas segundo os 4 eixos em que a integralidade pode ser aplicada, segundo Ayres (2009), são eles:</p>

Eixo das necessidades: baseada na escuta, na qualidade de ouvir e como ouvir, não somente estar de corpo presente, mas estar inteiro nessa interação, buscando proximidade do sujeito, acolhendo-o como um todo, por meio de um diálogo que abra espaço às fragilidades e não somente trate da patologia do cliente.

Eixo das finalidades: compreende reconhecer as limitações do usuário, identificando formas de orientá-lo, desenvolver a sabedoria prática de aconselhar as ações planejadas para sua melhora.

Eixo de articulação: unifica os saberes da equipe multiprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial, atingindo resultados, conforme a necessidade do usuário e da comunidade.

Eixo das Interações: visa desconstruir os atendimentos formais baseados em técnicas e processos sistemáticos, desmitificar o diálogo frente ao usuário/família e profissional, fornecendo abertura para falas e dizeres, o que concretiza os eixos citados acima.

2. Classificar, caracterizar, resumir e relatar os resultados segundo esses eixos.

3. Fazer um resumo narrativo com discussões sobre os resultados, descrevendo a relação entre eles, o objetivo, e a questão norteadora do estudo.

4. Citar as limitações encontradas nas publicações.

5. Fazer uma análise dos estudos considerando as contribuições para prática e política e, quando necessário, propor recomendações e avanços.

APÊNDICE 2

Quadro de extração de dados dos estudos selecionados

Título do estudo	Periódico (revista)	Local e País do estudo		ano de publicação
Autor				
Objetivo da pesquisa	Tipo de Estudos	Abordagem metodológica	teórico-	População Estudada
Principais resultados e Intervenção	Definição integralidade do cuidado			Alcances desafio
				ou

APENDICE 3

Quadro de Organização e sequência numérica da apresentação dos estudos por ordem crescente, título da obra e a base usada para a busca.

Ordem numérica dos estudos	Ano de Publicação	Título da Obra	Base encontrada
01	1990	A longitudinal Study Comparing the Prenatal Care of Puerto Rican and White Woman	Pubmed
02	2002	Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries As mulheres e os profissionais estão satisfeitos com o atendimento pré-natal? Visualizações em um padrão e uma simplificada, baseada em evidências modelo de atendimento em quatro desenvolvimento países.	Pubmed
03	2004	O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. The participant caring process with a group of pregnant: impact in the individual and collective health	Lilacs
04	2007	Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Educational action in prenatal care: a reflection on nursing consultation as an opportunity for health education.	Lilacs
05	2008	Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users	SciELO
06	2008	The expectations of pregnant women regarding antenatal care As expectativas das gestantes em relação ao pré-natal.	Lilacs
07	2009	Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias. Integrity of the care of the pregnant and puerperal woman and of the newborn baby: the patients view.	Lilacs
08	2009	Women's experience of prenatal care: an integrative review. Vivências de pré-natal de mulheres: uma revisão integrativa.	Pubmed
09	2010	Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências.	SciELO
10	2010	A Critical Appraisal of Guidelines for Antenatal Care: Components of Care and Priorities in Prenatal Education. Uma avaliação crítica das diretrizes para o atendimento pré-natal: componentes do atendimento e prioridades na educação pré-natal	Pubmed
11	2012	Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. Motivos que tienen las embarazadas para atenderse durante su prenatal: un estudio de las representaciones sociales. Reasons that take pregnant women to make prenatal: a social representation's study	Lilacs
12	2014	Facilitators of prenatal care access in rural Appalachia;	Pubmed

13	2015	Atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás.	BDTD
14	2015	Assistência pré-natal na rede municipal de Niterói: a ótica valorativa dos profissionais de saúde	BDTD
15	2015	Expectations of Pregnant Women of Mexican Origin Regarding Their Health Care Providers.	Scopus
16	2015	Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy.	Pubmed
17	2017	Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa	Pubmed
18	2017	Program: qualification of prenatal and postpartum in the context of the Family Health Strategy Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da estratégia de saúde da família	Lilacs
19	2017	Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde para a rede cegonha.	BDTD
20	2017	Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na atenção primária à saúde.	BDTD
21	2018	Social practices in the medicalization and humanization of prenatal care	Pubmed
22	2018	Acesso ao pré-natal e qualidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, assistência e gestão. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. Acceso y calidad de la atención prenatal en la Estrategia Salud de la Familia: infraestructura, cuidado y gestión.	Lilacs
23	2018	Exploring routine hospital antenatal care consultations- Anethnographic study.	Pubmed
24	2019	Percepção de mulheres grávidas acerca da assistência pré-natal How prenatal care is seen by pregnant women	Lilacs
25	2019	Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;	BDTD
26	2019	Avaliação do pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil	Scielo

APÊNDICE 4

Quadro de estudos analisados de acordo com a ordem numérica do ano de publicação, nome do autor, nome do periódico, local de estudo, tipo de estudo e desenho metodológico.

Estudo	Ano de Publicação	Autoria	Periódico	País de Estudo	Tipo de estudo	Desenho metodológico
1	1990	Lazarus; Philipson	Birth	Cleveland, Ohio, USA	Estudo descritivo longitudinal com técnicas antropológicas de observação participante e entrevistas.	Estudo descritivo longitudinal com técnicas antropológicas de observação participante e entrevistas.
2	2002	Langer et al.	BMC Women's Health	Argentina, Cuba, Arábia Saudita e Tailândia	Estudo clínico multicêntrico e randomizado.	No primeiro momento optou-se por utilizar a abordagem etnográfica com a finalidade de conhecer as diferentes culturas. No segundo momento, utilizou-se a abordagem quantitativa.
3	2004	Maria Regina Rufino DelfinoI; Zuleica Maria PatrícioII; Andréia Simon MartinsIII; Maria Regina SilvérioI	Ciência & Saúde Coletiva	Santa Catarina, Brasil;	Método qualitativo de pesquisa	abordagem qualitativa, o levantamento dos dados foi realizado pela observação participante com entrevista nas dinâmicas de oficinas e nas visitas domiciliares, delineadas pelo Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico.
4	2007	Claudia Teresa Frias Rios; Neiva Francenely Cunha Vieira	Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):477-486, 2007	São Luís do Maranhão Brasil	Estudo reflexivo	Avaliação qualitativa, observação não participante, e entrevista com cinco enfermeiras que atuam no ambulatório do Hospital Universitário
5-	2008	Parada CMGL, Tonete VLP.	Interface – Comunicação Saúde Educação	Botucatu	Estudo qualitativo	A abordagem de pesquisa utilizada foi a qualitativa, O referencial teórico utilizado para discussão dos resultados foi o PHPN (Brasil, 2000).
6	2008	JM Mathibe-Neke, MACur	Curationis.	Gauteng Província ovince, norte da África do Sul	Estudo exploratório e descritivo.	Essa abordagem qualitativa baseia-se em visão holística do mundo, com a crença de que não é uma realidade única, pois a realidade baseada em percepções, é diferente para cada pessoa e muda com o tempo. O que nós sabemos tem significado apenas dentro de um dado situação ou contexto. Como a percepção varia entre 5 indivíduos, diferentes significados são possíveis (Bums & Grove, 2007: 62).
7	2009	REGIANE VELOSO SANTOS	Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,	Belo horizonte, Brasil.	Estudo de caso único	Abordagem qualitativa e fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli

8	2009	Gina Novick , CNM, MSN	Saúde das mulheres de J Midwifery	EUA	Revisão Integrativa	Foi realizada uma pesquisa em bancos de dados on-line e citações relevantes para pesquisa publicada de 1996 a 2007. Trinta e seis artigos foram revisados. Foram utilizados métodos de análise qualitativa, auxiliados pelo software de pesquisa.
9	2010	ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L.	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,	Santa Catarina	Pesquisa qualitativa e exploratória	Pesquisa qualitativa e exploratória
10	2010	Lisa Hanson, Leona VandeVusse, Joyce Roberts and Amanda Forristal.	Journal Midwifery Womens Health.	Milwaukee, USA.	Revisão da literatura	Foram examinadas e criticadas quatro diretrizes de cuidados pré-natais (PNC) publicadas entre 2005 e 2009. Foram analisadas as recomendações para avaliação, exames laboratoriais e tópicos de educação / aconselhamento. Os componentes do PNC foram sintetizados para fornecer um apêndice organizado e abrangente que pode orientar os prestadores de cuidados pré-parto. Os tópicos educacionais ausentes nas diretrizes atuais foram adicionados como sugestões para facilitar o fornecimento futuro de um PNC abrangente, que inclua as necessidades e desejos das mulheres.
11	2012	Sebastião Junior Henrique Duarte	Cienc. enferm	Campo Grande/MS Brasil	Utilizou-se o discurso do sujeito coletivo para organização e análise das falas e a Teoria das Representações Sociais	O estudo teve abordagem qualitativa (8), foi composto por 12 mulheres grávidas, residentes nas áreas de atuação do Programa Saúde da Família do Jardim Marabá, município de Campo Grande MS Brasil, e que concordaram em participar da pesquisa.
12	2014	12- Phillippia; Myers; Schorna	Women and birth Tennessee	Tennessee; Estados Unidos	Estudo descritivo	O desenho descritivo qualitativo. Revisão institucional a aprovação do conselho foi obtida na Universidade do Tennessee, Knoxville.
13	2015	SODRÉ, R. L. R.	Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás	ESTADO DE GOIÁS/ GOIÂNIA/ BRASIL-	Estudo descritivo de corte transversal	Estudo descritivo de corte transversal, recorte da pesquisa nacional do Ministério da Saúde, de avaliação da Atenção Básica à Saúde em todo País, vinculada ao primeiro ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para o estado de Goiás, em 2012. Esse estudo está inserido na terceira fase do PMAQ-AB, que consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica (EAB), participantes do Programa. Optou-se pelo estudo transversal por ser recomendado para avaliações de adequação da cobertura, da qualidade de serviços e também por ser utilizado em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (HABICHT et al., 1999).
14	2015	Silva, Luana Asturiano da	Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal	Niterói Brasil	Estudo descritivo exploratório, no campo da Teoria dos Valores Max Scheler	Abordagem qualitativa fenomenológica, entrevistas semiestruturadas. Para tratamento dos dados foi realizada a análise de conteúdo na modalidade temática

			Fluminense			
15	2015	Baxley; Ibitayo	Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (JOGNN)	Texas	Estudo qualitativo descritivo	Pesquisa qualitativa, descritiva.
16	2015	Butler et al.	Midwifery	Dublin	Estudo misto	Uma abordagem de métodos mistos foi usada para coletar dados sobre os resultados usando auditorias em gráficos, entrevistas individuais, grupos focais e uma pesquisa com mulheres usando os dois tipos de clínicas.
17	2017	Santiago CMC; Sousa CNS; Nóbrega LLR; et al	Revista online de pesquisa- Universidade federal do estado do RJ- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto	Rio de Janeiro, Brasil	Revisão integrativa que consiste no estudo sistemático e ordenado de um determinado assunto ou tema a partir do que se encontra produzido e veiculado em materiais científicos já publicados.	Para essa revisão, o levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Portal de Periódicos CAPES.
18	2017	Ileana Nicolasa Ferrer Valdes Ernande Valentin do Prado.	Rev. APS. 2017 jul/set; 20(3): 403 - 413.	Boa Vista/ Roraima Brasil	Tipo: intervenção	A intervenção fez parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família de uma médica cubana vinculada ao Programa Mais Médicos. A intervenção foi desenvolvida no período de março a junho de 2015 e contou com a participação de todos os profissionais da equipe. Foram realizadas ações de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação e engajamento público.
19	2017	FLÁVIA PINHEIRO DA COSTA	Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará/ Campus Sobral.	Ibiapina/CE	Trata-se de um estudo avaliativo	Abordagem quantiqualitativo, do tipo avaliativo

20	2017	Patrícia Santos Prudêncio	Tese - Escola de Enfermagem USP-RP	Ribeirão Preto- SP	Estudo de caráter exploratório, descritivo e transversal	Avaliar a expectativa e a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde por meio da aplicação da versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC).
21	2018	Cristine Maria Warmling Ananyr Porto Fajardo Dagmar Estermann Meyer Cristophe Bedos	Cad. Saúde Pública 2018; 34(4):e00009917	16 municípios no Sul do Brasil	Estudo de caso do tipo único e integrado, com múltiplas unidades de análises e abordagem qualitativa.	Foram realizados 17 grupos focais e ouvidos. O material empírico foi analisado na perspectiva da análise do discurso foucaultiana.
22	2018	Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães 1 Rosana Cristina Pereira Parente 2 Thayanne Louzada Ferreira Guimarães 1 Luiza Garnelo	Cad. Saúde Pública	Brasil e suas cinco macrorregiões geopolíticas	Estudo transversal, avaliativo de tipo normativo, derivado do componente de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB	Quantitativo
23	2018	23- Wright; Lois McKellar.	Women and Birth	Austrália	Estudo qualitativo antropológico e etnográfico	Foi adotada uma abordagem etnográfica contemporânea, na qual foram realizadas entrevistas com parteiras e observações de campo das interações parteira / mulher durante um episódio pré-natal no atendimento.
24	2019	Débora do Vale Pereira do Livramento; Marli Terezinha Stein Backes; Patrícia da Rosa Damiani; Laura Denise Reboa Castillo; Dirce Stein Backes; Alexandrino Martinho Sangunga Simão	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil - Florianópolis	Estudo qualitativo, baseado na Grounded Theory.	Pesquisa qualitativa
25	2019	Tauane Zampieri Cardoso	Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título	Piauí, Brasil	Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação, subtipos 1-a, 1-b e 3, com corte transversal. - Visa compreender os fatores que	Quantitativo

			de Doutora em Ciências.		influenciam a implantação de uma intervenção e conhecer as características da intervenção efetivamente implantada	
26	2019	Ana Carolina Cunha Josimari Telino de Lacerda Mônica Teresa Ruocco Alcauza Sônia Natal	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Brasil	Estudo avaliativo	Abordagem quantitativa do pré-natal de baixo risco, tendo como unidades de análise os municípios brasileiros que participaram da avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), no período de 2013 a 2014.

