

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

FERNANDA MENEGATTI FRISANCO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE ASSISTÊNCIA
AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.**

SÃO CARLOS

2020

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

FERNANDA MENEGATTI FRISANCO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE ASSISTÊNCIA
AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para a 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

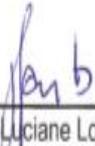
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Fernanda Menegatti Frisanco, realizada em 19/02/2020:



Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar



Profa. Dra. Maristela Carbol
UFSCar



Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos
USP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e amigos fiéis e verdadeiros.

Aos meus pais, José Carlos e Maria Ester, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, a quem devo meu caráter e disciplina ao trabalho. Deram-me a oportunidade de estudar e de valorizar minhas conquistas. À minha filha Maria Júlia, que tive que compreender nossa ausência em alguns eventos sociais e me acompanharam em cada etapa dessa jornada. Ao meu filho José Augusto que esteve no meu ventre durante a finalização desse trabalho e aguentando firme até seu nascimento previsto para 20/03/2020. Ao meu esposo Wladimir, que soube conduzir nossa vida, nos momentos em que estivemos afastados, sempre paciente e generoso em meus momentos de desânimo e falta de estímulo. Dando-me equilíbrio emocional, segurança e muito apoio. Aos meus irmãos maravilhosos, Carlos Renato e Carla, pelo apoio incansável, irmãos são porto seguro independente da distância. A vocês, meus amores, eu dedico esta conquista.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde possibilita o acesso universal aos serviços e à atenção integral à saúde, além de organizar os sistemas de saúde, com impactos positivos na saúde de populações, em especial, as mais vulneráveis. A assistência ao pré-natal tem recebido grande destaque na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de garantir qualidade e humanização na assistência, promovendo o bem-estar materno-infantil e impactos sobre a morbimortalidade materna e perinatal. Neste sentido, a qualidade de um serviço de saúde pode ser medida pelo acesso aos bens de consumo como também pela qualificação dos profissionais de saúde envolvidos com a atenção pré-natal. A proposta deste estudo é a elaboração e validação de um questionário para estudos que avaliam Conhecimento, Atitude e Prática de profissionais de saúde, especificamente destinado a identificar estes aspectos na assistência prestada por eles no pré-natal. **Objetivo Geral:** Elaborar e validar um questionário, baseado na metodologia que avalia conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a assistência pré-natal de baixo risco. **Método:** Trata-se de pesquisa com metodologia baseado no Conhecimento, Atitude e Prática. Foi desenvolvida com profissionais de saúde das unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde em um município do interior paulista. As etapas deste estudo foram: elaboração do questionário tomando como base recomendações das federações de área e manuais técnicos do Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e Pré-natal e puerpério: manual técnico - Manual de consulta rápida para os profissionais de saúde da UNICAMP, revisados por dois *experts* da área médica. Posteriormente, o questionário foi validado por 24 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal, selecionados por aleatorização simples. Os dados coletados com os profissionais foram tabulados em planilhas do programa *Microsoft Excel 2010*, com uma análise quantitativa inferindo o quanto as questões foram adequadamente compreendidas pelos respondentes, a variabilidade com que foram interpretadas pelos mesmos e o quanto o questionário foi capaz de identificar os pontos de interesse da pesquisa, bem como validará a inteligibilidade, a precisão da interpretabilidade e a acurácia das questões. **Resultados:** Os resultados apresentados foram decorrentes das respostas obtidas pelos participantes e estão descritas em forma de tabelas. No tópico Conhecimento foi demonstrado oito condições em relação ao cuidado das gestantes durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde, nas quais os participantes assinalavam verdadeiro ou falso. Neste tópico as respostas corresponderam a mais de 60% de acertos, de acordo com o que a literatura julga correto; ainda neste tópico foram disponibilizados alguns casos clínicos com os seguintes conteúdos: exames laboratoriais de rotina do pré-natal, fatores de risco para algumas condições de saúde, diagnóstico e tratamento de algumas condições comuns na gestação, controle das consultas subsequentes, vacinação e cuidado compartilhado. O tópico Atitudes trouxe a opinião dos participantes em relação às questões sobre o papel dos profissionais em relação ao cuidado das gestantes durante o pré-natal. A maioria dos participantes (82%) demonstraram atitudes positivas frente a este tipo de cuidado. No entanto, o índice de positividade das questões 19 e 24 foi abaixo de 42%. Já no tópico Práticas, as respostas dos participantes em relação ao cuidado das gestantes durante o pré-natal destacou que 100% dos participantes apresentaram práticas positivas sobre o cuidado pré-natal. Quanto à avaliação crítica dos profissionais em relação ao questionário, destacam-se algumas sugestões de temas como planejamento familiar, tipagem sanguínea e infecção sexualmente transmissíveis na gestação, que foram acrescentados no instrumento final. A discussão foi dividida em dois itens: um primeiro que apresentou a caracterização dos

participantes e o segundo com as respostas e avaliação dos participantes sobre questionário, o que resultou na validação do instrumento. **Considerações:** Concluiu-se que a construção do questionário e a análise do conhecimento decorrente dele permitiram validar o grau em que as perguntas foram adequadamente compreendidas ou mal compreendidas, o grau em que os indivíduos dentro de um grupo interpretam as perguntas de maneira diferente, a eficácia das perguntas em solicitar informação adequada e quaisquer áreas de informação que foram invalidadas pelo público do questionário proposto. Sua validação, seguindo as etapas permitiu concluir uma versão que está pronta para avaliações futuras do conhecimento, atitude e prática dos profissionais no atendimento à gestante, bem como mostra pistas da necessidade de qualificação dos profissionais que realizam a assistência ao pré-natal de baixo risco na Atenção Primária à Saúde deste município.

Descritores: Conhecimento. Atitude. Prática. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care provides universal access to services and comprehensive health care, in addition to organizing health systems, with positive impacts on the health of populations, especially the most vulnerable ones. Prenatal care has received great prominence in Primary Health Care, in order to guarantee care quality and humanization, promoting maternal and child well-being and impacts on maternal and perinatal morbidity and mortality. In this sense, the quality of a health service can be measured by the access to consumer goods as well as by the qualification of health professionals involved with prenatal care. The purpose of this study is the elaboration and validation of a questionnaire for studies of the Knowledge, Attitude and Practice of health professionals, specifically aimed at identifying these aspects in the assistance they provided in prenatal care. **Objective:** To develop and validate a questionnaire, using the methodology based, assessing the knowledge, attitudes and practices of Primary Health Care doctors and nurses about low-risk prenatal care. **Methods:** It is research with methodology based on Knowledge, Attitudes and Practices. It was developed with health professionals from the health units of Primary Health Care in a city in the interior of São Paulo. The steps of this study were: elaboration of the questionnaire based on recommendations from the area federations and technical manuals from the Ministry of Health, Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations and in the quick consultation manual for UNICAMP health professionals, reviewed by two experts in the medical field. Subsequently, the questionnaire was validated by 24 health professionals, doctors and nurses who work in prenatal care, selected by simple randomization. The data collected with the professionals were tabulated in Microsoft Excel 2010 spreadsheets, with a quantitative analysis inferring how much the questions were properly understood by the respondents, the variability with which they were interpreted by them and how much the questionnaire was able to identify the points of interest to the research, as well as validating the intelligibility, the precision of the interpretability and the accuracy of the questions. **Results:** The results were presented through the responses obtained by the participants and are described in a table. In the topic Knowledge, eight conditions were demonstrated in relation to the care of pregnant women during prenatal care in Primary

Health Care in which the participants marked RIGHT or WRONG, the answers corresponded to more than 60% of correct answers, according to what the literature judges it correct; Also in this topic, some clinical cases were made available with the following contents: routine laboratory tests of prenatal care, risk factors for some health conditions, diagnosis and treatment of some common conditions during pregnancy, control of subsequent consultations, vaccination and shared care . In the topic of attitudes, it brought the opinion of the participants in relation to questions about the role of professionals in relation to the care of pregnant women during prenatal care. Most participants (82%) demonstrated positive attitudes towards this type of care. However, the positivity index for questions 19 and 24 was below 42%. In the topic of practices, the answers about the practices of the participants in relation to the care of pregnant women during prenatal care, highlighted that 100% of the participants presented positive practices about prenatal care. As for the critical assessment of the professionals in relation to the questionnaire, some suggestions for topics to be added to the instrument are highlighted, such as family planning, blood type and sexually transmitted infection during pregnancy. After the presentation of these results, the discussion took place, which was divided into two items: one that presents the characterization of the participants and the second with the responses and evaluation of the participants on the questionnaire, which resulted in the validation of the instrument. **Considerations:** It was concluded that the construction of the questionnaire and the analysis of the knowledge resulting from it allowed to validate the degree to which the questions were properly understood or misunderstood, the degree to which individuals within a group interpret the questions differently, the effectiveness of the questions in requesting adequate information and any areas of information that were invalidated by the public of the proposed questionnaire. Its validation, following the steps proposed by the knowledge, attitudes and practices, allowed the conclusion of a version that is ready for future assessments of the knowledge, attitude and practice of professionals in the care of pregnant women, as well as showing clues as to the need for qualification of the professionals who provide assistance to low risk prenatal care in the Primary Health Care of this municipality.

Keywords: Knowledge. Attitude. Practice. Primary Health Care. Prenatal Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Administração Regionais de Saúde | 35 |
|--|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Diretrizes para a construção do questionário CAP..... | 32 |
| Quadro 2 - Resultado da amostragem aleatória simples de médicos e enfermeiros da USF E UBS que realizam pré-natal de baixo risco, São Carlos – SP, 2019..... | 37 |
| Quadro 3 – Parte I – Características demográficas, formação e experiência profissional e vínculo profissional. São Carlos – SP, 2019..... | 39 |
| Quadro 4 - Parte II – Conhecimentos. Assinale com “X” as condições abaixo que julgar verdadeiras em relação ao cuidado de gestantes. São Carlos – SP, 2019..... | 41 |
| Quadro 1 - Parte III – Atitudes. Assinale com “X” uma única opção sobre sua opinião em relação às questões abaixo. São Carlos – SP, 2019..... | 42 |
| Quadro 6 - Parte IV – Práticas. Considerando as práticas como as ações que você realiza na assistência pré-natal, assinale com “X” uma única opção. São Carlos – SP, 2019..... | 43 |
| Quadro 7 – Parte V – Casos clínicos. Assinalar V (verdadeiro) ou F (falso), nas alternativas conforme julgar verdadeira ou falsa em relação ao cuidado de gestantes. São Carlos – SP, 2019..... | 44 |
| Quadro 8: Condutas na primeira consulta de pré-natal na APS..... | 62 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa em relação à identificação, formação profissional, formação complementar, vínculo empregatício e experiência profissional. São Carlos – SP, 2019..... | 48 |
| Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de respostas de cada opção do tópico “conhecimento”. Fatores de risco para DM, HAS, ITU, exames de rotina e vacinação no pré-natal de baixo risco. São Carlos–SP, 2019..... | 52 |
| Tabela 3 - Avaliação dos participantes sobre tópico “conhecimento” do questionário CAP. São Carlos – SP, 2019..... | 53 |
| Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de acertos e erros por questão referentes aos casos clínicos em relação aos cuidados durante o pré-natal na APS. São Carlos-SP, 2019..... | 55 |
| Tabela 5 – Avaliação dos participantes sobre casos clínicos do questionário CAP. São Carlos – SP, 2019..... | 56 |
| Tabela 6 – Frequência absoluta de respostas de cada opção do tópico “atitudes”. São Carlos-SP, 2019..... | 63 |
| Tabela 7 – Avaliação dos participantes sobre o tópico “atitude” do questionário CAP. São Carlos-SP, 2019..... | 64 |
| Tabela 8 – Frequência absoluta de respostas de cada opção do tópico “práticas”. São Carlos-SP, 2019..... | 66 |
| Tabela 9 – Avaliação dos participantes do tópico “práticas” do questionário CAP. São Carlos-SP, 2019..... | 67 |
| Tabela 10 – Avaliação dos participantes com sugestões de temas a serem incorporados no questionário CAP. São Carlos-SP, 2019..... | 69 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS Atenção Primária à Saúde
ARES Administração Regional de Saúde
CAP Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CEME Centro Médico de Especialidades
CMV Citomelagovírus
DM Diabetes Mellitus
ESF Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FUNCAMP Fundação de Desenvolvimento Campinas
ITU Infecções do Trato Urinário
MS Ministério da Saúde
ODM Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS Organização Mundial de Saúde
PAISC Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PC Centering Pregnancy
PHPN Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNDU Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS Pronto Socorro
PSF Programa de Saúde da Família
RN Recém-nascido
SAS Statistical Analysis System
SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS Sistema Único de Saúde
TCC Trabalho de Conclusão de Curso
TOTG Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS Unidade Básica de Saúde
USF Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO PESSOAL/ TRAJETÓRIA PROFISSIONAL | 14 |
| 1 INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 2.1 Cuidado pré-natal centrado na gestante | 22 |
| 2.2 Qualidade de atenção no pré-natal: cuidado compartilhado e integralidade do cuidado | 25 |
| 3 JUSTIFICATIVA..... | 28 |
| 4 OBJETIVO | 29 |
| 4.1 Objetivo Geral | 29 |
| 5 MÉTODO..... | 30 |
| 5.1 Tipo de estudo..... | 30 |
| 5.2 Etapas da construção do questionário cap | 30 |
| 5.3 Local de estudo | 34 |
| 5.4 População alvo | 35 |
| 5.4.1 Critérios de elegibilidade..... | 36 |
| 5.5 Questionário – CAP | 37 |
| 5.6 Aspectos éticos | 45 |
| 5.7 Análise dos dados | 45 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 47 |
| 6.1 Caracterização dos participantes..... | 47 |
| 6.2 Respostas dos participantes quanto aos tópicos conhecimentos, atitudes e práticas do questionário e avaliação crítica dos mesmos em relação à elaboração do questionário CAP. | 50 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 71 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 74 |
| ANEXOS E APÊNDICES..... | 82 |
| ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP (PDF) | 82 |
| ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 83 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXO 3 – Carta de autorização da Secretária Municipal de Saúde (PDF) | 86 |
| APÊNDICE A – Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco. | 87 |
| APÊNDICE B – Questionário validado sobre conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco. | 95 |

APRESENTAÇÃO PESSOAL/ TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

“Façamos da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro!”