APÊNDICE 5

Quadro da sequência dos estudos com número de praticantes e descrição dos participantes. Objetivos do estudo e principais resultados.

Estudo	Nº	Participantes	Objetivos dos Estudos	Principais resultados
1	53	Foram acompanhadas 53 mulheres, sendo, 27 porto-riquenhas e 26 brancas.	Investigar diferenças culturais em uma clínica obstétrica popular e examinar a relação da etnia em relação ao uso -acesso- das clínicas perinatais e à interação médico-paciente	Os resultados deste estudo de três anos indicaram que ambos os grupos de mulheres eram semelhantes em idade, anos de estudo e porcentagem de assistência financeira. Mulheres porto-riquenhas identificadas fortemente como um grupo étnico separado; todos falavam espanhol e a maioria era bilíngue. As visitas e explicações dos prestadores de cuidados primários foram mais importantes para as mulheres em ambos os grupos do que as informações obtidas de famílias, amigos ou crenças populares. O conhecimento dos procedimentos de cuidados com a gravidez e o parto, embora limitado, não foi diferente entre os grupos. As longas esperas, o serviço despersonalizado e a falta de continuidade dos cuidados afetaram adversamente a satisfação do paciente e do médico e diminuíram as interações efetivas médico-paciente. Este estudo sugere que as diferenças de origem étnica não afetam necessariamente adversamente a prestação de cuidados de saúde reprodutiva. Mulheres brancas e porto-riquenhas indigentes queriam a mesma coisa: cuidados e educação perinatais de qualidade
2		1600 mulheres (800 para cada grupo - controle e não - do estudo e, no total, 400 de cada país) 174 profissionais, sendo 92 selecionados das instituições randomizadas (57 médicos, 33 enfermeiras e 2 parteiras formadas) e 82 profissionais de instituições de cuidados tradicionais (52 médicos, 25 enfermeiras e 3 parteiras formadas).	Avaliar a satisfação de mulheres e profissionais sobre um novo modelo de pré-natal baseado em evidências, a partir do modelo de estudo randomizado da OMS realizado em quatro países em desenvolvimento.	A maioria das mulheres, que fizeram parte dos dois grupos do estudo demonstraram satisfação com o pré-natal. Mais mulheres do grupo intervenção estiveram satisfeitas com informações sobre trabalho de parto, parto, planejamento familiar, complicações na gravidez e procedimentos de emergência. Em relação à pesquisa com mulheres, as respostas afirmativas às perguntas sobre satisfação mediram a satisfação geral (resultado primário). Outros resultados dicotômicos de satisfação foram satisfação com número de visitas, espaçamento entre visitas, tempo de espera e tempo gasto com o provedor. No geral, esses resultados mostram que ambos os modelos de CPN foram igualmente bem aceitos por mulheres e profissionais, sugerindo que a adoção do novo modelo de assistência pré-natal não enfrentaria grandes obstáculos derivados da percepção das mulheres ou dos prestadores sobre o CPN e sua satisfação com ele. Os provedores das clínicas experimentais estavam preocupados com o espaçamento das visitas, mas mais satisfeitos com o tempo empreendido nas consultas e com as informações fornecida.
3	10	grupo de gestantes, no período de setembro a dezembro de 2002	conhecer a repercussão da aplicação de um processo de cuidar participante na saúde integral individual-coletiva de um	O processo de cuidar participante e os temas emergentes: 1-Reconhecimento da realidade; 2-Compreensão da realidade; 3-Transformação da realidade;

			grupo de gestantes	<p>Conhecendo as dimensões das repercussões do processo de cuidar participante:</p> <p>Individual/ Coletivo/ Repercussões emocionais/ A gestante e suas práticas de cuidados à saúde/ A gestante com o seu bebê/ A gestante com os seus familiares/ A gestante e seus familiares com a comunidade/ Os familiares das gestantes com outras pessoas da comunidade/</p>
4	5	enfermeiras que atuam no ambulatório do Hospital Universitário	<p>Descrever as condições de trabalho das enfermeiras na consulta de enfermagem no pré-natal e avaliar sua implicação para a educação em saúde, ratificando a importância das ações educativas para satisfazer as necessidades da gestante que procura o serviço.</p>	<p>A ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta do pré-natal caracteriza-se como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa, apesar da existência do bom propósito de educar, onde questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da Instituição emergiram como obstáculos para a realização da educação em saúde.</p> <p>Não há sistematização e valorização da consulta de Enfermagem. Uso da consulta de enfermagem fazendo a relação desse “espaço” para a realização das ações educativas durante o pré-natal, com excessivo número de impressos, além do cartão da gestante, que elas têm que preencher, principalmente durante a realização do primeiro atendimento ao cliente.</p> <p>Ausência do profissional médico com postura de educador.</p> <p>As enfermeiras não tem a sua consulta agendada, não sabem previamente quantas consultas de primeira vez ou quantas subsequentes terão que atender, o que dificulta o andamento das consultas e, conseqüentemente menos tempo para as ações de educação em saúde para as gestantes.</p> <p>A sala da consulta de enfermagem é ocupada por duas enfermeiras que fazem atendimentos simultâneos, o que declina a qualidade da consulta, em face da não privacidade da cliente.</p> <p>Diante da descrição e crítica da realidade do serviço, inferimos que as condições nas quais as enfermeiras realizam a consulta de enfermagem têm alcance limitado para envidar estratégias educativas em saúde, para o fortalecimento individual e/ou coletivo das gestantes.</p> <p>O que vimos neste estudo foi o incentivo do aumento da cobertura em detrimento da qualidade, o que não responde às diretrizes das questões normativas das ações básicas de promoção da saúde que propõe a simultaneidade dessas ações.</p> <p>As relações que se estabelecem entre enfermeiras e gestantes nestas condições organizacionais e assistenciais que se apresentam oferecem limitadas possibilidades de se estabelecer uma comunicação efetiva que possa contribuir para o entendimento da mulher sobre sua condição de saúde, potencialidades e capacidades de mudanças pessoal e familiar.</p>
5	31 municípios; 34 entrevistas	31 municípios; mulheres residentes em municípios de diferentes tamanhos, com maternidades de diferentes portes e graus de complexidade e com diferentes formas de organização da atenção básica; com relação à experiência, foram consideradas variações de história	<p>Apreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado em saúde no período pré-natal, no parto e no puerpério, em um contexto regional de serviços públicos de saúde do interior paulista.</p>	<p>As entrevistas foram numeradas de 1 a 34 e, quando determinadas expressões-chave contribuíram com a elaboração de algum DSC, na sua seqüência, o número da entrevista da qual cada expressão foi transcrita está assinalado. Ao término de cada DSC, também apresenta a ideia central relacionada a ele. Os resultados estão apresentados ordenadamente, segundo as representações sociais apreendidas sobre o cuidado em saúde na atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério;</p> <p>A análise das representações elaboradas pelas puérperas quanto ao cuidado em saúde na atenção pré-natal está apresentada a seguir, com base em dois temas: relações interpessoais: fragilidades e fortalezas e qualidade</p>

		obstétrica, tipo de parto e vivência ou não de situações como: participação em grupo de gestante, intercorrências no ciclo gravídico-puerperal e presença de familiar acompanhante no momento do parto		técnica como fator de humanização. Tema 1- Relações interpessoais: fragilidades e fortalezas Tema 2 - Qualidade técnica como fator de humanização
6	18	Gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar e descrever as expectativas das mulheres grávidas do serviço de pré-natal • Estabelecer diretrizes para o profissional de parteira para a implementação de um serviço de pré-natal baseado em as mulheres grávidas expectativas 	<p>Categorias temas e subtemas após a análise das entrevistas</p> <p>CUIDADOS DE SAÚDE e EXAME FÍSICO / Fazendo história / Envolvimento /Cuidado individualizado /Continuidade do atendimento /Gravidez saudável</p> <p>Orientação/ Informações sobre COMUNICAÇÃO /Explicação dos aspectos / Compreensão</p> <p>LIBERDADE DE ESCOLHA e ESCOLHA DO CUIDADOR/ Escolha de cuidar / Pontualidade (PUNC) Horário das consultas/ /Duração das visitas /primigesta e aqueles portadores de múltiplos/ gravidez.</p> <p>Kirkham e Perkins (1997: 5), continuidade cuidar refere-se a cuidados focados em a mulher grávida como indivíduo. A continuidade do cuidador reflete uma filosofia de consistência das políticas, práticas e planos de atendimento individualizados.</p> <p>Um exame físico e abdominal completo exame deve ser feito para cada mulher durante a primeira consulta pré-natal e nas visitas subsequentes, se houver necessidade. Permitiram recomendações para a prática de enfermagem, educação, pesquisa e formulação de diretrizes para o profissional de parteira para a implementação de cuidados pré-natais eficazes, com base nas expectativas identificadas.</p>
7	12	Os sujeitos da pesquisa foram 12 usuárias que vivenciaram o cuidado ofertado nessa linha do cuidado.	Compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido.	<p>Emergiram, desse processo, os temas mais relevantes que permitiram estabelecer as categorias temáticas descritas a seguir:</p> <p>1 - A resolutividade da linha do cuidado/ 1.1 - O acesso às ações da linha do cuidado/ 1.2 - A resolutividade no cotidiano do trabalho em saúde/ 1.3 - O cuidado no puerpério</p> <p>2 - A educação em saúde como cuidado</p> <p>3 - A integralidade no micro espaço de produção do cuidado/ 3.1 - Acolhimento e estabelecimento de vínculo em interface com a responsabilização/3.2 - As relações cuidadoras: a inclusão do “outro” no espaço assistencial/ 3.3 - O trabalho em equipe: uma possibilidade para o cuidado integral</p> <p>4 - A (des) credibilidade no SUS</p> <p>Mesmo sem as condições ideais de trabalho, a equipe do Centro de Saúde São Gabriel mobilizou-se e conseguiu colocar em prática as bases de uma assistência integral e resolutiva em saúde, no micro espaço de produção do cuidado. Isso demonstra que a equipe de saúde, quando se propõe a cuidar e acredita que é possível fazê-lo, faz, mesmo quando lidam com a escassez de recursos, em suas várias modalidades e com as diferenças próprias dos sujeitos envolvidos nesse processo. Destacamos, a importância de inserir os usuários no processo de planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde no nível “macro”, mas também no cotidiano dos serviços de saúde. Não podemos deixar de ressaltar a importância da educação permanente</p>