(Fernando Sabino).

Num momento aqui pensando, me pergunto: como tudo isso começou? Quantos e quais foram os caminhos percorridos até aqui? Como e de onde surgiu a inquietude e o envolvimento com a saúde da mulher e com a pesquisa? Bom para poder responder todas essas indagações precisarei voltar no tempo há exatos 11 anos.

Em 2007, no último ano da graduação, já havia passado pelo estágio da disciplina de Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, e estava quase concluindo meu Trabalho de Conclusão de Curso tão esperado para a finalização desse curso que daqui para frente seguiria sozinha, sem meus professores e colegas que convivi por quatro anos na graduação. Talvez poderia encontrar alguns na estrada da vida e outros nunca mais viria. Quando decidi o tema do meu TCC, já pensava antes que queria falar sobre parto, pois minha vivência no campo de estágio de obstetrícia foi muito feliz. Mas não sabia se queria seguir nessa área, tive grande apego pela urgência e emergência e unidade de terapia intensiva. Mesmo assim optei, para meu percurso pessoal, pelo Parto Humanizado que era uma tendência nova em nossa região e com práticas naturais que não iria agredir a mãe nem seu bebê, visto os números de cesáreas que presenciava no campo de estágio.

Em 2008, decidi realizar uma pós em Docência porque sempre gostei da área educacional visto que como enfermeira seria multiplicadora de conhecimento. Logo em seguida, passei no concurso público da cidade de Casa Branca – SP e a primeira vaga seria para o Pronto Socorro (PS). Me vi em apuros, afinal recém-formada sem experiência profissional alguma a não ser o que vivi na graduação. Nesse dia pensei em desistir, mas minha mãe não deixou e disse que era a oportunidade que teria para que novas portas se abrissem. Criei coragem e força e apenas com 22 anos fui ser enfermeira responsável de uma equipe do PS. Durante algum tempo trabalhei ali e fui aprendendo com a vivência, e toda equipe; assim, meu rumo seguiu para área de urgência e paciente crítico.

Um dia, trabalhando no plantão do PS, chegou uma gestante de 40 semanas, com dores. Quando a coloquei na maca para examiná-la, o bebê já estava coroando. Foi quando pedi ajuda ao plantonista, minhas pernas amoleceram; era meu primeiro parto; não sabia como agir e nem orientar aquela futura mãe. Nesse dia chorei muito e até me senti mal pela assistência prestada. Mas, nasceu uma linda menina de parto normal sem muitas técnicas invasivas.

No mesmo ano fui trabalhar em São Carlos no hospital da Unimed e vivi o lado assistencial da clínica médica, cirúrgica e pediátrica. Tive inúmeras experiências e aprendizados. Mas ainda longe da assistência à saúde da mulher. Conheci um pouco da pediatria e também obtive experiências que nunca mais me esqueço. Trabalhei os dois vínculos PS e Unimed por 05 anos, viajava 100 km a cada 36 horas, trabalhava plantões noturnos, finais de semana, feriados e muitas trocas de plantão para poder ver minha família que morava em outra cidade. O tempo passou e em 2013 recebi o convite para prestar uma prova no curso técnico de enfermagem.

Em 2013 comecei a lecionar no curso técnico de enfermagem. Sai do hospital da Unimed e permaneci nos dois vínculos públicos, porém fui transferida para a Vigilância Epidemiológica e Sala de Imunobiológicos. Uma nova fase começava aqui, novas experiências. Comecei a aprender o outro lado da enfermagem, e nesse mesmo ano decidi me casar com meu namorado, WLADMIR, depois de um namoro de sete anos, visto que estávamos em dois vínculos na mesma cidade. Nesse mesmo ano conheci uma pessoa maravilhosa na ETEC e nos tornamos grandes amigas “MELINA”; coordenadora do curso em que eu lecionava.

Realizei nesse ano mais duas especializações, voltada à licenciatura e à saúde do trabalhador. Pelo fato de estar atuando na vigilância do município, algumas bolsas foram sorteadas e eu fui uma das candidatas a cursar nesse município. Então, outros caminhos foram se abrindo. Na vigilância fui muito feliz, além de toda função administrativa atuei muito em parceria com a educação e com as empresas promovendo orientação e conscientização das pessoas sobre a saúde. Comecei me apaixonar pela educação em saúde, ensinando alunos do técnico de enfermagem e pessoas leigas.

Em 2014 resolvi engravidar. Fazia um ano que estava casada e sempre sonhei ser mãe. Tive uma gestação tranquila, porém trabalhando muito, um pré-natal sem intercorrência. Em 15 de julho de 2015, com 11 dias de antecedência da data provável do nascimento e com 38 semanas e 3 dias, MARIA JÚLIA resolveu dar indícios de que ia chegar. Às 04h da manhã comecei com as primeiras contrações, procurei minha

médica às 09h pela manhã seguinte e já estava com 04 dedos de dilatação. Ela queria que fosse para a Maternidade, porém nesse mesmo dia tinha marcado manicure, disse que iria na manicure e logo em seguida seguiria a maternidade.... muitos risos aqui. Meu marido foi junto comigo e ficou o tempo todo ao meu lado, eu tinha segurança, porém medo do que podia acontecer, muito medo da episiotomia. Bom terminando meu “pé”, perguntei para a médica se podia almoçar porque estava com muita fome, ela disse que sim e que logo desceria ao Hospital. Fui para casa almocei e às 12h começou uma dor atrás da outra e de forte intensidade. Foi quando disse para meu marido: “Vamos, está na hora”! Não sei de onde apareceu tanta determinação, coragem e resistência com as contrações. Chegando à maternidade fui recebida por uma técnica de enfermagem de 20 anos de casa, que me ajudou muito. Na minha cidade não tem parto humanizado, é tudo medicalizado e com técnicas desnecessárias, como na maioria dos hospitais, mas ela foi ótima. Eu disse que não queria ocitocina, então apenas puncionou minha veia. Quando foi 13h35 Maria Júlia (2.925Kg/45cm) chegou à cama com meu marido e com a técnica de enfermagem, após fazer força de cócoras e no chuveiro, sem episiotomia, ufa!!! Afinal a médica chegou depois, e por sinal tomou um susto, Maria Júlia já estava no meu colo e eu tinha conseguido.

Em 2016, após toda a emoção de ser mãe, eu e minha amiga Melina decidimos voltar aos estudos e dessa vez fazer mestrado. Fomos apresentadas ao grupo de estudos da docente Márcia Fabbro, e aqui comecei a me interessar novamente pela saúde da mulher. Realizamos juntas algumas disciplinas, nos apaixonamos pela forma que a professora Márcia conduzia os grupos e começamos a levar isso ao nosso curso técnico de enfermagem.

Em 2018 conseguimos juntas passar na seleção após concluir algumas disciplinas como aluno especial, e hoje a felicidade aumenta ainda mais ao final da coleta, que durou um ano e meio e deu origem a muitos “estudos”. A satisfação se faz presente! Como tudo acontece no momento certo, hoje continuo como docente, uso de minhas pequenas experiências profissionais na área da saúde da mulher e mais ainda a grande experiência pessoal que vivi durante o parto e puerpério. Tudo que me alienava com aquela experiência traumática do primeiro parto no PS, me dá mais força para seguir e ver que tudo acontece no tempo certo com pessoas certas.

Hoje quase estou concluindo meu mestrado e grávida de novo, com a sensação de dever cumprido, que venham mais desafios, que venham mais “filhos – acadêmicos”,

que a defesa chegue primeiro do que JOSÉ AUGUSTO em 2020. Que ele venha na sua hora e num ambiente de respeito e carinho.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) veio com o intuito de organizar os Sistemas de Saúde, possibilitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade e a integralidade. O número de estudos aumentou a partir da década de 1990 e evidencia o impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde (CASTRO et al., 2012).

No Brasil, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a expansão da APS e, portanto, para a reorientação do SUS foi o Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994. O financiamento para expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem crescendo, assim como o número de equipes implantadas (CASTRO et al., 2012).

O avanço da cobertura da ESF no Brasil tem impactado no número de internações por condições sensíveis, no acompanhamento das condições crônicas e no diagnóstico e acesso aos medicamentos. Uma atenção primária com alta cobertura, boa estrutura física, profissionais bem formados e processos de trabalhos organizados tem melhores resultados e pode resolver problemas dos pacientes evitando internações desnecessárias (SORANZ, 2017).

Por outro lado, este 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 de agente comunitário de saúde, ao mesmo tempo cria obstáculos a qualquer trabalho em equipe ao definir carga horária dos profissionais menores durante a semana, impossibilitando a efetivação dos atributos de uma APS longitudinal e colocando em risco a atenção integral em saúde (CASTRO et al 2012; PINTO & GIOVANELLA, 2018).

O pré-natal tem recebido grande destaque das políticas públicas de saúde e tem como meta a qualidade e a humanização em saúde. O foco é promover o bem-estar materno e neonatal, por meio de acompanhamento do período gravídico-puerperal, com o objetivo de detecção precoce e tratamento de patologias, bem como promoção de uma assistência integral e humanizada (PRUDÊNCIO, 2012).

Neste sentido, a saúde materno-infantil vem passando por mudanças desde a Reforma Sanitária, com principal foco na redução da mortalidade materno-infantil. Muitos foram os programas implantados voltados a essa questão. Em 1970, o Programa

Nacional de Saúde Materno Infantil foi o primeiro a surgir com essa finalidade, porém veio limitado a questões da diversidade regional e não se desenvolveu (BISCESKI et al., 2012; CASSIANO et al., 2014).

O Ministério da Saúde (MS), em 1980, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o intuito de promover outras ações como: aleitamento materno, prevenção de doenças, promoção da saúde do binômio e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Como a saúde da criança estava totalmente vinculada à saúde materna, em 1984, impulsionado pelos movimentos sociais de mulheres que lutavam pelo direito à assistência plena, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (ARAÚJO et al., 2016; CASSIANO et al., 2014).

Em meados de 2000, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de atender a população garantindo acesso universal ao pré-natal, parto, puerpério e período neonatal, visando ainda impactos sobre a morbimortalidade materna e perinatal. O PHPN estabeleceu parâmetros quantitativos e mínimos que deveriam ser abordados nas consultas de pré-natal e puerpério, com a utilização de um software conhecido como SisPrenatal que deveria ser alimentado após cada consulta da gestante, contendo as informações que foram criadas a partir de indicadores necessários para uma assistência de qualidade (ANDREUCCI et al., 2011).

A necessidade de ações voltadas para a redução da mortalidade materno-infantil e para a garantia de uma rede assistencial integral e qualificada impulsionou a criação pelo MS, em 2004, do Manual dos Comitês de Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal oferecendo subsídios para a investigação desses óbitos (BRASIL, 2009).

Os programas voltados à saúde materna mostraram um impacto significativo nos índices de mortalidade materna. Entre 1990 e 2015, a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde (PNDU, 2019).

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2015, mostraram, no Brasil, um registro de 1.738 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias

depois. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior (DATASUS, 2012). O Brasil não alcançou as metas do Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2000, não atingindo a redução em 45% da taxa de mortalidade materna e melhoria no atendimento às gestantes. Porém, em 2015, assumiu novamente compromissos neste sentido com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (PNUD, 2019).

Este dado é preocupante porque, na sua maioria, as mortes maternas são evitáveis. Mais de 80% delas são causadas por hemorragias, sepsis, abortos em condições de risco, obstrução do parto e doenças hipertensivas na gravidez, além do Brasil ser um país com altas taxas de cesarianas, expondo as mulheres a riscos acidentais, reações à anestesia, infecções e morte (SOUZA, 2015).

Neste sentido, o Brasil precisa atuar de forma mais ativa, priorizando as políticas públicas que possibilitem atingir as metas estabelecidas pelo engajamento dos diferentes atores públicos, privados e da sociedade civil. Para tanto, se faz necessário fortalecer a qualidade da atenção obstétrica e combater abusos de diferentes tipos contra a mulher e, em especial, durante a assistência à gestante, visto que estas metas são essenciais, não apenas para produzir desfechos maternos e perinatais positivos, como também para assegurar que as instituições de saúde sigam sendo uma opção segura e atraente para as gestantes e suas famílias no Brasil e no mundo (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde tem implementado políticas para fortalecer a humanização do atendimento às gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como instituindo medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da APS como naquele de urgência e emergência. Para a redução da morte materna, o fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno são importantes estratégias em curso, como citado anteriormente (BRASIL, 2012).

Ademais, o acompanhamento do pré-natal pela APS com uma assistência de qualidade, comprovadamente reduz os fatores de risco gestacional, impacta sobre os índices de cesárea, assim como diminui as taxas de mortalidade materno-infantil (DEUS et al., 2016).

Nos últimos anos tem-se verificado uma ampliação do acesso à assistência pré-natal, considerada fator essencial na proteção e prevenção de desfechos desfavoráveis

na atenção obstétrica, alcançando números praticamente totais de gestantes em todo o país. Contudo, a qualidade dessa assistência continua sendo relacionada à níveis de inadequação, carecendo melhorar de forma qualitativa e assistencial (VIELLAS et al., 2014; NUNES; GOMES; RODRIGUES; MASCARENHAS, 2016).

Vários fatores podem interferir na qualidade da assistência ao pré-natal. Um deles é o descomprometimento e desmotivação dos profissionais de saúde que realizam esse atendimento. Muitos têm uma visão biologista da gravidez, os modelos de atenção fragmentam as ações em saúde, as gestantes e as famílias ainda estão imersas em desinformações e mitos, de forma que o número de consultas que é proporcionado a uma gestante não lhe dá a garantia de um pré-natal de qualidade (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; SANTIAGO et al., 2017). Portanto, percebe-se que há uma carência na assistência e na criação do vínculo com o pré-natal e parto. As taxas de mortalidade materno-perinatal estão crescentes em certas regiões do país, a assistência à saúde vem se desqualificando do ponto de vista da humanização, além de haver divergências entre os avanços tecnológicos e os programas elaborados com a qualidade da assistência prestada em diversas regiões do Brasil (BRASIL, 2013).

A falta de vínculo e acolhimento, as necessidades e demandas de gestantes não atendidas e profissionais desqualificados para tal são alguns dos desafios na discussão da qualidade do pré-natal. Nogueira et al, (2010) aponta que entidades governamentais e não governamentais tomaram a iniciativa de promover a capacitação de profissionais para uma assistência ao pré-natal de forma humanizada e qualificada, que sejam capazes de tomar as condutas obstétricas de forma competente, de acordo com seus conhecimentos, atitudes e práticas. Serruya et al. (2004) ainda colocam que, no Brasil, estamos longe de uma assistência com qualidade no que diz respeito a atenção à mulher na gestação e no parto, visto que vivemos um modelo de assistência à saúde centralizado no médico, medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

Nesse contexto, a atenção qualificada no pré-natal é um elemento essencial para tornar as gestações e partos mais seguros, além de contribuir de forma expressiva na redução da mortalidade materna. Considerando que o profissional de saúde deve possuir competências essenciais para a prática obstétrica que são baseadas em seu conhecimento, atitudes e práticas, a elaboração e validação de um questionário com a Metodologia CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas), proposta deste estudo, expressa consciência social por ter a intenção de interferir diretamente na qualidade da

assistência prestada às mulheres em sua fase de vida mais especial e, que merece toda a atenção da saúde pública: a maternidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CUIDADO PRÉ-NATAL CENTRADO NA GESTANTE

Múltiplos fatores podem influenciar na gravidez e puerpério, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde no pré-natal e puerpério. A gestante necessita de atendimento que lhe transmita segurança sem transtornos e que permita benefícios a sua saúde e a do bebê (ANDRADE et al., 2015; CAMILLO et al., 2016).

A APS é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades das gestantes. É a porta de entrada preferencial dessas mulheres no sistema de saúde, garantindo um acompanhamento longitudinal e continuado durante toda a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2012). Neste sentido, os serviços de saúde precisam garantir o acesso dentro da rede assistencial do município, nos vários níveis de atenção, fomentar as unidades básicas e as unidades de saúde da família, incorporando proposições da clínica ampliada, que ultrapassa os limites do atendimento tradicional, com vistas ao alcance da integralidade e longitudinalidade do cuidado (KALICHMAN & AYRES, 2016).

Quatro atributos essenciais estão incorporados na APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e a coordenação. A longitudinalidade se destaca entre esses atributos principalmente na ESF, por manter um acompanhamento do cuidado ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Um estudo aponta a positividade quanto ao atributo da longitudinalidade, demonstrando que os usuários se sentem acolhidos nas unidades de saúde e o serviço passa a ser referência habitual para as suas necessidades de saúde, criando uma relação de responsabilidade, vínculo e confiança nas equipes de saúde, assim como uma maior possibilidade de diagnósticos precisos e tratamentos adequados, garantindo a resolutividade dos problemas encontrados em determinada população (FRANK, et al., 2015).

Por sua vez, Ayres, et al. (2012), destaca a reduzida interação entre profissionais de saúde e usuários nos espaços formais, centralizando toda a assistência em questões gerenciais ou técnicas, condicionando a participação do sujeito e reduzindo as

possibilidades de alcances da integralidade do cuidado. A importância da valorização do sujeito no processo de trabalho em saúde é fundamental nos encontros entre profissionais e usuários, na busca do reconhecimento das práticas assistenciais e do diálogo como mediador de aprendizado pela equipe e usuário.

Os protocolos e manuais técnicos relativos à assistência pré-natal se restringem a determinadas perguntas que, quando usadas de forma mecânica, acabam por limitar o diálogo entre profissional de saúde e usuário. Souto & Pereira (2011) sugerem que as perguntas durante uma anamnese tradicional sejam ampliadas por meio de uma história clínica centrada no sujeito, criando um vínculo, um encontro, de forma a identificar as necessidades de saúde e realizar, de forma compartilhada um plano de cuidados, contextualizados à existência, hierarquizando os problemas que afetam a qualidade e a segurança da vida da pessoa, definindo junto a ela as prioridades do cuidado específico para cada um.

Neste sentido, países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Austrália estão implementando o PC - *Centering Pregnancy*, que seria o cuidado da gravidez centrado na capacitação das mulheres e construção de redes de apoio, desenvolvido pela enfermeira-parteira Sharon Schindler Rising, que enfatiza a principal diferença entre o pré-natal habitual para uma intervenção social. A PC inclui três componentes usuais do pré-natal: avaliação clínica, educação em saúde e apoio profissional, porém esse último de uma maneira igualitária e não especializada. Dessa forma as mulheres são as principais responsáveis pela sua gravidez (MCNEIL & REIGER, 2015).

Estudos internacionais mostram a importância do cuidado centrado na mulher principalmente em mulheres com gravidez de baixo risco. Um serviço pré-natal na Irlanda liderado por parteiras vem aumentando consideravelmente desde 1999, proporcionando às mulheres uma escolha sobre o modelo de pré-natal de atendimento que elas podem escolher e ter a sua disposição (BUTLER, et al., 2015).

Um outro modelo assistencial com foco no cuidado centralizado na gestante que a literatura internacional evidencia são os atendimentos em grupo durante o pré-natal chamado pré-natal coletivo. Esse modelo busca envolver ativamente as gestantes em períodos gestacionais semelhantes e através da interação em grupo facilitar o cuidado durante o pré-natal, parto e puerpério. Nas sessões em grupos ocorre interação entre pares em torno de tópicos importantes de avaliação individual com procedimentos usuais, como verificação dos sinais vitais, peso dentre outros. Um dos pontos

destacados nesse trabalho em grupo, com foco centralizado na gestante foi uma melhora nas taxas de baixo peso ao nascer e nas taxas de amamentação (BARGER, et al., 2015).

No Brasil ainda temos muito a fazer para uma melhoria da qualidade e do alcance social proposto pelo modelo centrado na gestante. As atribuições dos profissionais das equipes de APS, que são regulamentadas segundo a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 evidenciam a necessidade de a APS ser porta de entrada e de acompanhamento com foco nas necessidades da área adscrita.

Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de avaliação em outros pontos de atenção do sistema de saúde; realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local (BRASIL, 2012, p. 13).

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir:

Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante; classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica (BRASIL, 2012, p. 41).

Conforme o princípio da universalidade do SUS, sugere-se que toda gestante se vincule a uma unidade de saúde, por meio de esforços de toda a equipe de saúde em fazer contatos telefônicos, busca ativa e visitas domiciliares, garantindo melhor adesão ao pré-natal na área onde reside. A facilidade de acesso a UBS ou USF deve ser priorizada para que a gestante não se desvincule da equipe de saúde ou que fique sem atendimento. Toda gestante deve ter a oportunidade de tomar decisões sobre seu pré-natal e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde. Aceitar ou rejeitar procedimentos propostos são direitos garantidos. Portanto, respeito e dignidade por parte da equipe de saúde é muito importante para não quebrar o vínculo e garantir a humanização da assistência, além do cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2013b).

Toda e qualquer gestante precisa ser vista de forma individualizada e o atendimento deve ser pautado em uma linha de cuidado garantida pela normatização da rede assistencial, desde a escuta qualificada na APS, até atributos de vulnerabilidades, de acordo com seu contexto social, seguidos por cuidados ambulatoriais se necessário,

exames complementares, até o encaminhamento à maternidade de referência (JORGE et al., 2017).

A APS tem o papel de coordenação do cuidado. Mesmo quando a gestante é encaminhada para outros pontos da rede, a sua unidade de origem mantém a responsabilidade por essa usuária. Uma coordenação do cuidado efetiva se sustenta em três pontos de coordenação: a informação que precisa estar disponível em todos os pontos de atenção e para todos os profissionais envolvidos, a coordenação clínica que permite o cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção e a coordenação administrativa que organiza os fluxos e processos organizacionais dentro da rede, integrando os distintos níveis do sistema de saúde (BOUSQUAT et al., 2016).

2.2 QUALIDADE DE ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL: CUIDADO COMPARTILHADO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde no Brasil torna-se valiosa quando consideramos a situação precária de muitos serviços de saúde como: recursos insuficientes e utilizados de maneira inadequada, escassa aplicação de planejamento estratégico, inexistência de sistema de informações confiáveis, ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados, carência de indicadores de desempenho, além da inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes (DEUS, 2016).

A qualidade nos serviços de saúde, passou por uma evolução no decorrer dos tempos; o oferecimento de um bom atendimento interno e externo atendendo as expectativas dos indivíduos. Com as mudanças no padrão de comportamento da sociedade, diferentes métodos de compreender a qualidade deram lugar a diversas abordagens teóricas e ainda continua numa procedente evolução (COSTA, et al. 2015).

Outra abordagem teórica sobre qualidade considera-se em uma perspectiva mais ampla, englobando sete atributos ou dimensões denominadas como “sete pilares”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (BRASIL, 2014).

A qualidade nem sempre se mede pela quantidade. Na atenção à saúde pode ser concebida para um enfoque multidimensional que implica no envolvimento de diferentes atores (usuários, equipe de saúde e gestores). A avaliação dos serviços de

saúde pode ser considerada uma ferramenta para a organização, lançando mão de todos os recursos que viabilizem melhor desempenho e satisfação, tanto dos usuários quanto para a equipe. Nos serviços de saúde, a melhoria na qualidade deve ser enfatizada como um processo dinâmico e exaustivo da identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho, que requer ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar os níveis de qualidade dos cuidados prestados (COSTA, et al, 2015).

Destaca-se à educação em saúde, em especial no período gravídico-puerperal, que vem sendo utilizada desde a década do século XX. Para que ela seja satisfatória são necessários três atores fundamentais: os profissionais de saúde, os gestores e a população e como estratégia político-pedagógica requer um pensamento reflexivo e crítico desses atores, com o intuito de desenvolver as ações e a autonomia das pessoas, garantindo que todos participem diretamente do cuidado à saúde, de acordo com as necessidades e realidade da população em questão (FALKENBERG et al., 2014).

Em se tratando da assistência ao Pré-natal, a falta de qualificação dos profissionais de saúde e a falta de capacitação dos profissionais da APS ainda é um desafio para a qualificação do cuidado pré-natal. A literatura destaca várias fragilidades voltadas às práticas dos profissionais da APS como: falta de recursos humanos das diferentes áreas, número insuficiente de profissionais nas unidades, falta de qualificação para a consulta de enfermagem nas diversas áreas do escopo da APS para a garantia da qualidade na assistência prestada e inexistência de apoio técnico e supervisão para a prática clínica da enfermagem (FERREIRA et al., 2018). Em relação à clientela, dados provenientes nos últimos anos, mostram fragilidades no que tange ao atendimento às gestantes, dentre elas: adesão ao pré-natal, continuidade da assistência, desmame precoce, falta de planejamento familiar, despreparo emocional para o enfrentamento do trabalho de parto e parto, além de ocorrências de complicações durante a gravidez e mortalidade materna e infantil (ANDRADE, et al., 2015).

Neste sentido, o conceito de clínica ampliada e compartilhada pode ser uma importante ferramenta teórica e prática de qualificação do cuidado da gestante na APS, cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e sofrimento, que evidencie a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença (GUEDES & NASCIMENTO, 2016). O cuidado das gestantes deve ser compartilhado de forma ampliada, garantindo o atendimento multidisciplinar e interdisciplinar baseado em evidências (BRASIL, 2013).

Quando relacionamos o cuidado da gestante com a clínica ampliada evidenciamos a necessidade de superar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Seus recursos irão enriquecer o diagnóstico, a relação do compromisso com o sujeito, as questões de afeto, poderes e o manejo adequado dos saberes e práticas, além da qualificação do diálogo entre a equipe de saúde com as gestantes, possibilitando decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde das gestantes do SUS (CABRAL et al., 2103).

Considerando a importância do pré-natal nos desfechos materno e fetais, é importante ressaltar que uma gestação pode se tornar de alto risco a qualquer momento durante sua evolução. Por isso a cada consulta de pré-natal deve se reclassificar o risco para que a assistência prestada seja precoce nessa detecção, evitando morbidade grave, morte materna ou perinatal (LOPES, 2014). Ao lado dos riscos biológicos se somam os riscos sociais. As vulnerabilidades sociais como pobreza, baixa renda, baixa escolaridade, falta de rede de apoio, entre outras colocam as mulheres em níveis desiguais de acesso e de qualidade do atendimento no pré-natal. Sabe-se, por exemplo, que as mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade sofrem mais violência obstétrica que mulheres brancas (LOPES, 2014). Portanto, as gestantes em situações de risco necessitam de um olhar ampliado e a criação de uma linha de cuidado seria essencial para o enfrentamento dos riscos gerados pelas condições desfavoráveis, já citadas anteriormente (ARAÚJO, et al., 2017).

O fortalecimento do atendimento as gestantes se dá por meio do matriciamento das redes, garantindo uma comunicação entre a equipe multidisciplinar, APS e setores referenciados, evidenciando a corresponsabilidade de toda equipe de saúde com resultados positivos, bem como a satisfação, tanto da gestante com o acolhimento e amparo, como do profissional com o atendimento prestado (SILVA et al., 2014).

Concluimos que a integralidade na atenção pré-natal permite a compreensão, a apreensão e a resposta às reais demandas de saúde das gestantes. Esta deve ser assumida com perspectiva no diálogo e requer um efetivo contato com a gestante, de uma forma individual e coletiva, possibilitando o reconhecimento dos riscos que estão presentes na evolução da gravidez (CAMELO, 2016).