				para os trabalhadores de saúde.
8	-	<p>O tamanho das amostras em estudos - quantitativos variou de 40 a 1.933 / estudos qualitativos de 10 a 106.</p> <p>- 34 estudos pesquisaram o cuidado individual;</p> <p>- 02 pesquisaram PNC de grupo e individual.</p>	<p>Identificar, sintetizar e analisar criticamente pesquisas publicadas sobre as experiências das mulheres no pré-natal.</p>	<p>Seis temas principais, ou Características do Cuidado, surgiram: 1) Incentivos / Barreiras, 2) Configuração do PNC, 3) Tempo Gasto, 4) Componentes do Cuidado, 5) Relações com Funcionários e Clínicos e 6) Recebimento de Informações;</p> <p>- Esses Recursos ou temas serão discutidos em termos de</p> <p>1) o que as mulheres relataram como presentes e / ou ocorridas durante o atendimento</p> <p>2) percepções, reações e preferências das mulheres em relação a esses recursos.;</p> <p>Sessenta e sete artigos foram recuperados. Trinta e seis estudos preencheram os critérios de seleção especificados acima e foram revisados. Vinte e sete dos 36 estudos usaram métodos quantitativos; 6 destes eram estudos controlados randomizados (ECR). Nove estudos empregaram abordagens exclusivamente qualitativas e 8 estudos usaram métodos mistos. Vinte e três artigos relataram amostras compostas principalmente por mulheres de baixa renda. A maioria das mulheres em 16 estudos era afro-americana e / ou latina.</p>
9	42	<p>Participaram do estudo 42 agentes sociais: 23 profissionais, onze da UBS e doze do HU (sete enfermeiras, sete médicos, duas assistentes sociais, duas psicólogas, cinco técnicas ou auxiliares), e 19 gestantes, nove da UBS e 10 do HU, sendo que 18 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e onze eram primigestas. Do total de gestantes do HU, oito tinham de 24 a 34 anos, seis eram casadas e uma era solteira; seis concluíram o ensino médio, uma o fundamental e três o superior. Quanto às gestantes da UBS: sete eram solteiras, cinco tinham o ensino médio, três o fundamental e uma o superior; três tinham de 15 a 19 anos e seis de 20 a 34 anos; cinco não trabalhavam.</p>	<p>compreender os significados do cuidado humanizado no pré-natal, as divergências, convergências e barreiras para sua efetivação na ótica de gestantes e profissionais.</p>	<p>A maioria dos profissionais do HU exercia atividades docentes e assistenciais. Quatro eram especialistas, cinco mestres ou residentes em ginecol. obstetrícia; nove tinham de 36 a 50 anos; atuavam na instituição entre 10 e 25 anos, poucos de forma exclusiva (dois). Os da UBS eram jovens, cinco tinham de 23 a 30 anos e atuavam menos tempo no serviço, a maior parte de forma exclusiva. A maioria cursou a especialização/residência em saúde comunitária (oito) e uma o mestrado.</p> <p>Buscando os significados de cuidado humanizado no pré-natal surpreendeu as similaridades existentes entre discursos das gestantes e profissionais, contudo as categorias descritas a seguir revelam questões específicas, divergências e convergências entre esses agentes sociais, algumas sutis, porém significativas.</p> <p>Destacam-se como significados as categorias: cuidado pré-natal; cuidado centrado no ser humano, no seu protagonismo e na promoção da saúde; atenção integral à saúde da mulher; acessibilidade aos serviços de saúde; relações dialógicas entre gestantes e profissionais; ambiente e profissionais humanizados e postura ética do profissional.</p> <p>As principais barreiras encontradas foram: questões socioeconômicas e pessoais das gestantes; formação biomédica; desarticulação entre os serviços de saúde; desvalorização da atenção primária e do profissional; poder; desatenção e desrespeito à gestante.</p>
10	4 diretrizes / guidelines	<p>Organizações:</p> <p>Administração de Saúde dos Veteranos dos EUA, Departamento de Assuntos de Veteranos e Assuntos de Saúde, Departamento de Defesa (VA / DoD), Instituto de Melhoria de Sistemas Clínicos (ICSI);</p>	<p>Identificar e criticar as diretrizes de cuidados pré-natais publicadas entre 2005 e 2009 por cinco organizações.</p>	<p>As diretrizes de cuidados pré-natais baseadas em evidências podem ser informativas, no entanto, têm limitações, como a falta de foco centrado na mulher. O tempo e a atenção dispensados à triagem de risco para fenômenos relativamente incomuns podem interferir nas informações necessárias para a maioria das mulheres saudáveis.</p>

		Academia Americana de Pediatria; Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (AAP / ACOG); Academia Americana de Médicos de Família (AAFP).		
11	12	mulheres grávidas,	<p>Apreender as representações sociais das gestantes residentes</p> <p>nas áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família do Jardim Marabá, município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, a respeito dos motivos que levam a realização do pré-natal</p>	<p>observa-se que as gestantes estão satisfeitas com o atendimento no pré-natal. O DSC revela, ainda, que as mulheres grávidas são atendidas em suas necessidades e conseguem relacionar-se com os profissionais. Observa-se nas falas das gestantes que o relacionamento entre elas e os membros das equipes de PSF é positivo, pois elas participam das decisões a respeito das condutas a adotar, recebem esclarecimento a suas dúvidas e, ao interrogarem, obtêm respostas, gostando do atendimento porque se sentem acolhidas. Evidencia-se, no estudo, que as gestantes não só procuraram o serviço e receberam atendimento, como foram acompanhadas pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e desse modo receberam a atenção humanizada, constituindo-se em um dos motivos que levam a realização do pré-natal.</p>
12	29	mulheres	<p>Explorar a experiência de cuidado recebido pelas mulheres atendidas em um centro de parto e identificar os facilitadores</p>	<p>Neste estudo as barreiras para iniciar e seguir o pré-natal esteve atrelado a gestação não planejada (59%), tinham que cuidar de ao menos uma criança em casa (72%), algumas delas trabalhavam durante a gestação (41%). Mesmo com essas barreiras, a adesão ao pré-natal esteve relacionada ao tipo de atendimento recebido pelos profissionais, além do entendimento do mesmo quanto as particularidades do contexto de cada mulher. Para essas mulheres facilitou o acesso ao pré-natal ter o seguro saúde (estilo de plano de saúde) ofertado pelo governo ou pelo serviço, pois pagar pelas consultas ou pagar um seguro dificultava a ida ao pré-natal.</p> <p>Ainda, as características de cuidado ofertado pelo profissional refletiram no acesso e na continuidade do pré-natal. Para essas mulheres, um cuidado personalizado e individual, que seja compreensivo, com consultas que não sejam apressadas e que possa haver diálogo entre profissional e paciente, e retirada de dúvidas contribuíram para facilitar o pré-natal.</p>
13	216 dos serviços dos 246 municípios do estado de Goiás	1246 municípios, total estimado de 40.000 unidades	<p>Analisar as ações dos serviços de Atenção Básica à saúde da mulher no pré-natal e puerpério do Estado de Goiás.</p>	<p>Com relação à atenção pré-natal e ao puerpério ofertada pelas 677 equipes da Atenção Básica que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB 2012, obteve-se quanto à organização da agenda de atendimento dos profissionais que 562 (83,0%) equipes de saúde ofertam o programa de atenção pré-natal e 115 (17%) não ofertam esses serviços.</p> <p>Os serviços de Atenção Básica ao pré-natal e puerpério do</p> <p>Estado de Goiás, apresentaram adequada infraestrutura referente aos recursos de gestão da informação, medicamentos, imunobiológicos e apoio laboratorial. Porém, a organização do processo de trabalho suscita desafios aos profissionais de saúde e pressupõem esforços aos gestores dos serviços para melhorar o acolhimento à demanda espontânea de agendamento de consultas, eliminar barreiras institucionais de acesso, promover assistência mais abrangente e integral à gestante e à puérpera para garantia de atenção obstétrica qualificada e humanizada.</p>
14	(14)	profissionais da saúde, lotados nas Policlínicas, os quais participam do pré-natal.	<p>Compreender os valores intuitivos nos discursos dos profissionais da saúde sobre a assistência</p>	<p>Emergiram as seguintes categorias: “O valor vínculo como processo de qualidade para consulta pré-natal: um valor do perceber afetivo vital”; “O olhar para a prevenção como valor vital na consulta do pré-natal”; “Recursos humanos um valor útil no campo da garantia do pré-natal qualificado”.</p>

			<p>realizada no pré-natal na Rede de Atenção Básica do Município de Niterói;</p> <p>Analisar, com base na Teoria dos Valores de Max Scheler, os valores intuídos nos discursos dos profissionais que vivenciam a consulta pré-natal;</p> <p>Discutir, com base na Teoria dos Valores de Max Scheler, a relação entre os valores intuídos na ótica dos profissionais de saúde na assistência pré-natal na Rede de Atenção Básica do Município de Niterói e as Políticas de Saúde em vigor</p>	<p>Os resultados apontam para uma realidade diferente da recomendada pelas Políticas Públicas. A dificuldade na criação de vínculo entre profissionais e gestantes, problemas de acessibilidade aos exames do pré-natal, precariedade no que diz respeito a recursos humanos e materiais necessários ao cuidado pré-natal, foram problemas que emergiram das falas dos profissionais participantes do presente estudo</p>
15	13 mulheres entre 19 e 36 anos	13 gestantes de origem mexicana e que recebiam atendimento em clínicas de saúde destinadas às mulheres hispânicas	<p>Explorar as expectativas de gestantes de origem Mexicana acerca da confiança e comunicação com seus profissionais de saúde</p>	<p>As gestantes querem ser reconhecidas como uma “pessoa” e relacionam que a confiança está relacionado ao comportamento durante o atendimento do profissional.</p> <p>As participantes apontam a necessidade de profissionais mais amigáveis e que possam responder às suas dúvidas, que sejam diretos na comunicação de notícias, sejam elas boas ou ruins. Esperam que os profissionais também compreendam a cultura da qual são provenientes e consigam ser bilíngues, ou conversar na língua mãe das mulheres.</p>
16		<p>300 mulheres foram randomizadas a partir de seus prontuários. Dessas oito foram excluídas a partir dos critérios de inclusão. Das 292 mulheres tiveram seus prontuários elegíveis para análise: 131 tiveram pré-natal realizado por parteiras formadas e 161 tiveram pré-natal hospitalar usual.</p> <p>Das 292 mulheres apenas 168 mulheres responderam os questionários (87 mulheres com pré-natal por parteiras formadas e 99 advindas do pré-natal hospitalar).</p> <p>Das 87 mulheres que foram atendidas pelas parteiras, nove foram selecionadas para participar de grupos focais e entrevistas em profundidade</p>	<p>Avaliar o pré-natal liderado por parteira formadas e comparar os resultados com os do pré-natal clínico seguindo o modelo tradicional de cuidado</p>	<p>Os resultados mostram que o cuidado liderado por parteiras é tão eficaz quanto os cuidados prestados no pré-natal hospitalar por outros profissionais. Além disso, houve manutenção no número de consultas e ecografia durante o pré-natal, encaminhamento à médicos quando necessário e peso adequado ao nascer.</p> <p>Foi possível observar que as mulheres acompanhadas pelas parteiras iniciaram o acompanhamento pré-natal mais cedo, foram internadas para o nascimento mais tardiamente e mais mulheres amamentam seus bebês.</p> <p>Os principais motivos para frequentar as clínicas lideradas por parteiras formadas esteve atrelado: ao menor tempo de espera, ter mais tempo de consulta para discussão, recomendação de amigos e experiências prévias.</p> <p>A partir dos grupos focais a escolha pelo pré-natal liderado por parteiras esteve relacionado ao melhor cuidado pós-natal e a escolha pelo parto domiciliar.</p> <p>Embora mais satisfeitas com o cuidado liderado por parteiras, foi referido pelas mulheres a necessidade de melhoria quanto à educação pré-natal em relação ao trabalho de parto, amamentação, depressão e bem-estar emocional e cuidar do bebê.</p>