3 JUSTIFICATIVA

Quando se pensa na qualidade do pré-natal é importante destacar dados referentes à cobertura da assistência referente ao tema. No Brasil, segundo dados do MS houve um aumento da cobertura da assistência pré-natal, baseado no número de consultas por gestantes, com uma proporção de 2,68% gestantes sem acesso a qualquer consulta de pré-natal no período de 2001 a 2010 (DATASUS, 2012).

Já no Estado de São Paulo, a mesma cobertura referente ao número de consultas em proporção às gestantes sem acesso a qualquer consulta do pré-natal foi de 1,69% no período de 2001 a 2010 (DATASUS, 2012).

Apesar dos avanços na melhoria do acesso ao pré-natal, os índices na adequação da qualidade assistencial ainda são desanimadores. Considerando a estrutura, processo e resultados na assistência do pré-natal em ESFs, modelo atual e de melhor avanço na APS, os autores destacam a necessidade de padronizar os protocolos, manuais técnicos e os atendimentos, de forma a efetivar melhorias na qualidade no pré-natal (MENDONZA et al., 2011).

Dada a diversidade e peculiaridades em relação às diferenças sociodemográficas das diversas regiões do país, o fortalecimento do monitoramento e avaliação das ações executadas pelos profissionais de saúde que atuam nas ESFs é um caminho para a melhoria da qualidade do pré-natal, por meio da gestão do acesso e do cuidado ofertado pelas equipes de saúde em relação ao pré-natal (GUIMARÃES et al., 2018).

Diante desse cenário percebeu-se a necessidade e interesse em construir e validar um instrumento que possibilitasse avaliar a qualidade da atenção prestada pelos profissionais de saúde e que poderá ser usado futuramente como medida de avaliação da competência, considerando seus conhecimentos, atitudes e práticas em relação à assistência pré-natal de baixo risco. Diante disso, pergunta-se: Como podemos "medir" a competência da assistência pré-natal de baixo risco prestada pelos profissionais de saúde, no que diz respeito ao conhecimento, atitudes e práticas vivenciadas no cotidiano de trabalho em saúde?

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar e validar um questionário, por meio da metodologia CAP, avaliando conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da APS sobre a assistência pré-natal de baixo risco.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, tipo inquérito - CAP (conhecimentos, atitudes e práticas), com abordagem quantitativa que se mostra adequada para estudos de avaliação formativa, para obter o diagnóstico educacional (cognitivo, atitudinal, psicomotor) de uma população em relação a um determinado assunto ou evento, mediante instrumento padronizado construído e validado com foco exclusivo no objeto específico que pretende avaliar (KALIYAPERUMAL, 2004; ROCHA, 2015; REZENDE, 2018).

Estes instrumentos de avaliação são recursos utilizados em programas educativos na área da saúde que possibilitam mensurações dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem e possíveis mudanças de atitudes sobre a condição em questão (BONIN, 2014).

Neste sentido, a medida da competência do profissional é essencial; ela é baseada em três dimensões: conhecimentos, atitudes e práticas, conceituados conforme seguem:

- **Conhecimento** – É a recordação de informações ou habilidade para utilizar as informações para resolução de problemas ou ainda, apresentar conceitos sobre o entendimento de eventos e situações.
- **Atitude** – É, essencialmente, ter opiniões, mas também abarca sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.
- **Prática** – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo e a dimensão social (MARINHO et al, 2003, p. 577).

5.2 ETAPAS DA CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO CAP

Para o desenvolvimento do questionário CAP a ser testado pelos colaboradores desta pesquisa foram seguidas as etapas conforme descreve Kaliyaperumal (2004): identificação do domínio, elaboração do questionário e validação das questões.

1 – Identificação do domínio: O domínio ou assunto no qual o estudo foi conduzido teve como foco a assistência ao pré-natal, mais especificamente, o

conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam assistência ao pré-natal de baixo risco na APS.

2 – Elaboração das questões: A construção das questões aconteceu em duas etapas. Na primeira etapa foram convidados especialistas e docentes da Universidade Federal de São Carlos, da área de saúde pública e obstetrícia, que auxiliaram na construção da primeira versão do questionário, identificando pontos relevantes de conhecimentos, atitudes e práticas que médicos e enfermeiros da AB devem saber e fazer em relação à assistência pré-natal de baixo risco, contribuindo com a primeira etapa do questionário. A partir das informações obtidas pelos experts, também se fez necessário uma consulta na literatura para obter as diretrizes mais atuais e baseadas em evidências em relação à temática. A segunda etapa foi a elaboração propriamente dita das questões que fizeram parte do questionário para testar as três áreas do estudo: Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

O conteúdo das questões quanto às três áreas desta pesquisa (Conhecimentos, Atitudes e Práticas) fundamentaram-se nas recomendações mais atuais e baseadas nos manuais técnicos do Ministério da Saúde/Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2013a), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)(2014) e no Manual de consulta rápida para os profissionais de saúde da UNICAMP/FUNCAMP (2017).

As questões incluídas no tópico Conhecimentos foram construídas de forma a não fornecer distratores e nem dicas para responder os demais tópicos. Foram confeccionadas de duas maneiras: a primeira foi a elaboração de uma planilha com 8 afirmativas, cujo respondente, assinalando com um “X”, irá considerar se essas afirmativas se enquadram importantes para garantia de um pré-natal de baixo risco de qualidade. A segunda parte consta de 07 casos clínicos com algumas condutas que deverão ser assinaladas com V (verdadeiro) ou F(falso). Esses casos clínicos foram baseados conforme segmento metodológico de uma consulta médica ou de enfermagem: anamnese, exame físico obstétrico, exames de rotina e cuidados de qualidade durante o pré-natal, como número de consultas e intervalos, suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso e vacinação da gestante.

No tópico Atitudes, as questões foram elaboradas para avaliar atitudes, crenças e equívocos da população sobre o tema a ser estudado. As questões deste tópico foram construídas a partir de declarações para que os respondentes indiquem sua opinião em relação às afirmativas: se concordavam ou discordavam, utilizando-se de uma escala

pré-determinada, concebida, em que os respondentes especificavam seu grau de concordância com a afirmação proposta no instrumento. A escala foi adaptada utilizando-se somente quatro pontos: concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente ou discordo totalmente (BERTRAM, 2007). Os tópicos em relação à assistência pré-natal abordados nas questões foram os seguintes: fatores de risco para hipertensão, diabetes melittus, infecção do trato urinário e anemia, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, infecção urinária e anemia, cuidados iniciais, acompanhamento durante a gestação, encaminhamento e cuidado compartilhado.

No tópico Práticas, as questões avaliaram a ação da população em relação à temática do estudo. Para esta pesquisa, neste tópico foram construídas questões com declarações afirmativas para que os respondentes indicassem como eles realizavam determinada ação, também utilizando uma escala pré-determinada (sempre, frequentemente, raramente e nunca). Igualmente ao tópico anterior, foram abordados os seguintes temas em relação à assistência pré-natal de baixo risco: fatores de risco para hipertensão, diabetes melittus, infecção do trato urinário e anemia, diagnóstico, cuidados iniciais e consultas subsequentes, práticas de referência e encaminhamento e cuidado compartilhado.

No quadro 1 estão as diretrizes que foram seguidas para a construção das questões do questionário desta pesquisa.

Quadro 1 - Diretrizes para a construção do questionário CAP

| TÓPICOS | SEGMENTO METODOLÓGICO / DIRETRIZES |
|----------------------|--|
| CONHECIMENTOS | <ul style="list-style-type: none"> - Questões que permitam avaliar o conhecimento de uma determinada população sobre o assunto. - Formular questões de tal maneira que não forneçam distratores e nem dicas para responder as demais. - Tópicos: anamnese, exame físico obstétrico, exames de rotina e um cuidado de qualidade durante o pré-natal como número de consultas e intervalos, suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso e vacinação da gestante. |
| ATITUDES | <ul style="list-style-type: none"> - Questões que permitam avaliar a opinião de uma determinada população sobre o assunto. - Formular afirmativas e solicitar que a população da pesquisa aponte o quanto concorda ou não. - Escalas pré-determinadas. - Tópicos: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais, acompanhamento durante a gestação, encaminhamento e cuidado compartilhado. |

| | |
|-----------------|---|
| PRÁTICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Questões que permitam avaliar a prática de uma determinada população sobre o assunto. - Formular afirmativas e solicitar que a população da pesquisa aponte o quanto realiza ou não. - Escalas pré-determinadas. - Tópicos: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais e consultas subsequentes, práticas de referência, encaminhamento e cuidado compartilhado. |
|-----------------|---|

Fonte: Adaptado de KALIYAPERUMAL (2004).

3 – Validação das questões: após a elaboração das questões para a pesquisa, elas foram validadas. Essa validação teve como objetivo avaliar a facilidade de compreensão, a relevância dos tópicos pretendidos e o quanto as questões foram interpretadas e compreendidas por diferentes indivíduos (KALIYAPERUMAL, 2004).

As questões primeiramente foram analisadas por dois docentes do Departamento de Medicina da UFSCar, da área de Saúde da Mulher que fizeram incorporações à versão do questionário a ser pré-testado. Após a conclusão desses “experts”, uma nova versão foi elaborada para aplicação na população-alvo deste estudo. O questionário foi testado em 12 membros do grupo de médicos e 12 membros do grupo de enfermeiros que realizam assistência pré-natal na APS (UBS e USF). Uma vez que este grupo tenha completado o questionário, os resultados foram analisados.

Durante toda a trajetória dessa pesquisa foram construídas várias versões do questionário CAP, até a versão para o pré-teste concluída com auxílio dos experts. Após a conclusão da coleta de dados foram examinadas todas as respostas pelos profissionais, conforme descrito na análise de dados e a versão final do questionário CAP foi validada e poderá ser utilizada para fins de aplicação com profissionais deste perfil que atuam na assistência pré-natal de baixo risco na APS. No apêndice, consta duas versões desse questionário, a primeira com auxílio dos pós-experts, que foi utilizada para a validação com os profissionais, e a versão final após a validação pelos profissionais.

A análise realizada pelos profissionais foi para inferir o quanto as questões foram adequadamente compreendidas pela população-alvo, o quanto eles interpretaram as questões de diferentes maneiras e o quanto o questionário foi capaz de identificar os pontos de interesse desta pesquisa. Uma vez concluída a análise, as questões foram modificadas para refletir os resultados, gerando a versão final do questionário CAP.

5.3 LOCAL DE ESTUDO

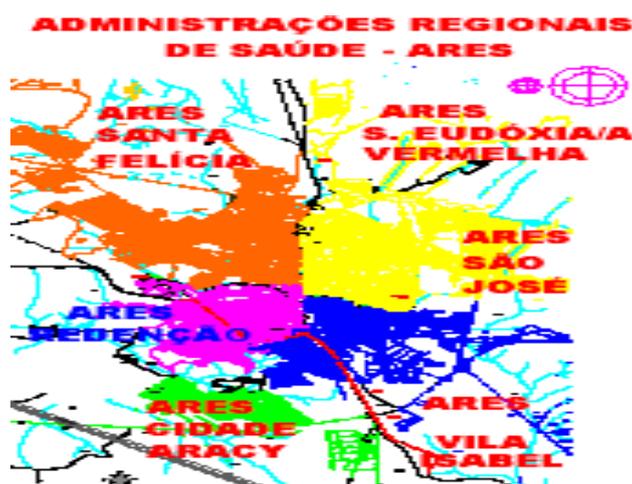
A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de saúde da APS em um município do interior paulista, de médio porte localizado na região central do Estado de São Paulo, cuja população estimada é de 221.950 habitantes, dentro de uma área de 1137 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), com taxa de nascidos vivos de 3.812 (DATASUS, 2012).

A Rede da APS é estruturada em um modelo misto de atenção, coexistindo Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Estratégia Saúde da Família (ESF) e UBS com ESF (BRASIL, 2012), essas denominadas Unidades Saúde da Família (USFs). As USFs são compostas por enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, médicos especialistas em pediatria, clínica médica, geriatria, ginecologia e obstetrícia. Já as USFs são constituídas segundo o modelo da ESF, com enfermagem, técnicos de enfermagem e saúde bucal, dentistas, médicos especialistas em saúde da família, além dos agentes comunitários de saúde (SÃO CARLOS, 2018). Atualmente o município apresenta uma cobertura de 39.768 habitantes que são atendidos pelas ESFs, distribuídas em 21 equipes. Já as UBSs são compostas por 12 equipes no total (SÃO CARLOS, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

A assistência pré-natal e puerperal ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nesta cidade é desenvolvida na APS em 17 Unidades de Saúde da Família (USF), em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Ambulatório de Cuidados Especiais da Gestação (ACEG). Vale ressaltar que nem todas as USF estavam atendendo pré-natal no período da coleta.

A saúde deste município é dividida por Administrações Regionais de Saúde – ARES. Essa divisão ajuda na territorialização das equipes, resolubilidade das estratégias e avaliação de desempenho das unidades que compõem cada ARES. Atualmente possui cinco ARES conforme mostra a figura 1 abaixo.

Figura 1 – Administração Regionais de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos (2018).

O ARES Santa Eudóxia na última reestruturação se unificou ao ARES São José. Cada ARES, conforme ilustra o mapa, ficou responsável pela administração e territorialização das unidades de saúde, possuindo entre 5 e 7 unidades de atendimento à saúde: unidades básicas, unidades de saúde da família, centro de atenção psicossocial (CAPS) e o Centro Médico de Especialidades (CEME) (SÃO CARLOS, 2018).

5.4 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo foi composta por médicos e enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal da APS.

Para selecionar quais médicos e quais enfermeiros iriam compor a população-alvo foi realizada a amostragem por aleatorização simples, de forma a garantir a mesma oportunidade a todas as unidades de contribuírem, tanto com médicos quanto com enfermeiros, bem como garantir a mesma oportunidade de participação de médicos e enfermeiros de cada unidade (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009).

A amostragem aleatória simples se deu em duas etapas, sendo que a primeira foi para sortear das 21 USF quais seriam as 12 USF que iriam participar da pesquisa, e a segunda para aleatorizar o profissional da respectiva categoria profissional, dentro de cada unidade da primeira etapa

Para a escolha dos profissionais de saúde utilizou-se a mesma técnica, sorteando 12 médicos e 12 enfermeiros. Desses, 6 médicos da UBS, 6 médicos da USF, 6

enfermeiros da UBS e 6 enfermeiros das USF, totalizando 24 profissionais de saúde que realizam assistência pré-natal de baixo risco na APS desse município. A coleta desta etapa com os profissionais foi no período de 01 a 30 de junho de 2019.

O total de 24 sujeitos para a amostra foi determinado de acordo com as recomendações de Kaliyaperumal (2004), o qual orienta que a validação do questionário CAP deve ser realizada por um pré-teste em um pequeno grupo de representantes da população, aproximadamente 10 indivíduos. Esta quantidade de sujeitos também se justificou considerando serem 12 UBS, oferecendo, dessa forma, oportunidade de participação dos profissionais da unidade básica de saúde e da unidade saúde da família.

5.4.1 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão

- Ser graduado em enfermagem ou medicina.
- Atuar na assistência pré-natal da APS há mais de um ano

Critérios de exclusão

- Não aceitar participar da pesquisa
- Estar afastado no dia da coleta de dados

Critério de substituição

- Estar ausente no dia da aplicação do questionário depois de duas tentativas de agendamento.

O critério de substituição se deu pelo fato de estar trabalhando com proporcionalidade. Foi escolhido trabalhar com 24 unidades, 12 médicos e 12 enfermeiros, sendo 6 médicos e 6 enfermeiros de cada um dos modelos de atenção à saúde. Desta forma, a população foi de 24 profissionais, não havendo a opção de ser menos que isso. Se o profissional não estivesse no dia, outro deveria ser sorteado para ser substituído. Esta opção não precisou ser utilizada porque todos estavam na unidade no dia da aplicação do questionário.

A amostra de médicos e de enfermeiros e as unidades de onde eles foram sorteados para participarem desta pesquisa pode ser observada no Quadro 2.

Quadro 2 - Resultado da amostragem aleatória simples de médicos e enfermeiros da USF E UBS que realizam pré-natal de baixo risco, São Carlos – SP, 2019.

| UNIDADES | MÉDICOS SORTEADOS | ENFERMEIROS SORTEADOS |
|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) | | |
| Antenor Garcia 1 | Médico | |
| Aracy Equipe 1 | Médico | |
| Santa Angelina | | Enfermeiro |
| Jockey | | Enfermeiro |
| Fernando Petrilli | Médico | |
| Guanabara | | Enfermeiro |
| Arnon de Melo | | Enfermeiro |
| São Rafael | Médico | |
| Aracy Equipe 2 | | Enfermeiro |
| Jardim São Carlos | Médico | |
| Antenor Garcia 2 | | Enfermeiro |
| Água Vermelha | Médico | |
| UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) | | |
| Redenção | | Enfermeiro |
| Botafogo | Médico | |
| Santa Felícia | | Enfermeiro |
| Parque Delta | | Enfermeiro |
| Santa Paula | Médico | |
| São José | | Enfermeiro |
| Vila Nery | Médico | |
| Maria Stella Fagá | | Enfermeiro |
| Vila Isabel | Médico | |
| Azulville | Médico | |
| Cruzeiro do Sul | Médico | |
| Cidade Aracy | | Enfermeiro |

Fonte: (Produção da própria autoria, 2019).

5.5 QUESTIONÁRIO – CAP

O questionário do tipo CAP autoaplicável foi elaborado com questões abertas e questões fechadas, totalizando 45 questões (Apêndice A). Foi dividido em cinco partes, sendo a parte I composta por questões fechadas e abertas relacionadas à caracterização demográfica, formação profissional geral, complementar e experiência profissional. As partes II, III e IV foram compostas somente por questões fechadas, respectivamente, que abordam conteúdos referentes aos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde que realizam assistência ao pré-natal de baixo risco. A parte V

consistiu em casos clínicos com alternativas em Verdadeiro e Falso auxiliando no tópico de conhecimento. Finalizando, na parte VI o entrevistado respondeu se teve alguma dúvida em relação ao instrumento e pode fazer sugestões para mudanças, colaborando com a validação do instrumento.

Parte I – Caracterização demográfica, formação profissional: apresentou questões relativas à identificação, formação acadêmica, titulação, vinculação no SUS e experiência profissional. Para a construção dessa seção foi utilizado como modelo o instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação externa das unidades de saúde no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2013b).

Parte II – Conhecimentos: constituída por dois tipos de questões; primeira por questões estruturadas, redigidas em formato de verdadeiro ou falso. Foi adotado o modelo de enunciados e o participante iria assinalar se considerava verdadeiro ou falso. O segundo formato foram casos clínicos com várias alternativas que os candidatos assinalavam verdadeiro ou falso.

Parte III – Atitudes: foi composta por afirmativas desenvolvidas no formato de escala do tipo Likert de quatro pontos. Esse tipo de escala possui características psicométricas e é utilizada em questionários para obter as preferências ou o grau de concordância dos sujeitos frente a um enunciado que exprime algo favorável ou desfavorável em relação a um tema (BERTRAM, 2007; MIRANDA et al., 2009). Diante de cada assertiva foi solicitado que o profissional assinalasse aquela que correspondia a sua opinião, com as seguintes opções: concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo totalmente. Foram inicialmente atribuídos valores numéricos às opções, da seguinte maneira: score 1 para discordo totalmente e nunca; 2 para discordo parcialmente e raramente; 3 para concordo parcialmente e frequentemente; e 4 para concordo totalmente e sempre. Posteriormente, foi utilizada uma análise descritiva com frequência absoluta para cada score

Parte IV – Práticas: formada por afirmativas em escala do tipo Likert de quatro pontos. Esse tipo de escala possui características psicométricas e é utilizada em questionários para obter as preferências ou o grau de concordância dos sujeitos frente a um enunciado que exprime algo favorável ou desfavorável em relação a um tema (BERTRAM, 2007; MIRANDA et al., 2009). Diante de cada assertiva foi solicitado que o profissional assinalasse aquela que correspondia a sua opinião, com as seguintes opções (foram atribuídos valores numéricos): 1 para sempre, 2 para frequentemente, 3

para raramente e 4 para nunca. Foi requerido que o profissional escolhesse a assertiva que mais se aproximasse da frequência com que realiza determinada ação em sua prática: sempre, frequentemente, raramente e nunca (AQUILANTE et al., 2012).

Parte V – Casos Clínicos: consistiu-se em casos clínicos com questões em verdadeiro e falso, que auxiliaram no tópico de conhecimentos e assim permitiu que o entrevistado não utilizasse da adivinhação.

PARTE VI – perguntas sobre dúvidas e sugestões para melhorias do instrumento.

Para a validação do questionário foi utilizado um instrumento de avaliação do mesmo (APÊNDICE A) respondido pelos profissionais de saúde da APS sobre o quanto as questões foram adequadamente compreendidas pelos respondentes e quanto o questionário foi capaz de identificar os pontos de interesse de cada área desta pesquisa (Conhecimentos, Atitudes e Práticas). Também foi necessário validar a variabilidade com que as questões foram interpretadas pelos participantes.

No quadro 3 observa-se a caracterização sociodemográfica dos participantes; referentes à identificação, formação pessoal, formação complementar, vínculo empregatício e experiência profissional, ou seja, a Parte I do questionário.

Quadro 3 – Parte I – Características demográficas, formação e experiência profissional e vínculo profissional. São Carlos – SP, 2019.

| IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL | |
|--|---|
| 1.Idade | |
| 2.Sexo | () Feminino () Masculino |
| 3.Profissão (Poderá escolher mais de uma opção) | Médico(a) |
| | Enfermeiro (a) |
| FORMAÇÃO COMPLEMENTAR | |
| 4.Possui algum (uns) destes processos de formação complementar concluído(s)? (Poderá escolher mais de uma opção) | |
| Especialização (carga horária de 360h) – área: | Medicina de Família e Comunidade |
| | Saúde da Família |
| | Saúde Pública/ Saúde Coletiva |

| | | |
|---|--|---|
| | | Ginecologia e Obstetrícia |
| | | Não cursei |
| | | Outra. Qual? |
| Residência – área: | | Medicina de Família e Comunidade |
| | | Saúde da Família |
| | | Saúde Pública / Saúde Coletiva |
| | | Ginecologia e Obstetrícia |
| | | Não cursei |
| | | Outra. Qual? |
| Mestrado – área: | | Medicina da Família e Comunidade |
| | | Saúde da Família |
| | | Saúde Pública / Saúde Coletiva |
| | | Ginecologia e Obstetrícia |
| | | Não cursei |
| | | Outra. Qual? |
| Doutorado – área | | Medicina da Família e Comunidade |
| | | Saúde da Família |
| | | Saúde Pública / Saúde Coletiva |
| | | Ginecologia e Obstetrícia |
| | | Não cursei |
| | | Outra. Qual? |
| VÍNCULO EMPREGATÍCIO/ EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL | | |
| 5.Qual o seu agente contratante? (Poderá escolher mais de uma opção) | | Municipal |
| | | Estadual |
| | | Federal |
| | | Empresa Privada |
| | | |
| 6.Qual é seu tipo de vínculo trabalhista com o SUS? (Poderá escolher mais de uma opção) | | Servido Público Estatutário |
| | | Cargo Comissionado |
| | | Contrato temporário prestação de serviço profissional autônomo ou pessoa jurídica |
| | | Empregado público CLT |
| | | Contrato CLT |
| | | Outros. Qual? |
| 7.Qual a forma de ingresso? (Poderá escolher mais de uma opção) | | Concurso Público |
| | | Processo Seletivo |
| | | Indicação |
| | | Outra forma. Qual? |
| 8.Qual a carga horária | | 20 horas |
| | | 40 horas |

| | | | | |
|---|--|---------------------|--|---------------|
| semanal exercida? | | 30 horas | | Outras. Qual? |
| 9.Quanto tempo atua na Atenção Básica? | | | | |
| 10.Na unidade que atua quem é responsável pelo Pré-Natal? | | Enfermeiro | | |
| | | Médico | | |
| | | Enfermeiro e Médico | | |

No quadro 4 estão descritas as perguntas referentes ao tópico “conhecimento” e suas respectivas respostas.

Quadro 4 - Parte II – Conhecimentos. Assinale com “X” as condições abaixo que julgar verdadeiras em relação ao cuidado de gestantes. São Carlos – SP, 2019.

| Conteúdo da questão | Enunciado | Alternativa |
|---------------------------------|---|-------------|
| Fator de risco | 11- Índice de massa corporal >30 kg/m ² no início da gestação é fator de risco para Diabetes Gestacional. | X |
| Fator de risco | 12- Pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual 90 mmHg e pesquisa de proteinúria na fita reagente igual 1+ são fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante para pré-natal de alto risco. | X |
| Qualidade/ fatores de risco | 13- Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos são grupos de menores complicações não havendo necessidade de orientação e consultas dirigidas. | |
| Fator de risco/ exames | 14- Na presença de duas infecções do trato urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas. | X |
| Número de consultas/ intervalos | 15- Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá passar no mínimo por oito consultas. | X |
| Número de consultas/ intervalos | 16- É recomendado consultas de pré-natal a cada 15 dias entre 28 ^a e 36 ^a semanas de gestação. | X |
| Vacinação | 17- Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa. | X |
| Vacinação | 18- É relevante avaliar sobre a vacina do HPV no puerpério, mesmo que a mulher iniciou o esquema antes da gravidez. | X |

Fonte: BRASIL, 2013a., FEBRASGO, 2014, FUNCAMP, 2017.

O quadro 5 apresenta as afirmativas do tópico “atitude”, que relacionam as atitudes positivas dos profissionais de saúde na assistência do PN de baixo risco na

APS, sendo consideradas atitudes positivas quem assinalasse concordo totalmente ou concordo parcialmente em todas as questões, iniciando pelo 19 até a questão 29. Todas foram baseadas no Caderno de Atenção Básica no. 32 do MS, diretrizes da FEBRASGO e manual de consulta rápida da Unicamp (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014, FUNCAMP, 2017).

Quadro 5 - Parte III – Atitudes. Assinale com “X” uma única opção sobre sua opinião em relação às questões abaixo. São Carlos – SP, 2019.

| Afirmativas do tópico Atitudes | Atitudes Positivas |
|---|--|
| 19. É papel do(a) médico(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 20. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica participar ativamente do pré-natal, seja em consultas individuais, grupais ou outras atividades. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 21. É papel do(a) médico(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico em todas as consultas do pré-natal. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 22. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico em todas as consultas do pré-natal. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 23. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 24. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal protocolados pelo município. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 25. É papel do profissional de saúde encaminhar a gestante para um pré-natal de maior complexidade quando a mesma apresentar fator de risco elevado à sua saúde ou ao do feto. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 26. É preconizado que a maternidade avise à equipe de atenção básica seja por telefone ou contrarreferência da alta da puérpera e RN para que a visita domiciliar ou consulta sejam realizados em tempo oportuno. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 27. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 28. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade as mulheres serem informadas sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |
| 29. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade informar que é direito do parceiro realizar consultas, | Concordo totalmente (1) Concordo parcialmente (2) |

| | |
|--|--|
| exames e ter acesso a informações antes, durante e depois da gestação. | |
|--|--|

Fonte: Fonte: BRASIL, 2013a., FEBRASGO, 2014, FUNCAMP, 2017.