17	29	bases de dados SciELO e no Portal de Periódicos CAPES	Apreender as práticas comumente desenvolvidas na estratégia saúde da família durante o pré-natal e quais os profissionais envolvidos nessa dinâmica	Observou-se que alguns artigos enfatizam o trabalho do enfermeiro em detrimento ao trabalho multidisciplinar, o que desvela a dificuldade na integração das práticas em equipe e que o foco da assistência é quase exclusivamente de caráter técnico, sendo demonstrado que os aspectos mais relevantes para a qualidade das ações durante o pré-natal são referentes ao número de consultas, exames e vacinas. Apesar de a política de atenção integral à saúde da mulher vigente, em particular na ênfase das práticas no acompanhamento ao processo gestacional, apontar a importância do trabalho em equipe, os artigos produzidos ainda tenderam a fatiar a assistência, desconsiderando a importância de ver a gestante como um ser integral;
18	17 gestantes 28 na área de abrangência; 19 Puérras	1 enfermeira, 5 ACS, 1 técnica de enfermagem, -a equipe odontológica, -1 técnica, da sala de vacinas, 1 recepcionista, -gestor do serviço, além de contar com o supervisor do Programa Mais Médicos e a equipe do NASF	Melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da equipe	As ações planejadas, nos quatro eixos do curso, foram: Eixo 1 - Organização e gestão do serviço- Eixo 2 - Qualificação da prática clínica- Eixo 3 - Engajamento público Eixo 4 - Monitoramento e Avaliação Os bons resultados apresentados durante a intervenção foram conseguidos devido ao planejamento e principalmente à equipe, bem como a revisão constante das metas, das atribuições de cada membro e a capacitação da equipe com qualidade na execução das atividades. As ações que mais ajudaram a cumprir as metas de cobertura foram o acompanhamento e as buscas ativas das gestantes, principalmente realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizavam visitas domiciliares, divulgavam a intervenção e as ações educativas. Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura.
19	35	Participaram do estudo 8 enfermeiros atuantes na APS e 27 usuárias que tiveram acompanhamento no pré-natal do município.	Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de Ibiapina/CE para a Rede Cegonha.	Para o processo, o cenário das dificuldades de atuação foi semelhante: há ações valiosas para o primeiro contato, longitudinalidade e competência cultural, contudo os demais atributos carecem de avanços. A análise dos resultados convergiu. Na percepção de que a maioria das usuárias se sentem acolhidas e buscam a APS por considerá-la eficiente, como também observam a relevância da família durante este período, mas veem que a insuficiência de recursos materiais e humanos que dificultam sua assistência, além de não ponderar o envolvimento da comunidade. Os resultados demonstram a satisfação das usuárias no acompanhamento do pré-natal, porém sugerem que recursos materiais e humanos estejam mais presentes, assim como percebem que mais acolhimento de todos das equipes apresentam-se relevantes na atuação; os indicadores revelam melhores resultados após 2011, ano da instalação da Rede Cegonha no município.
20	377	gestantes.	Avaliar a expectativa e a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde por meio da aplicação da versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)	A avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde em Bauru resultou em predomínio de baixa expectativa e alta satisfação com os serviços públicos de saúde de pré-natal, para ambos os modelos de serviços avaliados, USF e UBS. A versão brasileira do instrumento PESPC demonstrou-se adequada para avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal para a amostra estudada.
21	64	14 médicos,	analisar como discursos de medicalização & humanização se	Modelo médico generalista X e modelo especialista Parece que a humanização das práticas não consegue impor-se no confronto cotidiano com a medicina

		19 enfermeiros e 14 cirurgiões-dentistas que compunham 17 equipes de saúde da família em	(re)articulam na atenção primária em saúde e configuram o cuidado pré-natal de mulheres grávidas realizado por equipes de saúde da família.	<p>especializada, profundamente incorporada aos princípios do paradigma biomédico tradicional.</p> <p>O campo de trabalho do generalista expandiu-se em relação às ênfases reconhecidas pela medicina tradicional (por exemplo, obstetria, pediatria etc.) e isto também pode ter contribuído para a persistência da hegemonia da formação hospitalar. Ênfase que também é evidenciada nas</p> <p>falas dos generalistas da saúde familiar em que, apesar de dizerem que moldam seu fazer orientando-se pelas políticas públicas, seguem atribuindo maior legitimidade ao trabalho dos especialistas.</p> <p>Em muitas falas o atendimento das gestantes pelos obstetras na atenção primária é entendido como modo de fortalecer a priorização do atendimento médico, a livre demanda e o uso de exames, lógica que interfere no estabelecimento do vínculo com as mulheres gestantes e distancia-se dos princípios que pautam o modelo de atenção à saúde da família (integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado).</p> <p>O enfrentamento da alta e complexa demanda de necessidades e de prioridades de saúde da população atendida no âmbito da atenção primária justificaria, na opinião dos grupos, a presença dos especialistas. A segurança do apoio técnico oferecido pelo especialista também é defendida por algumas equipes de saúde para a participação e presença dos obstetras no cuidado com as gestantes ainda na atenção primária.</p> <p>O protocolo recomendado pelo SUS, que preconiza que o acompanhamento pré-natal da mulher gestante deva ser realizado pelo generalista (seguindo modelos humanizados) não é cumprido.</p>
22	dados relativos a 24.055 USF brasileiras e às entrevistas com profissionais de 29.778 EqSF no Brasil	-Profissional -Verificação documental -Usuário	Investigação do acesso e da qualidade do cuidado pré-natal na Estratégia Saúde da Família no Brasil e na Região Norte, mediante avaliação de aspectos de infraestrutura nas unidades de saúde, da gestão e oferta do cuidado prestado pelas equipes, sob o prisma das desigualdades regionais e estaduais.	<p>As equipes avaliadas foram classificadas em três categorias, de acordo com o desempenho alcançado: quando todos os itens avaliados alcançaram 100% de respostas positivas, o desempenho da equipe foi considerado “adequado”; alcançando entre 80,1% a 99,9% de positividade, o desempenho foi considerado “parcialmente adequado” e, se menor ou igual que 80% para os itens avaliados, foi classificado como “inadequado”.</p> <p>classificação da adequação para as subdimensões analisadas (disponibilidade de infraestrutura, ações gerenciais para garantia do acesso, ações gerenciais para a qualidade do cuidado e ações clínicas) e as seguintes características: Brasil e suas macrorregiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) e os estados da Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins);</p> <p>Para a dimensão acesso, a atenção pré-natal foi considerada inadequada no Brasil como um todo, tanto na subdimensão da disponibilidade de infraestrutura das USF (26% das equipes com infraestrutura para atenção pré-natal adequada e 31% com adequação parcial), quanto na subdimensões das ações gerenciais para garantia do acesso (11% adequadas e 27% parcialmente adequadas). Na distribuição por regiões, a disponibilidade de infraestrutura teve os piores resultados nas USF do Norte (18% de adequação e 31% das unidades parcialmente adequadas) e do Centro-oeste (22% adequadas e 30% de adequação parcial). Foi nas regiões Nordeste (29% das unidades de saúde com infraestrutura adequada e 26% com adequação parcial) e Sul (26% adequação e 43% parcialmente adequadas para oferta do pré-natal) que as unidades de saúde alcançaram os melhores índices de adequação para a subdimensão do acesso. Na subdimensão das ações gerenciais para garantia do acesso, os destaques negativos foram nas regiões Nordeste (4% adequação e 28% adequação parcial), Centro-oeste (5% adequação e 23% adequação parcial) e Norte (5% de adequação e 21% de parcialmente adequadas). Por outro lado, as regiões Sudeste (21% adequadas e 30% adequação parcial) e Sul (14% adequação e 27% parcialmente adequadas) obtiveram melhores desempenhos em tal atributo. A dimensão da qualidade do cuidado pré-natal foi avaliada como nacionalmente inadequada. A análise da subdimensão ações gerenciais</p>

				evidencia restrito nível de adequação (5% adequação e 29%
23	16	Foram entrevistadas parteiras com experiência na área, em torno, de cinco a 16 anos, e utilizado a observação em campo para averiguar as relações entre a mulher e a parteira	Explorar as consultas de rotina de cuidados no pré-natal hospitalar (Especificamente, o estudo procurou abordar a questão: Como estão os princípios do cuidado centrado na mulher aplicados no pré-natal hospitalar cuidados?)	Os resultados foram trabalhados a partir dos “rituais e símbolos” envolvidos no processo da consulta e dos procedimentos. Mediante isso, observou-se os padrões e rotinas com a consulta de pré-natal de parteiras, que normalmente além das mulheres conhecerem as parteiras desde o primeiro encontro de pré-natal informam a rotina de cuidados e as atividades que os casais serão encaminhados. As consultas duram em torno de 30-40 minutos a depender das características de cada profissional. A mulher antes da consulta aguarda em uma sala de espera ao lado do consultório da parteira, e quando é sua vez, a parteira lhe chama pelo primeiro nome, pergunta como está se sentindo, e já no consultório, começa a preencher uma espécie de cartão de pré-natal conhecido como “orange book”. Os pesquisadores que estão observando a cena relatam que a depender da forma como a parteira conversa e interage com a paciente reflete nas consultas subsequentes. Na consulta ainda está presente a fase da avaliação clínica que envolve os exames físico e obstétrico. Após a avaliação, na pós consulta, além da documentação entregue à mulher sobre os procedimentos, entrega-se também folhetos informativos incluindo amamentação. Observa-se a tentativa do cuidado centrar-se na mulher para além das regras e protocolos que eram estabelecidos pelas parteiras. Atualmente, visualiza-se o envolvimento da mulher na escolha do cuidado por meio do conhecimento de seus desejos a partir de uma comunicação interpessoal entre parteira e gestante. A forma da linguagem entre parteira e mulher modificou, atualmente, observa-se o uso de palavras que estimulam o encorajamento da escolha e para o parto, além de empregar termos que mostram que as parteiras estão em cena para “ajudar”, “auxiliar” e ser parte do processo
24	12 gestantes	Gestantes	Compreender as percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal, no âmbito da atenção primária à saúde.	Foram elaboradas três categorias, sendo elas: O cuidado antes e durante a gestação. Participação em grupos de gestantes e, Cuidado de qualidade durante a gestação. As percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal estão relacionadas à atenção dispensada, ao acolhimento humanizado, consideração da subjetividade da gestante e amparo nos momentos difíceis que tornam este período satisfatório.
25	235 mulheres	A população desse estudo consistiu em 865 equipes de serviços de ABS que participaram da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB no estado do Piauí, 788 unidades de saúde onde essas equipes estavam alocadas e 235 mulheres grávidas ou com filhos até dois anos de idade que foram.	Avaliar o cuidado Pré natal nos serviços de ABS que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso de da Qualidade de da Atenção Básica (PMAQ- AB) no estado do Piauí.	A partir dos dados apresentados nesse estudo, é possível inferir que o cuidado pré-natal na ABS do Piauí encontra-se parcialmente implantado, na medida em que alcançou ampla cobertura, mas a oferta das ações ocorre de maneira bastante heterogeneia e, ainda, há desafios quanto à oferta do conjunto das ações preconizadas, afetando, desse modo, o acesso e a integralidade do cuidado. Soma-se a isso a possibilidade das equipes e unidades de saúde aqui avaliadas possuírem melhor estrutura e processo de trabalho do que as equipes e unidades de saúde que não participam do PMAQ-AB.
26		-4.059 municípios, -19.849 Unidades Básicas de Saúde (UBS) -24.626 participantes da Estratégia Saúde da Família (ESF).	avaliar o pré-natal na Atenção Básica, identificando os aspectos que influenciam a adequação estrutural e operacional.	Quanto aos aspectos estruturais, 32,6% dos municípios apresentaram adequação, enquanto nos operacionais, apenas 24,1%. Na avaliação pré-natal geral, menos de um quarto (24,6%) dos municípios era adequado, aqueles com até 10 mil habitantes apresentaram maior percentual de adequação (41,6%). A região Sul apresentou adequação de 33,8%, considerando todos os tamanhos.

APÊNDICE 6

Quadro dos instrumentos utilizados nas pesquisas, Conceito de Integralidade do Cuidado e Alcances e Desafios relacionados a integralidade do cuidado.