O quadro 6 apresenta as afirmativas do tópico “práticas”, iniciando pela questão 30 até a 38, considerando práticas positivas quem assinalasse sempre ou frequentemente e raramente ou nunca. O conteúdo descrito também foi baseado no protocolo do Caderno de Atenção Básica no.32 do MS, diretrizes da FEBRASGO e manual de consulta rápida da Unicamp (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014, FUNCAMP, 2017).

Quadro 6 - Parte IV – Práticas. Considerando as práticas como as ações que você realiza na assistência pré-natal, assinale com “X” uma única opção. São Carlos – SP, 2019.

| Afirmativas do tópico Práticas | Práticas positivas |
|---|--|
| 30. Responsabilizo-me pelo acompanhamento pré-natal de todas as gestantes da minha unidade. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 31. Investigo em todas as consultas de pré-natal os fatores de risco obstétrico. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 32. Solicito exames laboratoriais da rotina pré-natal no início e ao longo da gestação. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 33. Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para detecção e identificação de gestação múltipla. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 34. A partir da 40ª semana solicito registro diário dos movimentos fetais pela gestante. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 35. Realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 36. Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e ficha de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | Sempre (1) Frequentemente (2) |
| 37. Realizo consulta puerperal para todas as mulheres somente em torno do 40º dia após o parto. | Raramente (3) Nunca (4) |
| 38. Compartilho o cuidado da gestante e puérpera de alto risco com a assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | Sempre (1) Frequentemente (2) |

Fonte: BRASIL, 2013a., FEBRASGO, 2014., FUNCAMP, 2017.

O quadro 7 apresenta os casos clínicos elaborados conforme protocolo do Caderno de Atenção Básica no.32 do MS, diretrizes da FEBRASGO e manual de consulta rápida da Unicamp (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014, FUNCAMP, 2017).

Quadro 7 – Parte V – Casos clínicos. Assinalar V (verdadeiro) ou F (falso), nas alternativas conforme julgar verdadeiras ou falsas em relação ao cuidado de gestantes. São Carlos – SP, 2019.

| Casos clínicos | Conteúdo da questão | Resposta correta |
|--|--|--|
| 39. Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hemoglobina (Hb)= 8,0g/dl. | Exame de rotina e suplementação | Conduta: trate a anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso repita a dosagem de Hb em 60 dias. (V) ou (F). |
| 40. Coloque V para verdadeiro ou F para falso: Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo, VDRL positivo (1/4), e Anti-HBs negativo | Exames de rotina e tratamento | (V) Investigar história e antecedentes da infecção. (F) Gestante e parceiro com história de infecção ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico. (V) Realizar teste não treponêmico mensal (V) Encaminhar para vacina contra Hepatite B |
| 41. Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo. Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente. Rubéola: IgG e IgM negativo. Coloque V ou F. | Exames diagnóstico, controle da assistência com qualidade | (F) Considerar infecção aguda e iniciar tratamento na atenção primária. (F) Considerar infecção antiga e continuar o seguimento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária. (V) Repetir IgG e IgM entre 2 a 4 semanas. |
| 42. Coloque V ou F. Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110 mg/dl. | Exames diagnóstico, tratamento, cuidado compartilhado | (V) Diabetes Mellitus gestacional (F) Diabetes Mellitus – solicitar Hb glicada. (F) TTOG 75g entre 24 e 28 semanas. |
| 43. Coloque V ou F. Multigesta, 33 anos, 30 semanas de idade gestacional, sem sintomas urinários. Já teve um episódio de infecção do trato urinário no primeiro trimestre. Achado: urina tipo I normal e urocultura com mais de 100.00 colônias /ml | Exame diagnóstico, anamnese, exame físico e tratamento | (V) Tratar a gestante com antibiótico. (V) manter antibiótico profilaxia até o final da gestação. (V) Realizar urocultura controle a cada seis semanas. |
| 44. Coloque V ou F. Primigesta, 25 anos, 25 semanas de idade gestacional. Achado: PA de 140/90mmHg sem sintomas e ganho ponderal de 500g semanal. | Exame diagnóstico, exame físico, cuidado compartilhado, tratamento. | (V) Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas). (V) Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana. |

| | | |
|--|-------------------------|--|
| | | <p>(V) Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia ou dor no abdome superior.</p> <p>(V) Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas.</p> <p>(F) Iniciar com anti-hipertensivo.</p> <p>(F) Agendar consulta na rotina.</p> |
| <p>45. Em relação ao esquema de vacinação da gestante, quais alternativas deverão ser seguidas?</p> | <p>Vacinação</p> | <p>(F) Realizar a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação quando o esquema vacinal estiver completo, sendo uma das doses de dTpa há menos de 5 anos.</p> <p>(V) Realizar a imunização anti-influenza nos períodos de risco (outono e inverno).</p> <p>(V) Realizar o esquema de três doses de imunização contra hepatite B quando a gestante não estiver imunizada iniciando após o primeiro trimestre de gestação.</p> |

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado "Avaliação da atenção à saúde no Pré-Natal: indicadores de qualidade e percepção de gestantes e profissionais de saúde", com CAAE: 83424818.0.0000.5504 e aprovado no CEP (ANEXO 1) com parecer número 2.761.178, segundo a Resolução nº 466/12 aprovado em 09 de julho de 2018, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). E uma carta de autorização (ANEXO 3) pelo Secretário Municipal de Saúde aprovando a coleta de dados na APS.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados do questionário CAP, junto aos profissionais de saúde foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010.

Para os dados obtidos da caracterização sociodemográfica como identificação, formação profissional, formação complementar, vínculo empregatício e experiência profissional e formação profissional foram utilizadas uma análise descritiva com valores de média, frequência absoluta e relativa.

Esse trabalho teve duas partes para sua análise. Em relação ao questionário propriamente dito, para as respostas do tópico Conhecimento foram utilizadas uma análise descritiva quantitativa com frequências absoluta e relativa.

Para o cálculo total de acertos de cada um dos tópicos Conhecimento, Atitudes e Práticas foram utilizada uma análise descritiva com frequências absoluta e relativa.

Para as respostas das questões referentes à avaliação, foram primeiramente quantificadas e para análise descritiva foram calculadas as frequências absoluta e relativa. A análise destes dados inferiu o quanto as questões foram adequadamente compreendidas pelos respondentes, a variabilidade com que foram interpretadas pelos mesmos e o quanto o questionário foi capaz de identificar os pontos de interesse da pesquisa. Em suma, a análise quantitativa destes dados validará a inteligibilidade, a precisão da interpretabilidade e a acurácia das questões, segundo as recomendações de Kaliyaperumal (2004).

Uma vez terminada esta análise, as questões foram qualificadas à luz dos respectivos resultados, gerando uma versão final para aplicação efetiva em um campo de pesquisa futuro podendo ser um importante instrumento de avaliação da assistência pré-natal de qualidade, colaborando nas contratações e acompanhamento de profissionais qualificados no atendimento às gestantes e puérperas da rede municipal.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas construídas a partir das respostas obtidas pelos participantes, avaliações e das respostas do questionário propriamente dito. Após a apresentação desses resultados, transcorreram a discussão da avaliação por parte dos participantes do questionário CAP.

As tabelas foram distribuídas conforme cada tópico, ou seja, uma para o tópico Conhecimento, outra para Atitudes e por fim o tópico Práticas. Em seguida, a discussão dos resultados de cada tópico mostraram a positividade das respostas e a forma de como foram interpretadas e se houve assuntos que deveriam ser excluídos ou acrescentados no questionário CAP. Os resultados permitiram uma análise dos pesquisadores que contribuíram na validação do CAP.

Esse tópico foi dividido em dois itens: um primeiro que apresenta a caracterização dos participantes e o segundo com as respostas e avaliação dos participantes sobre questionário CAP, o que resultou na validação do instrumento junto com o questionário CAP propriamente dito, para fins de aplicação futura.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A primeira parte das respostas dos questionários foi referente à frequência absoluta e relativa da identificação, formação profissional, formação complementar, vínculo empregatício e experiência profissional, demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa em relação à identificação, formação profissional, formação complementar, vínculo empregatício e experiência profissional. São Carlos – SP, 2019.

| IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL | | |
|---|---------------------|-------------|
| | N | % |
| IDADE | | - |
| Média | 44,5 | |
| Variação | 34 a 63 anos | |
| SEXO | | |
| Feminino | 20 | 83,3 |
| Masculino | 4 | 16,6 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| PROFISSÃO | | |
| Enfermeiro | 12 | 50 |
| Médico | 12 | 50 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| FORMAÇÃO COMPLEMENTAR | | |
| ESPECIALIZAÇÃO (360h) | | |
| Medicina da Família e Comunidade | 0 | 0 |
| Saúde da Família | 10 | 41,6 |
| Saúde Pública / Saúde Coletiva | 4 | 16,6 |
| Ginecologia e Obstetrícia | 4 | 16,6 |
| Não cursou | 3 | 12,5 |
| Outras. Qual? Informática da Saúde e Saúde do trabalhador | 3 | 12,5 |
| TOTAL | 24 | 100 |

| | | |
|---|----|------|
| RESIDÊNCIA | | |
| Medicina da Família e Comunidade | 4 | 16,6 |
| Saúde da Família | 0 | 0 |
| Saúde Pública / Saúde Coletiva | 2 | 8,3 |
| Ginecologia e Obstetrícia | 6 | 25 |
| Não cursou | 12 | 50 |
| Outras. Qual? | 0 | 0 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| MESTRADO | | |
| Medicina da Família e Comunidade | 0 | 0 |
| Saúde da Família | 0 | 0 |
| Saúde Pública / Saúde Coletiva | 1 | 4,1 |
| Ginecologia e Obstetrícia | 2 | 8,3 |
| Não cursou | 20 | 83,3 |
| Outras. Qual? Gerontologia | 1 | 4,1 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| DOUTORADO | | |
| Medicina da Família e Comunidade | 0 | 0 |
| Saúde da Família | 0 | 0 |
| Saúde Pública / Saúde Coletiva | 0 | 0 |
| Ginecologia e Obstetrícia | 0 | 0 |
| Não cursou | 24 | 100 |
| Outras. Qual? | 0 | 0 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| VÍNCULO EMPREGATÍCIO/ EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL | | |
| AGENTE CONTRATANTE | | |
| Municipal | 24 | 100 |
| Estadual | | 0 |
| Federal | | 0 |
| Empresa Privada | | 0 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| VÍNCULO COM O SUS | | |

| | | |
|---|-----------|------------|
| Estatutário | 0 | 0 |
| Cargo Comissionado | 0 | 0 |
| Contrato temporário/Autônomo | 0 | 0 |
| CLT | 24 | 100 |
| Outros. Qual? | 0 | 0 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| FORMA DE INGRESSO | | |
| Concurso Público | 24 | 100 |
| Processo Seletivo | 0 | 0 |
| Indicação | 0 | 0 |
| Outra. Qual? | 0 | 0 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL | | |
| 20 horas | 6 | 25 |
| 30 horas | 0 | 0 |
| 40 horas | 18 | 75 |
| Outras. Qual? | 0 | 0 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA | | |
| 0 a 5 anos | 6 | 25 |
| 6 a 11 anos | 9 | 37,5 |
| 12 a 17 anos | 5 | 20,8 |
| 18 a 23 anos | 4 | 16,6 |
| TOTAL | 24 | 100 |
| RESPONSÁVEL PELO PRÉ-NATAL NA UNIDADE QUE ATUA | | |
| Enfermeiro | 0 | 0 |
| Médico | 0 | 0 |
| Enfermeiro e Médico | 24 | 100 |
| TOTAL | 24 | 100 |

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

IES: Instituição de Ensino Superior/CLT: Consolidação das Leis de Trabalho.

Fonte: Produção da própria autora (2019).

A Tabela 1 ilustra a frequência absoluta e relativa em relação à identificação e formação profissional dos profissionais participantes. A idade dos entrevistados variaram de 34 a 63 anos, com uma média de 44,5. Dos 24 entrevistados, 83,3% são do sexo feminino e 16,6% do sexo masculino. Já a formação foram de 50% enfermeiros e 50% médicos.

Sobre a formação complementar foram registradas as seguintes informações: os participantes que realizaram especialização com carga horária de 360 horas nas áreas de Medicina da Família e da Comunidade (0), Saúde da Família (41,6%), Saúde Pública/Saúde Coletiva (16,6%), Ginecologia e Obstetrícia (16,6%), (12,5%) não cursaram nenhum tipo e (12,5%) se formaram em outras na área de informática da saúde e saúde do trabalhador.

Sobre a residência, (16,6%) foram residentes na medicina da família e comunidade, (0) na área da Saúde da Família, (8,3%) com residência em saúde pública/saúde coletiva, (25%) na ginecologia e obstetrícia e (50%) dos participantes não cursaram nenhuma residência. Em relação a esses dados percebe-se que metade dos participantes não possuem residência.

Do total de participantes, (83,3%) não cursaram mestrado, apenas (1) participante com mestrado em saúde pública/saúde coletiva, (2) na área de ginecologia e obstetrícia, (1) na área gerontologia. Em relação ao curso de doutorado, dos 24 nenhum dos participantes cursaram esse tipo de pós-graduação.

Todos os participantes possuíam vínculo municipal com regime CLT e foram ingressados por meio de concurso público. Em relação à carga horária, (25%) trabalham 20 horas semanais visto que são médicos concursados para atuarem nas UBSs, e outros (75%) participantes 40 horas semanais. No tempo de atuação na atenção básica desse município, a maioria (37,5%) atua em um período de 06 a 11 anos. Todos os participantes (24) responderam que o médico e o enfermeiro são responsáveis pelo pré-natal nas UBSs e USFs.

A contratação dos profissionais de saúde da APS favorece o estreitamento entre eles e os usuários, possibilitando uma vinculação em relação ao cuidado, principalmente das gestantes que precisam de uma assistência por um longo período. Um problema que pode abalar a relação entre equipe e usuário é a alta rotatividade desses profissionais, por isso essa relação é valiosa num cuidado prolongado, ainda mais quando pensamos na condição de mãe-conceito, que merece uma atenção especial (LIMA, 2010).