Estudo	Instrumento utilizado pelos autores	Conceito Integralidade do Cuidado	Alcance ou desafios
1	<p>Técnicas antropológicas de observação e entrevista foram conduzidas longitudinalmente com 27 mulheres porto-riquenhas e 26 mulheres brancas que receberam atendimento perinatal em um hospital de nível terciário durante os períodos pré-parto, intraparto e pós-parto. Aproximadamente 500 entrevistas padronizadas e abertas e 150 observações de interações clínicas com médicos residentes e enfermeiras-parteiros compararam conhecimentos, crenças e práticas reprodutivas.</p>	<p>Neste estudo a integralidade do cuidado esteve atrelado ao termo “continuidade do cuidado”. Neste sentido, a continuidade do cuidado foi afetada pela espera prolongada para ser consultada, pelo tempo reduzido de consulta, pela troca periódica dos profissionais, que diminuía a confiança na relação profissional-paciente, além da dificuldade de interação com a língua entre profissional e paciente.</p>	<p>O maior alcance desse estudo foi o entendimento que a etnia da mulher não influencia no cuidado pré-natal. Além de destacar a necessidade de um atendimento de qualidade para as mulheres, uma vez que o pré-natal afeta o bem-estar da paciente/cliente. Os autores reiteram que cada vez mais são cobrados dos profissionais conhecimento em relação às tecnologias, e menos se explica sobre a importância da conversa e interação profissional-paciente</p>
2	<p>A avaliação da percepção de mulheres e profissionais sobre a qualidade de ambos os modelos de assistência pré-natal foi organizada em duas etapas. Primeiro, usamos uma abordagem etnográfica, incluindo discussões em grupos focais e entrevistas aprofundadas com mulheres e profissionais de saúde para avaliar os valores relacionados à cultura em cada país. Durante a etapa qualitativa, abordamos tópicos gerais sobre prestação de cuidados de saúde e programas de pré-natal para obter uma compreensão inicial da maneira como os cuidados de saúde eram percebidos em cada contexto cultural específico.</p> <p>O questionário para mulheres consistiu em 24 perguntas abordando as preferências dos pacientes sobre o número de consultas pré-natais; tempo gasto na sala de espera e com o cuidador; e a quantidade e adequação das informações recebidas durante as visitas. As mulheres também foram questionadas sobre suas preocupações em relação ao seu estado de saúde e aos bebês e à garantia que receberam do fornecedor;</p> <p>O questionário para profissionais de saúde incluiu 15 perguntas, investigando os mesmos problemas dos pacientes: número e espaçamento das consultas pré-natais, tempo gasto com a mulher, informações fornecidas, percepção da qualidade da assistência pré-natal e reconhecimento da satisfação das mulheres</p>	<p>O cuidado pautado na integralidade neste estudo esteve atrelado à maior atenção dada às opiniões das pacientes para a construção do cuidado.</p>	<p>As limitações estiveram atreladas aos contextos socioculturais, que por vezes apresentaram resistências e expectativas diferentes ao novo modelo de pré-natal.</p> <p>Ambos os modelos de pré-natal foram bem aceitos pelas mulheres, logo, acredita-se que o novo modelo baseado nas EC não teria obstáculos para ser aceito.</p>

3	<p>Grupo de gestantes- Possibilidades de saúde integral na gestação. Promoção da saúde integral individual-coletiva das gestantes;</p> <p>- 3 momentos propostos pelo referencial do CHE, "entrando", "ficando" e "saindo do campo". Encontros grupais e nas visitas domiciliares. Através da técnica de oficinas, os dados foram levantados mediante a realização de Observação Participante e Entrevistas.</p>	<p>- Não traz (saúde pautada numa abordagem dialógica que procurou identificar as repercussões da aplicação de um processo de cuidar participante na saúde integral individual-coletiva de um grupo de gestantes.)</p>	<p>Constitui num desafio para a saúde coletiva, requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro em busca de superar a fragmentação da assistência à saúde dos indivíduos.</p> <p>Faz necessário construir programas e atividades com grupos específicos, possibilitando a utilização de práticas de promoção da saúde integral individual-coletiva, especialmente, como subsídio de avaliação cotidiana das ações de saúde;</p>
4	<p>Métodos dialógicos e participantes que são: a descrição da realidade; a crítica da realidade e a criação coletiva. Porém este artigo refere-se ao registro e análise das fases de descrição da realidade e a crítica da realidade a partir dos sujeitos que vivenciam o problema e as implicações para a promoção da saúde das gestantes.</p> <p>- Foram realizadas entrevistas com os sujeitos. Três perguntas básicas nortearam essas entrevistas para situar as ações educativas realizadas pelas enfermeiras no programa de pré-natal: como você vê a consulta de enfermagem no pré-natal?</p> <p>como são desenvolvidas as ações educativas?</p> <p>quais as dificuldades encontradas para que essas ações aconteçam neste espaço?</p>	<p>Não foi encontrado uma definição de integralidade do cuidado. O texto faz algumas referências que podem induzir a um entendimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. o profissional deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. 2. os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério 3. devem ser valorizados as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e contextualizar a assistência pré-natal, utilizar estratégias como a escuta aberta, sem julgamento e preconceitos e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional- cliente. <p>No pré-natal a(o) enfermeira(o) deve ficar atenta(o) para também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. A(o) profissional enfermeira(o) não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado.</p>	<p>Desafio: pesquisa aponta para a reorientação do serviço de enfermagem na atenção à gestante;</p> <p>A criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos.</p>

5	<p>Foram realizadas 34 entrevistas semiestruturadas a puérperas, baseadas em questões norteadoras, em visitas domiciliares após o parto, em dois encontros com cada sujeito. No primeiro, solicitava-se a participação de algum familiar que pudesse contribuir, de fato, para que a puérpera respondesse à entrevista e, no segundo, complementava-se a entrevista apenas com a puérpera. Esta estratégia permitiu retomar, no segundo encontro, questões que mereciam aprofundamento ou esclarecimento. Destaca-se que a realização das entrevistas fora do serviço de saúde destinou-se a dar mais liberdade às mulheres quando da abordagem do cuidado recebido.</p> <p>As questões norteadoras citadas relacionam-se às representações elaboradas pelas puérperas sobre o cuidado em saúde obtido nos serviços de assistência pré-natal e o atendimento recebido para o parto, a saber: como foi o seu atendimento pré-natal? Do que você gostou e do que não gostou durante o seu atendimento pré-natal? Como você foi cuidada durante sua internação para o parto?</p> <p>Do que você gostou e do que não gostou durante o parto? Como foi o seu atendimento e o do seu bebê após o parto?</p>	<p>A integralidade do cuidado e a prevenção de agravos, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental de planejamento e avaliação dos serviços (Ayres, 2004). Especificamente na área obstétrica, no Brasil, discussão mais ampla sobre autonomia e humanização do cuidado tem-se mostrado relativamente recente e reflete o descontentamento com o modelo de atenção excessivamente intervencionista desenvolvido no país, especialmente relacionado à atenção ao parto (Serruya, Lago, Cecatti, 2004a). O cuidado satisfatório é, portanto, representado como aquele desenvolvido com simpatia e educação. Como a literatura correlata evidencia, constatou-se a importância das relações interpessoais e do acolhimento nos serviços de saúde, entendido como um cuidado aberto à escuta (Deslandes, 2005). Essas relações devem viabilizar uma rede de conversações que é essencial ao cuidado, na medida em que contribui com o estabelecimento de negociações entre as necessidades dos usuários e os meios de satisfazê-las (Teixeira, 2001). Em contraponto, algumas mulheres, ao abordarem o cuidado pré-natal, representaram-no de maneira negativa, apontando, sobretudo, a falta de diálogo com o médico;</p>	<p>Profissional ainda permanece muito preso às rotinas e resistente à humanização. Também, em relação a essa perspectiva, pode-se considerar que, nos períodos pré-natal, o cuidado não é isento de problemas, sendo as mulheres geralmente tratadas como coadjuvantes, em um processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais; Com base nessas considerações e em coerência com os princípios do PHPN, postula-se que a mulher deva ser reconhecida como principal partícipe do processo anteriormente referido, tendo suas escolhas respeitadas no estabelecimento de práticas que, baseadas em evidências, permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido. Porém, cabe ressaltar que o PHPN, ao adotar indicadores para avaliação da qualidade da atenção que privilegiam o número de consultas pré-natais, a imunização e os exames básicos realizados, não está avançando na inclusão de aspectos que valorizem, de fato, outras dimensões do cuidado, como as relacionadas às questões de gênero; Por fim, considera-se que o olhar da humanização sobre as representações sociais apreendidas evidencia a importância de se transformarem as práticas regionais voltadas à atenção ao ciclo gravídico-puerperal, sobretudo no que diz respeito às relações interpessoais, incluindo o acolhimento e apoio efetivos e extensivos a todas as mulheres, não apenas durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, mas também para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento. Ao mesmo tempo, o referido olhar confirma a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que é a mulher o sujeito da atenção e, como tal, dela deve participar efetivamente.</p>
6	<p>Os dados primários sobre as expectativas foram obtidos de cada mulher pelo pesquisador, através de entrevistas. A entrevista, como forma flexível técnica de coleta de dados, permitiu pesquisador para explorar significado em maior profundidade (Bums & Grove, 2007: 377). As expectativas de mulheres foram identificadas individualmente, ou seja, com a devida consideração das mudanças nas necessidades de cuidados de saúde. Os dados eram coletados através de notas de campo e o uso de um gravador.</p> <p>O estudo foi realizado em duas fases.</p> <p>A primeira fase envolveu a exploração e descrição de mulheres grávidas expectativas de um atendimento pré-natal serviço. A segunda fase focou-se na descrição das orientações para a parteira profissional para fornecer uma pré-natal, com base nos resultados da fase um.</p>	<p>Não cita a palavra Integralidade, mas usa algumas citações:</p> <p>De acordo com a saúde nacional System (Hillan, 1999) e o Bill Of Rights (1994), os cuidados de saúde são considerados um direito humano básico.</p> <p>Anne Thompson (1996: 162) em seu relatório sobre maternidade segura em risco, afirmou que os dias de perceber as mulheres como passivas consumidores de saúde são aprovados. O envolvimento das mulheres lhes dá uma escolha e permite-lhes algum controle sobre seu bem-estar como quando a mulher está controle da situação, autoestima e autoconfiança aumenta (Berg & Dahlberg: 1998: 26)</p>	<p>Alguns pontos em comum dentro das expectativas das mulheres que gostariam de ser alcançados</p> <p>-Cuidados de saúde,</p> <p>-A principal expectativa e um direito humano básico pareciam ser basicamente cumpridos, com a exceção de características interacionais,</p> <p>-A comunicação de informações, -orientação, -envolvimento, - compreensão e explicação de aspectos, - liberdade de escolha, -pontualidade, -cuidado individualizado - continuidade do cuidado. Ser um profissional sensível, que, através de um processo interativo, facilita cuidados de saúde para a promoção da saúde na perspectiva do cliente e o ambiente de enfermagem.</p>
7	<p>A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) no período de abril a</p>	<p>De acordo com a Lei 8.080, ela se configura em “um conjunto articulado e contínuo das ações e</p>	<p>as limitações dos conhecimentos técnicos diante da complexidade presente nessa fase da vida, uma opção para se superar essa falha no cuidado à mulher seria</p>

	<p>julho de 2008. O roteiro para esse tipo de entrevista tem como finalidade direcionar a interlocução e deve ser construído de modo que permita flexibilidade nas “conversas” e a absorção de novos temas e questões. Para o tratamento e análise dos dados coletados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática segundo Bardin (1977) e Minayo (2006). Segundo Minayo (2006), a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos a fim de atingir uma interpretação mais profunda.</p>	<p>serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).</p> <p>Pode-se pensar a integralidade como “dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-políticos, que tem no cuidado sua maior expressão como atividade humana”. A garantia de recursos e de uma rede articulada de serviços também é fundamental para se alcançar o cuidado integral. No entanto, para a concretização de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários, é preciso dar voz a eles e investir no espaço relacional propiciado pela intersubjetividade, que pode colocar em cena as reais necessidades desses usuários e possibilitar o conhecimento e o uso daquilo que os motiva a manter ou a recuperar a saúde. Nesse sentido, a escuta e o diálogo ocupam um lugar de relevância, uma vez que possibilitam que essa intersubjetividade entre em ação, inserindo o usuário no espaço assistencial e conformando um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas</p>	<p>melhorar o monitoramento das ações direcionadas a elas após o parto e buscar parcerias na própria comunidade com a construção de uma rede de ajuda, por meio de projetos que mobilizem voluntários para dar apoio às puérperas. Considerando os problemas que levaram os profissionais do Centro de Saúde São Gabriel a construir a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido, é importante ressaltar que, atualmente, existe uma articulação dos diversos profissionais envolvidos no acompanhamento do pré-natal e da puericultura garantindo a qualidade e a continuidade da assistência. esta pesquisa desvelou elementos que permitem generalizações quando pensamos em realidades semelhantes ou quando pretendemos cuidar de pessoas que, mesmo com suas diferenças, possuem características comuns no que se refere à essência de ser humano. Nesse sentido, este trabalho pode contribuir para o pensar e o praticar o cuidado integral. Acreditamos que ele traz subsídios para melhorar não somente a prática nos serviços de saúde, mas também a formação no campo da saúde. Não podemos deixar de ressaltar a importância da educação permanente para os trabalhadores de saúde e também da articulação ensino-serviço-comunidade na construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Os serviços públicos de saúde constituem um espaço onde usuários, trabalhadores do serviço, professores, estudantes e gestores podem compartilhar experiências e saberes para a modelagem de um agir cumpliciado com a defesa da saúde e da vida daqueles que recebem o cuidado.</p>
8	<p>-Realizada uma pesquisa no Medline, CINAHL, PsychINFO, ISI Web of Knowledge, SCOPUS e Social Science Full Text. Os termos de pesquisa foram selecionados para gerar uma visão geral da experiência das mulheres em PNC. Os termos utilizados isoladamente e em conjunto foram: pré-natal, experiência, percepção, satisfação pessoal, atitude em relação à saúde e satisfação do paciente;</p> <p>- Depois de revisar várias centenas de resumos, foram desenvolvidos critérios de inclusão / exclusão para identificar a literatura que: 1) era relevante para uma proporção significativa da população dos EUA, 2) examinava a experiência geral das mulheres em PNC e 3); O terceiro critério foi operacionalizado incluindo estudos apenas se eles reportassem pesquisas realizadas nos EUA (N = 22), Inglaterra (N = 7), Austrália (N = 3), Escócia (N = 1), Canadá (N = 2) e Nova Zelândia (N = 1).</p> <p>Os artigos foram organizados cronologicamente por data de publicação, abstraídos, indexados e exibidos em matrizes. Foi realizada uma análise qualitativa descritiva, auxiliada</p>	<p>Não cita a Integralidade do Cuidado. Mas aborda o Cuidado centrado no Pré natal, referente aos conceitos na linha da integralidade como, às necessidades das mulheres, é essencial desenvolver uma compreensão clara das experiências do PNC, como as mulheres definem suas próprias necessidades e quais aspectos do PNC atendem às suas necessidades. As mulheres valorizavam informações sobre o parto, avaliações psicossociais e serviços de aconselhamento e a oportunidade de conversar informalmente sobre preocupações. Quando a PNC era abrangente, as mulheres geralmente reagiam mais positivamente aos cuidados. No entanto, às vezes as mulheres acham que precisam de mais informações sobre os serviços disponíveis. As mulheres, cujos cuidados incluíram serviços auxiliares e a coordenação da assistência realizada por enfermeiros, ficaram mais satisfeitas em comparação com as mulheres que receberam serviços comparáveis sem coordenação. Profissionais de saúde leigos que coordenavam serviços também eram vistos como úteis. Algumas</p>	<p>Os estudos incluídos nesta revisão fornecem evidências convincentes de que as mulheres geralmente ficam decepcionadas ou frustradas com a PNC.</p> <p>Recomenda-se mais pesquisas para entender as experiências das mulheres e desenvolver e implementar abordagens baseadas em evidências e centradas nas mulheres. Os médicos devem perguntar sobre as necessidades das mulheres e modificar os cuidados de acordo com isso, além de advogar por mudanças institucionais que reduzam as barreiras aos cuidados. A implementação de modelos de atendimento abrangentes e redesenhados pode ser uma maneira eficaz de abordar simultaneamente uma variedade de necessidades e preferências das mulheres. Se o atendimento pré-natal se tornar mais atraente e mais acessível, a experiência das mulheres e os resultados da gravidez podem melhorar.</p>

	<p>pelo software de pesquisa qualitativa ATLAS.ti. A abordagem foi desenvolvida para analisar sistemática e criticamente diversas fontes, minimizando imprecisões e preconceitos.</p>	<p>mulheres queriam assistência para assumir um papel mais ativo, incluindo receber ajuda na tomada de decisões, ofertas proativas de escolhas e participação de parceiros nas discussões. Os participantes de um estudo relataram que, quando os prestadores de serviços expressavam preocupação com questões psicossociais, seu envolvimento na tomada de decisões aumentava. Para algumas mulheres, controle significava simplesmente ter confiança para fazer perguntas.</p>	
9	<p>A coleta de dados deu-se durante sete meses e utilizaram-se como técnicas a entrevista individual semiestruturada, desenvolvida nos domicílios das gestantes e nos campos de atuação dos profissionais e a observação participante, realizada no acolhimento, nas consultas e práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais. Os dados oriundos das observações e dos discursos das gestantes e dos profissionais foram organizados e após leitura aprofundada do material chegou-se aos temas relevantes, que agrupados pela similaridade de idéias deram origem as categorias provisórias. Essas foram descritas e comparadas, identificando-se as convergências e divergências de significados de cuidado humanizado no pré-natal. Posteriormente, estas categorias foram reagrupadas originando as categorias permanentes. Os dados obtidos a partir dessa abordagem descritiva e reflexiva foram interpretados e analisados com base na literatura e referencial, à luz da hermenêutica-dialética, proposta por Minayo. Para a hermenêutica, a linguagem é o núcleo central da comunicação, sendo terreno comum da intersubjetividade e do entendimento. Neste método, a fala é situada no contexto para melhor ser compreendida e no espaço histórico em que foi proferida, sendo "resultado de um processo social e de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico" (Minayo, 1996: 297).</p>	<p>A integralidade, em nível micro, deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional para traduzir e atender as necessidades de saúde, sendo plena quando há articulação nos serviços de saúde, entre eles e com outras instituições sociais. A integralidade ampliada seria a relação articulada, complexa, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado dado pelo profissional, pela equipe e rede de serviços de saúde.²¹</p> <p>Centrar o cuidado no ser humano é acreditar nas suas potencialidades para fazer escolhas e conduzir os eventos do ciclo do seu desenvolvimento. Nesta perspectiva, a promoção da saúde foi considerada pelos participantes vitais para que as mulheres possam assumir o seu papel na gestação e parto e controle de sua saúde. A promoção da saúde constitui-se em um processo que envolve mudanças nas condições de vida e de trabalho e busca capacitar indivíduos, famílias e comunidades, com vistas à empoderá-los para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, visando melhorá-la e propiciar autonomia. Esse processo exige um trabalho em rede com a sociedade e a implementação de políticas públicas favoráveis a saúde e a vida.¹⁴</p> <p>Acesso e acessibilidade são termos ambíguos, similares ou não, na visão dos autores e profissionais. A acessibilidade, segundo Donabedian, é entendida como grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, permite identificar fatores que obstaculizam o cuidado, nas dimensões organizacionais, geográficas, sociocultural e econômica. O fato de o serviço ser acessível é</p>	<p>Este estudo mostra a complexidade da atenção básica de saúde e ratifica que o termo cuidado humanizado é polissêmico. Reforça que os seres humanos trazem em si, ao mesmo tempo, de modo bipolarizado caracteres antagonistas e complementares: "sapiens" e "demens"; "faber" e "ludens", "prosaicus" e "poeticus;" e que, às vezes, sobressaem os pólos "prosaicus", "demens" e "faber".^{6,8} Assim, pode-se em função disso ignorar as oportunidades, diferenças e os potenciais e enfatizar as desigualdades sociais, de gênero e raciais, a negligência, indiferença, violência, o preconceito, os quais só são superáveis por meio da cooperação, compreensão e solidariedade, aliados à inteligência e perspicácia. É destacada a necessidade de se buscar um novo paradigma na atenção à saúde, pautado na humanização, promoção da saúde, autonomia da população e atitude ética nas relações intersubjetivas, que valorize as diferenças e identidades dos seres humanos, reconheça-os como sujeitos de direitos, mercedores de acolhimento e compreensão;</p> <p>O estudo faz emergir aspectos da realidade que não podem ser menosprezados como exclusão das gestantes dos serviços de saúde, a negação do seu protagonismo no processo de nascimento, a desatenção e desrespeito à alteridade das mulheres, a desarticulação entre os serviços e demais entraves para implementar e concretizar o ideário da humanização no cenário de saúde brasileiro. Também precisam ser consideradas as determinações sociais, econômicas e as relações de poder, que influenciam o agir do ser humano, seus discursos e o processo de saúde doença, para que se possa romper com a organização macro, estrutural dos serviços de saúde que determina no nível micro práticas que atendem à produtividade e se centram no profissional e nos procedimentos e não no usuário e na atenção humanizada.</p> <p>O problema não está em adaptar-se ao imediato ou escapar dos limites da realidade, mas ser realista/utópico no sentido complexo: "compreender a incerteza do real, saber que existe um possível ainda invisível no real" (Morin, 2005: 85).⁷ Assim, a trajetória a ser trilhada, entre erros, diversidades e acertos, depende de um trabalho no espaço existente entre o ideal e o real, podendo ser um projeto ético, solidário e político.</p> <p>As mudanças necessitam de ações embasadas na reflexão das práticas, no diagnóstico da realidade e no conhecimento dos determinantes sociais. As alterações dependem da postura do profissional, da vontade dos gestores, da reestruturação na formação, da articulação de redes de cooperação entre serviços</p>

		condição básica para que qualquer política pública possa responder às necessidades sociais e gerar impacto positivo, no entanto na área obstétrica é ainda locus de vulnerabilidade da assistência.	de saúde e setores sociais e da participação e mobilização social. Além disso, da escolha dos profissionais e da parceria na busca de pontos permeáveis no cotidiano do cuidar para além das divergências e convergências, transformando a realidade existente.
10	Publicações dos últimos 5 anos por cinco grupos organizacionais. São, em ordem cronológica decrescente de publicação, pela Administração de Saúde dos Veteranos dos EUA, Departamento de Assuntos de Veteranos e Assuntos de Saúde, Departamento de Defesa (VA / DoD), 6 Instituto de Melhoria de Sistemas Clínicos (ICSI) 7 ; a Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (AAP / ACOG) 8 ; e a Academia Americana de Médicos de Família (AAFP). 9, 10 Além de criticar as diretrizes, fornecemos uma abrangente Apêndice que inclui o tempo sugerido para muitos tópicos derivados das quatro diretrizes. Os tópicos educacionais ausentes nas diretrizes atuais são adicionados como sugestões para facilitar o fornecimento futuro de PNC abrangente, que inclui as necessidades e desejos das mulheres.	Se aproxima do conceito de cuidado integral. Aborda o cuidado centralizado na mulher, a importância de discutir nas consultas sobre conforto, bem-estar, impacto do cuidado para a família.	A diretrizes baseadas em evidências fornecidas por organizações respeitáveis tem lacunas e o tema pré-natal não é abordado na totalidade. Isso dificulta o alcance de resultados desejados ou mudanças comportamentais nas gestantes.
11	Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica da entrevista individual, gravada, posteriormente transcrita e armazenada em CD ROM. As entrevistas ocorreram nas residências das gestantes. Foram incluídas as gestantes com idade acima dos 18 anos. Excluíram-se as gestantes adolescentes e as indígenas, dado o caráter peculiar da Resolução 196/96 para esses grupos de gestantes. Foram adotados a Teoria das Representações Sociais (RS) como referencial teórico e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para organização e análise dos dados; Organizam-se, em mapas denominados de Instrumentos de Análise do Discurso (IAD), as expressões-chave e as idéias centrais. As expressões-chave exemplificadoras de ideias centrais semelhantes são organizadas de forma lógica e coerente, compondo um discurso único na primeira pessoa do singular: o Discurso do Sujeito Coletivo Questões abordadas: Sente-se acolhida, tem suas necessidades atendidas Gosta do atendimento oferecido pela equipe do PSF.	A comunicação é apontada como elemento da relação terapêutica com a gestante (15). As autoras informam que a qualidade da interação entre os técnicos e as pessoas que são assistidas depende da disponibilidade do profissional em estabelecer relação de ajuda e acolhimento. a comunicação, o acolhimento e o vínculo foram os fatores mais valorizados e desejados por elas no pré-natal.	Contudo, essa relação fica comprometida quando o profissional não está preparado para interagir com a clientela. O despreparo pode ser atribuído ao modo tradicional como é feita a formação dos profissionais de saúde, que valoriza os aspectos físicos em detrimento das características culturais e socioeconômicas. Constata-se nesses discursos que a promoção do acolhimento praticado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Jardim Marabá, Campo Grande/MS Brasil, mostrou-se como um modo de estabelecer vínculo positivo. O acolhimento visa inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, priorizando as necessidades dos usuários.