6.2 RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES QUANTO AOS TÓPICOS CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DO QUESTIONÁRIO E AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS MESMOS EM RELAÇÃO À ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO CAP.

Os resultados do tópico Conhecimento foram apresentados considerando, tanto os acertos e erros das questões do questionário CAP propriamente dito, como da avaliação dos participantes sobre a elaboração dos enunciados e conteúdo da questão.

Na Tabela 2 a seguir, consta de oito condições baseadas no tópico “conhecimentos” em relação ao cuidado da gestante na APS e os participantes assinalaram quais delas julgavam corretas para uma assistência qualificada e humanizada. Nessa mesma tabela foi quantificado a frequência absoluta e relativa do número de erros e acertos pelos participantes.

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de respostas de cada opção do tópico “conhecimento”. Fatores de risco para DM, HAS, ITU, exames de rotina e vacinação no pré-natal de baixo risco. São Carlos – SP, 2019.

| ENUNCIADO | ACERTOS N (%) | ERROS N (%) |
|---|--------------------------|------------------------|
| 11. Índice de massa corporal >30 kg/m ² no início da gestação é fator de risco para Diabetes Gestacional. | 22 (91,6) | 2 (8,3) |
| 12. Pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual 90 mmHg e pesquisa de proteinúria na fita reagente igual 1+ são fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante para pré-natal de alto risco | 23 (95,83) | 1 (4,16) |
| 13. Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos são grupos de menores complicações não havendo necessidade de orientação e consultas dirigidas. | 19 (79,16) | 5 (20,83) |
| 14. Na presença de duas infecções do trato urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas. | 17 (70,83) | 7 (29,16) |
| 15. Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá passar no mínimo por oito consultas. | 14 (58,33) | 10 (41,66) |
| 16. É recomendado consultas de pré-natal a cada 15 dias entre 28 ^a e 36 ^a semanas de gestação. | 24 (100) | 0 (0) |
| 17. Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa. | 13 (54,16) | 11 (45,83) |
| 18. É relevante avaliar sobre a vacina do HPV no puerpério, mesmo que a mulher iniciou o esquema antes da gravidez. | 14 (58,33) | 10 (41,66) |

Nota: N= frequência absoluta, % = frequência relativa.
Produção da própria autora, (2019).

Tabela 3 - Avaliação dos participantes sobre o tópico
“conhecimento” do questionário CAP. São Carlos – SP, 2019.

| | QUESTÃO | DIFICULDADES | PARTICIPANTES |
|--------------|----------------|---|----------------------|
| Conhecimento | 15 | Essa pergunta deverá ser revista, alguns protocolos trazem 06 e outros 08 consultas. Poderia ser colocado nesse enunciado as duas opções. | 4 |

O número de acertos no tópico conhecimento foram positivos, evidenciando que nas questões de 11 a 14 e 16, mais de 60% dos participantes acertaram ao que a literatura julga correto em relação ao cuidado de gestantes. Os enunciados do tópico Conhecimento abordaram vários conteúdos como: exames laboratoriais de rotina, vacinação, tratamento, controle das consultas subsequentes e fatores de risco. Vale destacar que as questões 15, 17 e 18 tiveram menos de 60% de acertos, o que instigou refletir que na questão 15 há uma diferença na recomendação do Ministério da Saúde e da FUNCAMP em relação ao número de consultas. Visto que o município onde foi aplicado o questionário utiliza como referencial o Caderno de Atenção Básica no. 32 do Ministério da Saúde, pode-se observar que o problema foi a redação da questão e não a falta de conhecimento. Ademais a avaliação de 4 participantes (Tabela 3) recomenda, no tópico Conhecimento, a correção do número de consultas preconizada. Portanto, o enunciado final ficou "Para uma adequada assistência pré-natal, a gestante deverá passar entre 6 a 8 consultas de pré-natal".

As questões 17 e 18 se referem a vacinação, o que nem sempre é do conhecimento de todos os profissionais. A questão 17 descrita “Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa”, apresentou uma porcentagem de erro de 45,83%. A literatura mostra as dificuldades dos profissionais em orientar sobre vacinação, principalmente quando ocorre mudanças no calendário vacinal, além da introdução de vacinas novas, no caso da dTpa, inserida no calendário da gestante no final do ano de 2014 (MARINELLI et al., 2015). Vale ressaltar que todo profissional que realiza assistência ao pré-natal, seja médico ou enfermeiro deve saber sobre as atualizações no esquema vacinal da gestante.

Em vista das recomendações e atualizações constantes das vacinas, o manual da FUNCAMP é o mais atualizado em relação a vacinação da gestante e traz a informação adequada aos profissionais; recomendando a vacinação de dTpa a partir da 20ª semana gestacional com esquemas regulares, conforme histórico vacinal da gestante (FUNCAMP, 2017). Portanto, a questão permanece na versão final do CAP e pode ser utilizada para identificar problemas referente ao conhecimento dos profissionais sobre imunização da gestante.

Já a questão 18, a avaliação realizada pelos respondentes identificou que o conteúdo em análise sobre HPV na gestação não é pertinente ao tema em estudo, ou seja, não irá qualificar a assistência pré-natal e sim a assistência na prevenção do colo de útero. Após revisão, a questão foi substituída por outra questão com um contexto mais apropriado para a assistência ao pré-natal.

Kallyaperumal (2004) define que a análise do conhecimento deve validar o grau em que as perguntas foram adequadamente compreendidas ou mal compreendidas, o grau em que os indivíduos dentro de um grupo interpretam as perguntas de maneira diferente, a eficácia das perguntas em solicitar informação adequada e quaisquer áreas de informação que foram invadidas pelo público do questionário proposto.

Os profissionais de saúde precisam, além de uma visão holística sobre a gestante e suas particularidades, um protocolo incluindo vários conteúdos além dos citados como anamnese completa, exame físico geral de todos os aparelhos, exame ginecológico, com inspeção genital, exame especular, toque e avaliação mamária, coleta de citologia oncológica de colo uterino (a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo), interpretação dos exames solicitados no acolhimento e orientação de conduta, valorização das atividades educativas e de preparo para o parto, incluindo hábitos dietéticos saudáveis, atividade física incluindo perineal, abandono ou redução significativa do uso de substância psicoativas e fumo (FUNCAMP, 2017).

A tabela 4, referente aos casos clínicos, que também se relacionam ao tópico “conhecimento”, abarcou temas sobre os cuidados do PN na APS, nela observa-se a frequência absoluta e relativa do número de acertos e erros dos participantes. Em seguida a avaliação dos participantes frente a elaboração do questionário. Vale ressaltar que a numeração dos casos não segue o que vinha sendo descrito, dado que estavam na parte final do questionário.

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de acertos e erros por questão referentes aos casos clínicos em relação aos cuidados durante o pré-natal na APS. São Carlos – SP, 2019.

| CASOS CLÍNICOS | | | |
|--|---|---|---|
| Conteúdo da questão | Enunciado/Respostas | Acertos N (%) | Erros N (%) |
| Exames laboratoriais/ Diagnóstico/ Tratamento | 39. Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hemoglobina (Hb) = 8,0g/dl. Conduta: trate a anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso, repita a dosagem de Hb em 60 dias. (X) Verdadeiro () Falso | 22(91,6) | 2(8,3) |
| Exames laboratoriais/ Diagnóstico/ Tratamento | 40. Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo, VDRL positivo (1/4), e Anti-HBs negativo. Coloque V para verdadeiro ou F para falso. A.(V)Investigar história e antecedentes da infecção. B.(F)Gestante e parceiro com história de infecção ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico C.(V)Realizar teste não treponêmico mensal. D.(V) Encaminhar para vacina contra Hepatite | 8(33,3) 10(41,6) 11(45,8) 9 (37,5) | 16(66,6) 14 (58,4) 13 (54,1) 15 (62,5) |
| Exames laboratoriais/ Diagnóstico/ Tratamento/ Controle | 41. Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo, Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente, Rubéola: IgG e IgM negativo. Coloque V ou F. A(F)Considerar infecção aguda e iniciar tratamento na atenção primária. B(F)Considerar infecção antiga e continuar o seguimento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária. C(V)Repetir IgG e IgM entre 2 a 4 semanas. | 18(75) 16 (66,6) 15 (62,5) | 6(25) 8 (33,3) 9 (37,5) |
| Diagnóstico/ Exames laboratoriais | 42. Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110 mg/dl. Coloque V ou F. A(F) Diabetes Mellitus – solicitar Hb glicada B(F)TTOG 75G entre 24 e 28 semanas C(V)Diabetes Mellitus Gestacional. | 12(50) 14 (58,4) 12 (50) | 12(50) 10 (41,6) 12 (50) |
| Diagnóstico/ Exames laboratoriais | 43. Multigesta, 33 anos, 30 semanas de idade gestacional sem sintomas urinários. Já teve um episódio de infecção do trato urinário no primeiro trimestre. Achado: Urina tipo I dentro da normalidade e urocultura com mais de 100.000 colônias/ml. Coloque V ou F. | | |

| | | | |
|--|--|------------------|------------------|
| | A(V)Tratar a gestante com antibiótico | 12 (50) | 12 (50) |
| | B(V)Manter antibiótico profilaxia até o final da gestação. | 13 (54,1) | 11 (45,8) |
| | C(V)Realizar urocultura controle a cada seis semanas. | 14 (58,4) | 10 (41,6) |
| Diagnóstico/ Exames laboratoriais/ Controle | 44. Primigesta 25 anos, 25 semanas de idade gestacional. Achado: PA de 140/90mmHg sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal. Coloque V ou F. | | |
| | A(V)Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas) | 20(83,3) | 4(16,6) |
| | B(V) Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana | 16 (66,6) | 8 (33,3) |
| | C(V)Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia ou dor no abdome superior. | 21 (87,5) | 3 (12,50) |
| | D(V)Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas. | 22 (91,6) | 2 (8,33) |
| | E(F)Iniciar com anti-hipertensivo | 12 (50) | 12 (50) |
| | F(F) Agendar consulta na rotina e de controle de PA. | 10 (41,6) | 14 (58,3) |
| Vacinação | 45. Em relação ao esquema de vacinação da gestante assinale quais alternativas deverão ser seguidas: | | |
| | A(F)Realizar a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação, quando o esquema vacinal estiver completo, sendo uma das doses de dTpa há menos de 5 anos. | 11(45,8) | 13(54,1) |
| | B(V)Realizar a imunização anti-influenza nos períodos de risco (outono e inverno). | 20 (83,3) | 4 (16,6) |
| | C(V)Realizar o esquema de três doses de imunização contra hepatite B quando a gestante não estiver imunizada. | 20 (83,3) | 4 (16,6) |

Nota: N= frequência absoluta, % = frequência relativa.

V = verdadeiro, F = falso.

Produção da própria autora, (2019).

Tabela 5 – Avaliação dos participantes sobre casos clínicos do questionário CAP. São Carlos – SP, 2019.

| TÓPICOS | QUESTÃO | DIFICULDADES | PARTICIPANTES |
|----------------|----------------|---|----------------------|
| Casos Clínicos | 39 | Achei o enunciado com poucos dados. Qual o valor do HT, ferro sérico, ferritina, PPF e eletroforese de hemoglobina? | 1 |
| | 41 | Alternativa não específica a patologia de que se trata | 3 |

Os casos clínicos auxiliam na avaliação do conhecimento, e visando dar uniformidade ao instrumento ele foram incorporados do tópico “conhecimento”. Portanto, foi renumerado no Apêndice B. Nesta Tabela 4, os resultados foram discutidos por cada item e para facilitar os itens de cada resposta foram numerados de A à F, conforme o número de itens. De uma forma geral, os resultados foram positivos em relação ao número de acertos. Porém muitas respostas tiveram 50% de acertos e 50% de erros. Isso pode estar relacionado, tanto com a falta de conhecimento, como a falhas na elaboração das questões, gerando uma interpretação equivocada.

A questão 39 (questão 11 no questionário validado), continha somente um item - verdadeiro ou falso - e as respostas evidenciaram uma boa conduta frente ao conhecimento sobre a avaliação dos exames laboratoriais e seu respectivo diagnóstico e tratamento para anemia. Vinte e dois profissionais responderam corretamente à questão, portanto a questão foi mantida: 39. Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hemoglobina (Hb) = 8,0g/dl. Conduta: trate a anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso, repita a dosagem de Hb em 60 dias. (X) Verdadeiro () Falso.

Segundo o MS, o rastreamento da anemia deve ser realizado em toda gestante e por todo o pré-natal, iniciando o mais precoce possível e repetido no 3º trimestre da gestação. Se a hemoglobina (Hb) estiver entre 8g/dl e 11g/dl é considerada Anemia leve a moderada e a conduta é tratar a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 pela tarde e 1 pela noite), uma hora antes das refeições e repetir a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias (BRASIL, 2013a, p. 114, FUNCAMP, 2017.; FEBRASGO, 2014).

A questão 40 (questão 12 no questionário validado) diz respeito aos exames laboratoriais e tratamento para HIV, hepatite e sífilis e apresenta 4 itens enumerados de A à D. Verificamos que o enunciado no item A não trazia o tipo de infecção, em vista do erro no enunciado a questão foi reformulada para: 40. Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo, VDRL positivo (1/4), e Anti-HBs negativo. Coloque V para verdadeiro ou F para falso. A. (V) investigar história e antecedentes da infecção por sífilis (único item reformulado).

Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes, duas vezes na gestação (início do pré-natal e entre 28-30 semanas) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou após-abortamento. Recomenda-se a triagem inicial com teste treponêmico

(teste rápido idealmente, ou imuno ensaios), seguido por testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) para seguimento, se teste treponêmico for reagente. A realização dos testes no início do terceiro trimestre para identificação de novas infecções durante a gestação permite que o tratamento materno seja instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. Pode-se também optar pela realização de teste não treponêmico, seguido por treponêmico na triagem sorológica (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014; FUNCAMP, 2017).