12	<p>Três tipos de dados foram usados para explorar as mulheres experiência de acesso, entrevistas, questionários demográficos e notas de campo.</p> <p>As entrevistas semiestruturadas foram a principal fonte de dados. Cinco perguntas principais durante as entrevistas;</p> <p>A primeira pergunta: "O que ajuda você a fazer o pré-natal?" foi seguida; isso mudou ao longo do tempo em que você esteve grávida? " A segunda questão importante foi: "Você está ficando o que você quer do pré-natal? " Os participantes foram convidados, "O que você deseja obter com o pré-natal?" A pergunta final: 'Existe mais alguma coisa que você gostaria de me contar sobre sua capacidade de obter atendimento pré-natal? "Projetado para permitir a oportunidade de comentários não estruturados.</p> <p>Utilizou-se um questionário estruturado para obter informações demográficas, informações e determinar se a mulher estava em um grupo de risco para má utilização do pré-natal; esta informação foi usada para aprofundar o entendimento dos pesquisadores sobre os facilitadores do atendimento. O questionário foi desenvolvido pela equipe de pesquisa com base na literatura atual sobre o acesso ao pré-natal e depois editada por enfermeira-parteira com experiência em pesquisa com mulheres em Appalachia. O primário autor ditou notas de campo usando o método descrito por Patton. Após cada entrevista, 34 informações das notas de campo foi adicionado às transcrições finais para contextualizar o discurso verbal das mulheres comem</p>	<p>O estudo não traz uma definição sobre cuidado integral, mas traz elementos que permitem inferir que sobre a qualidade do cuidado impactando no pré-natal, são essas: as características dos profissionais, a atenção para com o usuários, a individualidade de cada contexto e caso, consultas sem pressa contribui para solução de dúvidas, aumento do conhecimento e maior vinculação com o profissional. Assim como manter um local único para a realização do pré-natal, inclusão da família, facilidade em transporte e suporte familiar contribui para qualidade e integralidade do cuidado</p>	<p>A limitação deste estudo esteve atrelada a limitação no tamanho da amostra e na localização restrita das participantes.</p> <p>E sobre o alcance, entende-se que esse estudo fornece subsídios valiosos para formulação de políticas e adequações em clínicas com a finalidade de aumentar o acesso e a qualidade no pré-natal</p>
13	<p>utilizou a base de dados obtida na pesquisa vinculada ao PMAQ-AB</p> <p>2012 para o estado de Goiás, que foi realizada nos serviços de saúde da Atenção Básica de seus 246 municípios.º Ciclo do PMAQ-AB, realizou-se por meio de pesquisa nacional um censo para verificar a estrutura de todas as unidades básicas no território nacional, A pesquisa nacional contou com a participação de serviços da Atenção Básica, equipes e profissionais e usuários dos serviços entre julho e setembro de 2012, por meio da aplicação de três módulos de questionário eletrônico. O estudo foi constituído por 1.216 dos serviços dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam entrevista do módulo I, pelos 677 profissionais que responderam as entrevistas do módulo II e pelas 368 usuárias que estavam nas unidades e responderam a entrevista do módulo III da terceira fase da pesquisa, que compõem a avaliação externa vinculada ao PMAQ. O</p>	<p>Não traz o conceito de Integralidade, mas referência ministério nas discussões:</p> <p>Nesse contexto, as UBS devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, buscando estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços (BRASIL, 2006b).</p> <p>Boa estrutura dos serviços de saúde relacionados a adequadas inter-relações pessoais entre profissionais e gestores do sistema, proporciona melhora no processo de atendimento (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001) e associado à disponibilização de serviços de atenção à mulher, a correção de dificuldades no acesso ao atendimento e o agendamento correto das consultas podem</p>	<p>O presente estudo, obteve-se limitação para avaliação do processo de assistência pré-natal no que tange a quantidade de consultas de pré-natal mensalmente, quinzenalmente e semanalmente por trimestre gestacional, preconizadas pelo PHPN. existe uma fragilidade no elo entre as consultas médicas e de enfermagem bem como atendimento em caráter multidisciplinar e multiprofissional; A atuação do profissional enfermeiro destacasse nesse processo, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, para promoção da saúde e qualidade de vida da gestante (BRASIL, 2000a).</p> <p>Do ponto de vista do cuidado integral, percebe-se que essa lacuna ainda persiste na assistência. Recomenda-se que os enfermeiros avancem na incorporação do sentido de integralidade em sua prática profissional, já que a PHPN e a Rede Cegonha reforçam e respaldam essa ação do enfermeiro. Em relação à conduta clínica dos profissionais, os serviços avaliados por este estudo apresentaram alta cobertura de alguns procedimentos clínico-obstétricos de importância para o pré-natal; do ponto de vista do cuidado integral, percebe-se que essa lacuna ainda persiste na assistência.</p>

	instrumento do PMAQ-AB/2012 é estruturado e foi padronizado e previamente validado por uma equipe do Ministério da Saúde em módulos I, II e III para a avaliação externa das UBS	contribuir substancialmente para melhorar a utilização da assistência e o prognóstico da gravidez (RAATIKANEM; HEISKANEN; HEINONEN, 2007).	
14	-Instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada individual, elaborado a partir dos objetivos estabelecidos, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão. Os cenários da pesquisa foram quatro Unidades de Saúde na Atenção Básica da Prefeitura de Niterói.	<p>1. preocupação com o cuidado integral das gestantes, desprendida de interesses particulares, evidenciando os valores vitais do vínculo, do acolhimento a essa gestante, levando em consideração sua integralidade</p> <p>2. a simpatia dos profissionais que acompanham o pré-natal é essencial para a continuidade desse cuidado, pois a partir do momento que “sentimos com” o outro, as duas partes se conectam e as trocas ocorrem mais facilmente. E, nesse processo, a família dessas mulheres deve estar incluída, entendendo-a como peça fundamental de um cuidado integral</p> <p>3. promover e favorecer uma situação em que a saúde é vista não apenas como “ausência da doença”, e sim a partir de uma visão ampliada que tem a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores da assistência</p> <p>4. Para organizar as ações de saúde na Atenção Básica, norteadas pela integralidade do cuidado e devidamente articulada com outras redes, deve-se utilizar tecnologias de gestão que possibilitem agregar o trabalho das equipes das Unidades Básicas ao dos profissionais pertencentes a outros serviços de saúde, e assim, garantir maior eficácia na resolução de problemas apresentados pela população</p>	<p>Desafio: Os resultados apontam para uma realidade diferente da recomendada pelas Políticas Públicas. Recomenda reconfiguração da rede de atenção ao pré-natal com uma melhora no provimento de condições básicas para adequação deste acompanhamento.</p> <p>Com o panorama atual, percebemos que o que nos assola é um problema multifatorial, e, que mesmo alcançando a meta de 6 consultas mínimas preconizadas pelo MS, a qualidade da assistência está muito além disso, e perpassa pela formação do profissional da saúde chegando até na organização da rede de serviços em saúde.</p> <p>Expectativas distintas entre gestantes e profissionais.</p> <p>Há um ponto de convergência entre as expectativas das gestantes e dos profissionais, na perspectiva de atendê-las, que é a simpatia, onde os dois suprem suas expectativas e estreita a relação de vínculo.</p> <p>Não há sucesso do acompanhamento pré-natal sem que haja uma aproximação das partes envolvidas, sendo este um valor para uma essência vital.</p> <p>A questão da precariedade nos recursos humanos e materiais, apontada pelos participantes do estudo, gerou angústias e um sentimento de impotência nos profissionais, que relataram não dispor de materiais básicos para o cuidado à mulher gestante.</p> <p>Preferência dos profissionais de saúde para o valor orgânico, traduzido em prevenção, o foco no caráter biomédico ainda se encontra enraizado na assistência pré-natal, refletindo a formação dos profissionais neste modelo reproduzido.</p>
15	Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com perguntas iniciais abertas e perguntas de acompanhamento com base nas respostas dos participantes. Com base na preferência do idioma das mulheres, nove entrevistas foram realizadas em espanhol e quatro em inglês.	<p>De modo geral, para atingir o cuidado centrado no paciente, as autoras trazem a teoria que a confiança e a comunicação são as bases importantes para atingir essa forma de cuidado, bem como, resultados e satisfação das gestantes.</p> <p>Para as autoras o cuidado centrado no paciente ocorre quando existe confiança mútua entre paciente e profissional, entendimento cultural e comunicação direta sem as barreiras de linguagem</p>	<p>As limitações do estudo estiveram relacionadas a falta de fala na língua nativa das mulheres por parte dos pesquisadores.</p> <p>As autoras reiteram a necessidade de estudos futuros envolvendo instituições não relacionadas à população hispânica assim como investigar outros cuidados como os advindos da enfermagem</p>

16	Um modelo de Excel foi usado para coletar dados não identificados por meio de uma auditoria de prontuários relacionada ao atendimento pré-natal, idade gestacional, continuidade dos cuidados, encaminhamentos, internações pré-natais e número de exames de ultrassom realizados; O instrumento compreendeu três seções: (A) 'Sobre você e seu bebê', (B) 'Sobre seu pré-natal' e (C) 'Sobre suas reflexões sobre suas experiências de pré-natal'. Buscou-se informações dos participantes usando uma mistura de escalas nominais, escalas Likert, respostas sim / não e respostas abertas, e uma mistura de perguntas de escolha forçada e 'marque tudo o que se aplica'. A validade de face e conteúdo do instrumento final foi testada usando um painel de revisão de especialistas e por meio de entrevistas cognitivas, com uma amostra de 10 mulheres pós-natais. Uma entrevista em grupo focal e entrevistas individuais em profundidade foram realizadas com uma amostra de mulheres que usaram clínicas lideradas por parteiras para explorar os resultados da pesquisa com mais detalhes e fornecer informações sobre suas experiências;	O estudo não traz uma definição sobre cuidado integral, mas traz elementos que permitem inferir que o modelo de atenção prestado por parteiras tende a melhorar a experiência de cuidado vivenciado pela mulher	Por e tratar de um estudo específico em um modelo de atenção à saúde, as pesquisadoras reiteram a limitação da generalização dos resultados. Além disso, embora a assistência prestada por parteiras tenha uma melhor qualidade se comparado com o pré-natal usual hospitalar, ainda, existem desigualdades no acesso a esse cuidado assim como lacunas na educação pré-natal
17	Para o desenvolvimento da pesquisa foram seguidas as etapas preconizadas na literatura, a saber: construção da pergunta norteadora que determinou os; coleta de dados constituída pela definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e construção das categorias; análise crítica dos estudos incluídos para garantir a validade da revisão; discussão dos resultados; e, por último, a apresentação da revisão. Os artigos foram definidos a partir dos descritores saúde da mulher, cuidado pré-natal e pessoal de saúde, como forma de subsidiar a construção do corpus de investigação. Todavia, para a inclusão dos artigos no estudo foram adotados os seguintes critérios: ter sido publicado no período de 2001 a 2012; estar integralmente disponível on-line e; estar escrito no idioma português	Na dimensão da integralidade não basta que os profissionais de saúde tenham domínio e apliquem isoladamente seus conhecimentos específicos. Ao contrário, é preciso somar saberes, numa atuação em equipe, na construção de respostas efetivas e eficazes aos problemas de saúde e na produção de um cuidado integral, que contribua para a melhoria da qualidade de vida das usuárias.	É imprescindível que os profissionais de saúde trabalhem na perspectiva da multidisciplinaridade, na qual o cuidado prestado à gestante aconteça de forma integral e complementar. Nesse caso, valoriza-se os saberes de cada profissional, na perspectiva de construção de um cuidado articulado às diferentes necessidades das usuárias. Esse cuidado deve ser seguido desde a descoberta da gravidez até o período puerperal, fomentado pelos diferentes atores, de modo a gerar uma assistência integral. Essa articulação e parceria tenderão a gerar novos olhares para a dimensão do saber/fazer em saúde e no acompanhamento ao pré-natal
18	A intervenção fez parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família de uma médica cubana vinculada ao Programa Mais Médicos. A intervenção foi desenvolvida no período de março a junho de 2015 e contou com a participação de todos os profissionais da equipe. Foram realizadas ações de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica,	Não foi encontrado uma definição clara integralidade do cuidado. Aproxima-se 1. melhorias na organização para a atenção, com arquivos específicos e atualizados, 2. fortalecimento das ações de promoção à saúde com orientações, palestras 3. desenvolvimento de uma parceria com a equipe	Alcance: melhora gradativa da cobertura da atenção às gestantes e puérperas, o acesso ao serviço, a qualidade dos atendimentos clínicos e adesão às ações ofertadas. As gestantes e puérperas demonstraram satisfação com os atendimentos, ficaram mais sensibilizadas quanto à importância de manter o acompanhamento na unidade, ampliaram seus conhecimentos sobre o pré-natal e puerpério e, além disso, participaram mais ativamente das atividades proporcionadas. O apoio da gestão municipal e do coordenador da unidade desde o início, que se dispuseram a nos receber em reunião para conversar sobre a proposta da intervenção, também pactuamos uma organização para viabilizar os atendimentos em saúde bucal, garantia da realização de exame laboratorial e os medicamentos na farmácia. Outro aspecto importante diz respeito ao empoderamento da equipe, melhorou o

	monitoramento e avaliação e engajamento público.	de saúde bucal com vistas à integralidade da assistência.	vínculo entre a equipe, entre ela e a comunidade e a autoestima do profissional.
19	A fim de se identificar a estrutura disponível no município para a atuação da APS, realizou-se observação sistemática para obter aspectos referentes aos recursos materiais, organizacionais e humanos. Um roteiro de observação foi construído para essa etapa com base no Pcatool. Nessa etapa, foram visitadas 7 unidades básicas. Realizou-se um questionário com os 8 enfermeiros e entrevistas semiestruturadas com usuárias da rede cegonha. A análise foi complementada pelo conhecimento de indicadores de saúde relacionados aos componentes da Rede Cegonha	Abrangência ou integralidade, que reconhece a necessidade de serviços preventivos e curativos, como também o amplo espectro de necessidade do indivíduo, para além dos biológicos.	Averiguar a concretude da integralidade no município acarretou considerações da importância de se organizar a oferta e retornos de exames complementares, por exemplo Papanicolau e testes rápidos, e a presença de profissionais das diversas áreas da saúde que instigam a aplicação da clínica ampliada na assistência às gestantes. Concluiu-se que há necessidade de fortalecimento especialmente nos atributos de coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária para se atingir a qualidade da atenção às gestantes. Ainda assim, o modelo das redes de atenção configura como uma tentativa contínua de retirar as políticas públicas da visão submissa da mulher para envolvê-la no seu cuidado com autonomia e protagonismo.
20	Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)	É preciso maior preparo clínico e científico, buscando a resolutividade de forma ampliada na assistência à gestante, à sua família e à comunidade, compreendendo a situação socioeconômica e cultural às quais ela pertence e possibilitando, com isso, o manejo adequado das diversas situações identificadas. Além de promover a autonomia da mulher, assegura a resolução das queixas apresentadas durante a assistência. A qualidade da atenção necessita estar embasada na escuta ativa e no desempenho satisfatório do profissional, proporcionando o estabelecimento do vínculo entre a gestante e o serviço de saúde.	Esta foi a primeira aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC no Brasil. Tais achados poderão contribuir para a avaliação e planejamento de novas ações e estratégias no âmbito da saúde pública, com o objetivo de contribuir com a melhora da qualidade pré-natal e, conseqüentemente, com a saúde materna.
21	-Estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise; -17 grupos focais (com duração de aproximadamente uma hora, conduzidos por um coordenador e dois relatores, filmados e posteriormente transcritos), em 17 UBS do SUS. Um total de 47 trabalhadores (14 médicos, 19 enfermeiros e 14 cirurgiões-dentistas) foram ouvidos.	Conceito neste artigo perpassou uma discussão da humanização e da medicalização. O processo de medicalização não está restrito apenas ao momento e ao tipo de parto, mas se estende também aos programas de pré-natal em que se verifica, por exemplo, o alto número de uso de exames de imagem pré-natal A ênfase na atenção humanizada à mulher na gestação e no parto poderia ampliar o caráter biopsicossocial do cuidado, interferindo nos desenhos e fronteiras dos territórios profissionais e demandando renegociação de competências das equipes e trabalhadores envolvidos.	Desafio As equipes de saúde da família, praticantes da medicina generalista, relataram dificuldades para realizar o cuidado pré-natal das mulheres gestantes, evocando e fortalecendo o discurso da medicalização obstétrica que sua prática deveria enfraquecer. O discurso oficialmente adotado pela humanização, privilegiado no modelo generalista de atenção às mulheres gestantes, segue funcionando como discurso complementar ao da medicalização e da especialização, que prevalece nas práticas relatadas. A ênfase na atenção humanizada à mulher na gestação interfere nas fronteiras dos territórios profissionais e pressupõe renegociação de competências. Esforços de colaboração empreendidos entre as equipes de saúde da família e

		<p>As equipes de saúde da família referem dificuldades para realizar o</p> <p>cuidado pré-natal de mulheres gestantes que lhe é atribuído. Entretanto, não se trata aqui somente da presença do obstetra; a prevalência de um conjunto de elementos que definam as competências e o</p> <p>agir profissional com as mulheres gestantes seguem fragmentando as práticas de cuidado dos médicos generalistas, centrando-as nos obstetras.</p>	<p>obstetras não apresentam muito sucesso.</p> <p>As orientações para a preparação das mulheres para o parto não encontram condições de serem priorizadas e que práticas colaborativas são ainda muito pouco usadas nas estratégias de cuidado, atestando o que indicam outros estudos sobre a ainda baixa qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil.</p> <p>As práticas observadas neste estudo apresentam-se particularmente afetadas pelas incertezas do trabalho: a alta rotatividade, a precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho (principalmente das enfermeiras que acumulam a função de gestão e atenção nas equipes). A incorporação de princípios e pressupostos da humanização fica prejudicada na gestão das competências profissionais, destacando-se aspectos como as possibilidades de inovações nos processos de trabalho e o trabalho em equipe as possibilidades de acesso a processos de qualificação são escassas, assim como há dificuldades na manutenção dos espaços de reuniões de equipes. A aproximação entre a gestão, a educação permanente e as práticas clínicas é ainda um caminho a ser percorrido, mas no sentido da problematização sobre os processos de medicalização & humanização como constituidores das próprias práticas de atenção.</p>
22	<p>O instrumento de avaliação externa dispunha de três módulos que orientaram a coleta de dados:</p> <p>Módulo I – observação na USF;</p> <p>Módulo II – entrevista com um profissional sobre o processo de</p> <p>trabalho da EqSF e verificação documental;</p> <p>Módulo III – entrevista com usuário na unidade de saúde 13,14. Neste estudo foram utilizadas variáveis contidas nos Módulos I e II</p> <p>A avaliação da qualidade do cuidado diz respeito ao conjunto de atributos do processo de trabalho, levando-se em conta o conhecimento, as tecnologias e as normas sociais vigentes, segundo aspectos técnicos, interpessoais e organizacionais 16</p>	<p>Neste artigo, a avaliação da qualidade do cuidado da atenção pré-natal priorizou a análise organizacional dos serviços do pré-natal, nas subdimensões ações gerenciais para garantir a qualidade do cuidado e cuidados clínicos ofertados (ambas mediante os dados obtidos no Módulo II do instrumento da avaliação externa).</p> <p>O acesso e a qualidade do pré-natal também estão ligados às condições de vida da população de cada macrorregião e/ou estado estudado.</p>	<p>As ações gerenciais para garantir a qualidade do cuidado padecem de fragilidade ainda maior, evidenciando-se baixos percentuais de sucesso no apoio às atividades fim, já que foram encontrados percentuais ainda mais baixos de adequação plena nessa subdimensão.</p> <p>Os resultados aqui analisados revelaram importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas EqSF no país inteiro, além de uma evidente inadequação das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do cuidado pré-natal. As desigualdades regionais, sobretudo no acesso, foram expressivas e ratificam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que objetive diminuí-las e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos à população.</p> <p>Ainda que os investimentos no setor saúde não possam reverter indicadores sociais negativos, a garantia do acesso universal e equânime às gestantes pode contribuir para reduzir desigualdades, sobretudo para aquelas de baixa renda, que mais necessitam dos serviços públicos do pré-natal.</p> <p>A originalidade da abordagem, ao abranger dimensões gerenciais anteriormente não exploradas pela literatura, permitiu apreender lacunas na dinâmica do pré-natal que – em grande medida – podem explicar as limitações na qualidade do cuidado, globalmente apontadas na literatura.</p>
23	<p>-2 tipos de dados foram coletados como parte dessa etnografia, entrevistas individuais relatadas em detalhes em outro lugar (a ser publicado) e dados observacionais coletados por meio de trabalho de campo relatado em 'Rituais e símbolos. Os dados observacionais incluíram conversas informais com parteiras participantes, mulheres e</p>	<p>Neste artigo entendeu-se “integralidade do cuidado” como “cuidado centrado na mulher”. Fizeram parte desta forma do cuidado uma interação entre mulher e parteira que levou em consideração os desejos das mulheres para além dos protocolos e documentos físicos discorridos</p>	<p>Dentre as limitações deste estudo compreende-se que por se tratar de uma pesquisa qualitativa os dados não podem ser generalizados, uma vez que os contextos são diferentes. No entanto, o estudo pode servir de estímulo para novas pesquisas.</p> <p>O alcance do estudo foi demonstrar que as parteiras desse sistema de serviço obstétrico conseguem construir um cuidado para além do físico, envolvendo o</p>

	<p>outras pessoas nas clínicas pré-natais para esclarecer a compreensão dos observadores sobre essas ações observadas. A leitura das políticas e protocolos hospitalares que governavam as ações das parteiras proporcionou contexto e insights sobre comportamentos que formaram muitos rituais e símbolos dos cuidados pré-natais de rotina. No entanto, para auxiliar o foco das observações, uma estrutura orientadora, informada pelo trabalho de pesquisadores anteriores na prática de parteira no ambiente de pré-natal, foi desenvolvido. Este guia focou em áreas consideradas como elementos da prática centrada na mulher, como a comunicação, observando aspectos como quem iniciou as conversas, quem falou mais e onde as conversas foram conduzidas.</p>	<p>durante o pré-natal. A linguagem e a interação entre mulher e parteira foi marcada por expressões que identificam o cuidado centrado na escolha da mulher por meio de termos que incentivam a escolha e as colocam como protagonistas do processo.</p>	<p>cuidado centrado na mulher e no protagonismo das mesmas.</p>
24	<p>A coleta de dados foi realizada de agosto a dezembro de 2016, através de entrevista semiestruturada com 12 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal na atenção primária do município de Florianópolis/SC/Brasil. A coleta e análise dos dados foram realizadas concomitantemente. Na análise de dados utilizou-se a codificação aberta e axial.</p>	<p>A assistência pré-natal não deve se reduzir apenas à realização de consultas e solicitação de exames, precisa considerar também o acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, visando o estabelecimento de vínculos.</p> <p>É função do profissional estar disponível para fornecer orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal a fim de empoderar a mulher/casal para ser protagonista do parto/nascimento.</p>	<p>O estudo pode subsidiar ações que contribuam para o aperfeiçoamento permanente do planejamento da assistência, mas não contempla a atenção à gestante de modo integral.</p>
25	<p>Uso de dados secundário ao banco de dados de avaliação externa do MS. De janeiro a dezembro de 2014, como a estrutura física, processo de trabalho, cuidado durante do PN nas entrevistas, adequação do processo de trabalho, e Índice de Desenvolvimento humano (IDHm) e população rural</p>	<p>Para Starfield (2002), a integralidade é conceituada como um conjunto de recursos que os profissionais dispõem ou acessam para possibilitar atender ao máximo as necessidades apresentadas pelos usuários.</p> <p>Os profissionais precisam desenvolver práticas procurando ofertar e reconhecer “adequadamente problemas funcionais, orgânicos ou sociais”</p>	<p>O maior desafio são os cuidados preconizados no PN, uma distância da prática da INTEGRALIDADE nos serviços de saúde, assim também como a falta de infraestrutura interfere, necessita de investimento para a melhoria da tecnologia leve.</p>
26	<p>Os municípios que se uniram a pelo menos 80% das equipes no 2º ciclo do PMAQ - AB foram incluídos e responderam aos módulos I e II. O modelo teórico-lógico e a matriz de análise e julgamento baseiam-se em pesquisa documental e bibliográfica pertinente ao tema. O modelo avaliativo foi validado na Conferência de Consenso, em duas etapas: distância e encontro presencial. Um grupo de oito especialistas da área de saúde da mulher e / ou avaliação de políticas públicas participou das duas fases. O modelo foi enviado por e-mail e os especialistas foram convidados a concordar ou discordar total e parcialmente dentro de 15 dias. Os pesquisadores consolidaram as respostas e os casos de discordância foram objeto de debate</p>	<p>Aspectos estruturais e operacionais devem ser garantidos para monitoramento contínuo e de qualidade, com atendimento humanizado à gravidez. O pré-natal envolve uma relação calorosa e o acompanhamento sistemático da gestante contribui para a detecção precoce de doenças e risco gestacional, a preparação para o parto e o estabelecimento de um vínculo com a maternidade. No Brasil, houve um aumento na cobertura do pré-natal nos últimos anos, na maioria do país, 6, 7 coincidindo com a institucionalização de ações voltadas à integralidade do cuidado, propostas em diferentes programas nacionais no período de 1984</p>	<p>Neste estudo, foi realizada uma avaliação do pré-natal em CP com dados do PMAQ, utilizando os municípios brasileiros como unidade de análise. Limitações como o uso de dados secundários dificultaram o aprofundamento da análise. Por outro lado, é desejável a exploração de dados coletados com recursos públicos, em pesquisa que adotou um processo metodológico qualificado. No PMAQ, a coleta de dados é feita com agendamento prévio, os entrevistados conhecem o conteúdo das perguntas e também fornecem contribuição financeira aos municípios que atendem às metas estabelecidas. Portanto, seria esperado encontrar resultados um pouco melhores, o que nos permite afirmar que, de fato, os dados aqui apresentados podem representar a realidade brasileira.</p>

	na reunião presencial. Todas as sugestões foram incluídas por consenso.	a 2011. Apesar disso, os desafios persistem com um alto nível de inadequação de ações, comprometendo a saúde materna e infantil.	
--	---	--	--