Na alternativa B da questão 40 houve mais de 50% de erros (Tabela 4), verificamos que faltou também no enunciado o tipo de infecção, portanto, a questão foi alterada para: B (F) Gestante e parceiro com história de sífilis ignorada deve ser tratados após confirmação com teste treponêmico. Segundo as recomendações, se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados como sífilis latente indeterminada (esquema para sífilis tardia) (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014; FUNCAMP, 2017).

Na alternativa C da questão 40 (questão 12 no questionário validado), 13 pessoas acertaram e 11 erraram no que diz respeito a conduta frente a uma gestante com VDRL positivo $\frac{1}{4}$. Segundo a literatura, para o diagnóstico da sífilis apenas um teste não é o suficiente, devido à possibilidade de resultados falsos positivos, principalmente no período gestacional. O teste treponêmico mais utilizado é o VDRL e uma titulação 1:16 é definido como doença e a paciente deverá ser tratada, podendo ser utilizado no seguimento de tratamento. Já os títulos menores ou iguais 1:4 podem persistir por mais tempo em pacientes assintomáticos. Portanto, são necessários um teste treponêmico e um teste não treponêmico reagentes para concluir o diagnóstico de sífilis. A ordem de rastreio varia entre os serviços, existindo protocolos para ambas as abordagens (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014; FUNCAMP, 2017); desse modo a questão não foi alterada.

Na alternativa D da mesma questão 40 (questão 12 no questionário validado), que identifica a avaliação dos anticorpos contra o vírus da Hepatite B, 15 participantes acertaram, porém 9 erraram. Mesmo que nessa questão o número de acertos foi maior, muitos erraram e a conduta pode desqualificar o atendimento as gestantes na APS. A interpretação da sorologia da hepatite B também possui limitações para um bom avaliador, visto que são muitos os marcadores sorológicos. Portanto, este resultado, por si só, já indica a necessidade de orientação e capacitação dos profissionais que realizam

assistência ao pré-natal. Dado as atualizações sobre os marcadores sorológicos da Hepatite B e a possível utilização do protocolo recomendado pela MS, a questão não foi alterada.

O Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV) indica imunidade contra o HBV. É detectado geralmente entre 1 a 10 semanas após o desaparecimento do HBsAg e indica bom prognóstico. É encontrado isoladamente em pacientes vacinados pela vacina da Hepatite B em 03 doses que deverão ser administradas assim que se inicia o pré-natal (BRASIL, 2015).

A questão 41 (questão 13 no questionário validado) apresenta 3 itens, numerados de A à C. Observou-se um número maior de acertos, e visto que o enunciado no item A, B e C não traziam o tipo de infecção, portanto a questão foi reformulada para: "41. Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo, Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente, Rubéola: IgG e IgM negativo. Coloque V ou F. A (F) Considerar infecção aguda para CMV e iniciar tratamento na atenção primária". Nos itens B e C também não foi identificado o tipo de infecção e o enunciado foi alterado para: "B (F) Considerar infecção antiga para toxoplasmose e continuar o seguimento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária. C(V) Repetir IgG e IgM para rubéola entre 2 a 4 semanas", contemplando a avaliação de 3 profissionais de saúde (Tabela 5).

A próxima questão, 42 (questão 14 no questionário validado), apresenta 3 itens e abordou sobre o diagnóstico do diabetes mellitus. Observamos nas respostas um empate entre erros e acertos em quase todas as alternativas, o que instiga a refletir que ainda existem muitas dúvidas sobre o diagnóstico para DM gestacional. A questão foi baseada conforme o MS. O manula do MS está desatualizado em relação ao tratamento e acompanhamento do DM gestacional, talvez isso justifique a equiparação de erros e acertos na resposta.

Seguindo as recomendações mais atuais, para realizar 100% de diagnóstico, todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum (até 20 semanas de idade gestacional) para diagnóstico na gestação. Não há referência a utilização do Hb glicada, portanto esta informação foi retirada da versão final. Gestantes com glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL devem realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas. Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas), deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível (FUNCAMP, 2017). Portanto, a questão 42 foi assim reformulada: Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110

mg/dl. Coloque V ou F. (F) Diabetes Mellitus. (V) TTOG 75g entre 24 e 28 semanas.
(V) Diabetes Mellitus Gestacional

Na questão 43 (questão 15 no questionário validado) que abordou o diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) verificou-se a mesma disparidade nas respostas da questão anterior, o número de acertos e erros foram bem próximos, o que indica dificuldades para avaliação de exames de urina, tratamento e controle do mesmo.

A ITU nas gestantes é uma causa muito comum e pode acometer cerca de 20 % das gestantes. As mudanças hormonais da gestação podem levar a um crescimento das bactérias ocasionando infecções. O diagnóstico e tratamento é simples e barato, e deve ser oferecido a todas as gestantes que necessitam. Assim que diagnosticada e tratada a gestante deverá ser acompanhada com urocultura mensalmente até o final da gestação. A conduta recomendada pelo MS para Piúria/bacteriúria/leucocitúria e/ou Cultura positiva (> 105 col/ml) é "tratar a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicitar o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas" (BRASIL, 2013a, p. 113; FEBRASGO, 2014; FUNCAMP, 2017). Assim sendo, a questão não foi alterada.

Na sequência ainda com os casos clínicos, a questão 44 (questão 16 no questionário validado) aborda cuidados referente ao diagnóstico da HAS e apresenta 6 itens numerados de A até F. Os resultados mostraram uma positividade no tópico "conhecimentos" dos participantes. Apenas nas duas últimas alternativas (E e F) verificou-se uma proximidade entre o número de acertos e erros. Na alternativa E, 12 profissionais responderam que deve iniciar tratamento com anti-hipertensivo e 12 responderam que não deve; na alternativa F, 10 agendaria consulta na rotina do PN e 14 não agendaria. No caso destes dois últimos itens (E/F), decidiu-se pela exclusão das alternativas, após ser retomado a consulta na literatura e visto que as alternativas anteriores da mesma pergunta já trazem informações suficientes para tratamento e acompanhamento da HAS na gestante.

No caso da alternativa E deve-se considerar várias condutas frente ao tratamento da hipertensão na gestação, o protocolo do MS considera dois cenários: o tratamento agudo e a longo prazo, além do risco para pré-eclâmpsia que também mudaria o protocolo de atendimento (BRASIL, 2013 a). Já a alternativa F foi excluída, pois a

alternativa B da mesma questão já traz a aferição da pressão arterial de 02 a 03 vezes na semana. Segundo as recomendações baseadas na literatura; gestante com suspeita de pré-eclâmpsia deve-se repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas); remarcar consulta em 7 dias; medir PA pelo menos 2-3 vezes por semana; orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução do volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais; verificar presença de proteinúria em fita urinária (positivo: + ou mais). Se positiva, encaminhar para avaliação hospitalar. Se negativa, solicitar provas laboratoriais e encaminhar para pré-natal de alto risco (BRASIL, 2013a; FEBRASGO, 2014; FUNCAMP, 2017). Portanto a questão 44 (questão 16 no questionário validado) foi reformulada para: Primigesta, 25 anos, 25 semanas de idade gestacional. Achado: PA de 140/90mmHg sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal., Coloque V ou F. (V) Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas). (V) Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana. (V) Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia ou dor no abdome superior. (V) Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas.

A avaliação de fatores de risco auxilia no desenvolvimento de um plano de cuidado que inclui o aumento da frequência de consultas de pré-natal, avaliação laboratorial, orientação para mudanças no estilo de vida, medidas preventivas e sobre os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Em relação as características das mulheres e a história clínica como fatores de risco para pré-eclâmpsia encontram-se: o antecedente de pré-eclâmpsia, a síndrome do anticorpo antifosfolípide, o diabetes clínico, a gestação múltipla, a nuliparidade, a história familiar de pré-eclâmpsia, PAD ≥ 80 mmHg no 2º trimestre, o sobrepeso e a obesidade avaliados pelo IMC Kg/m², a idade materna ≥ 35 anos para múltíparas, o intervalo interpartal ≥ 10 anos, a doença autoimune (como lúpus eritematoso sistêmico), a doença renal crônica e a hipertensão arterial crônica (FUNCAMP, 2017).

No último caso clínico, a questão 45 (questão 17 no questionário validado) apresenta 3 itens e traz a temática da vacinação. Nos itens elencados apenas o primeiro (A) apresentou mais erros, 11 acertaram e 13 erraram sobre o esquema da vacina da dTpa. A maioria acertou os demais itens (B e C), portanto, estes itens foram mantidos, com reformulação na alternativa A que trazia distratores; e assim reformulada: A (V) Realizar a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação, quando o esquema vacinal estiver completo.

O calendário vacinal das gestantes passa por atualizações constantes. No momento, o MS preconiza as seguintes vacinas: hepatite B, Influenza e DTPa que oferece proteção contra a difteria, tétano e coqueluche e está recomendada a partir da 20ª semana de gestação, devido ao grande número de infecções nos lactentes menores de seis meses e o uso na gestação promoverá anticorpos ao feto antes de nascer (BRASIL, 2013a; FUNCAMP, 2017).

A literatura identifica um déficit no conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao PN em relação à vacinação, e ao mesmo tempo evidencia que o profissional de saúde aparece como o principal fator na influência para as gestantes. Portanto, é de grande valia sua recomendação adequada, acesso a esse serviço com qualidade, além do sucesso da cobertura das vacinas exigidas pelo MS (SIQUEIRA et al., 2017).

Abaixo, segue o Quadro – 8 que demonstra quais são as condutas frente a primeira consulta de pré-natal na APS.

Quadro 8: Condutas na primeira consulta de pré-natal na APS.

| Condutas na primeira consulta de pré-natal na APS. |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.• Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional.• Orientação sobre critérios de risco gestacional ou no parto e acompanhamento• Avaliação dos resultados dos exames de rotina e orientação de condutas pertinentes• Referência para serviços especializados, quando indicado.• Imunização antitetânica quando a gestante não estiver imunizada (esquema incompleto ou não realizado) ou quando o último reforço tiver sido realizado há mais de 5 anos (vacina dTpa entre 20-36 semanas).• Vacinação rotineira contra pertussis (coqueluche).• Imunização antiinfluenza nos períodos de risco (outono e inverno).• Prescrição de ácido fólico• Profilaxia da pré-eclâmpsia: indicada para gestantes de alto risco com cuidado compartilhado.• Fornecimento de informações necessárias quanto aos intervalos dos próximos atendimentos e respostas às indagações da mulher ou da família.• Orientação sobre responsabilidades da gestante, incentivando-a a participar das atividades educativas, controle nutricional e abandono de vícios.• Orientar sobre atividade física, sexual, trabalho e ambiente; e sobre sinais e sintomas comuns na gravidez.• Identificar expectativas sobre parto e puerpério, incluindo lactação e fazer as orientações pertinentes. |

Fonte: BRASIL, 2013a., FEBRASGO, 2014., FUNCAMP, 2017.

No tópicos “atitudes”, a Tabela 6 demonstra o número de vezes que os participantes opinaram de forma positiva às afirmativas sobre o cuidado com a gestante. A maioria dos participantes (82%) demonstraram atitudes positivas frente a este tipo de cuidado. No entanto, o índice de positividade das questões 19 e 24 foi abaixo de 42%.

Tabela 6 – Frequência absoluta de respostas de cada opção do tópico “atitudes”. São Carlos - SP, 2019.

| AFIRMATIVAS TÓPICOS ATITUDES | FREQUÊNCIA ABSOLUTA | | | | ATITUDE POSITIVA |
|---|---------------------|---|---|----|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19. É papel do(a) médico(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal. | 6 | 3 | 1 | 14 | 1 e 2 |
| 20. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal. | 14 | 1 | 0 | 9 | 1 e 2 |
| 21. É papel do(a) médico(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico na primeira consulta do pré-natal | 20 | 3 | 0 | 1 | 1 e 2 |
| 22. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico na primeira consulta do pré-natal. | 10 | 3 | 0 | 11 | 1 e 2 |
| 23. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal. | 20 | 2 | 0 | 2 | 1 e 2 |
| 24. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar somente os exames laboratoriais da rotina pré-natal na primeira consulta. | 8 | 2 | 0 | 14 | 1 e 2 |
| 25. É papel do profissional de saúde encaminhar a gestante para um pré-natal de maior complexidade quando a mesma apresentar fator de risco elevado à sua saúde ou ao do feto. | 23 | 1 | 0 | 0 | 1 e 2 |
| 26. É preconizado que a maternidade avise à equipe de atenção básica seja por telefone ou contrarreferência da alta da puérpera e RN para que a visita domiciliar ou consulta sejam realizados em tempo oportuno. | 22 | 1 | 0 | 1 | 1 e 2 |
| 27. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico | 22 | 2 | 0 | 0 | 1 e 2 |
| 28. Faz parte dos passos para um pré-natal de | 23 | 1 | 0 | 0 | 1 e 2 |

| | | | | | |
|---|-----------|----------|----------|----------|--------------|
| qualidade as mulheres serem informadas sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. | | | | | |
| 29. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade informar que é direito do parceiro realizar consultas, exames e ter acesso a informações antes, durante e depois da gestação | 22 | 2 | 0 | 0 | 1 e 2 |

Nota: 1 = concordo totalmente; 2 = concordo parcialmente; 3 = discordo parcialmente; 4 = discordo totalmente.

Fonte: Produção da própria autora (2019).

Tabela 7 – Avaliação dos participantes sobre o tópico atitude do questionário CAP. São Carlos – SP, 2019.

| TÓPICOS | QUESTÃO | DIFICULDADES | PARTICIPANTES |
|----------------|----------------|--|----------------------|
| Atitude | 19 | Pergunta desnecessária, deveria unir a pergunta 19 e 20 em uma só. | 1 |
| | 20 | Pergunta desnecessária, deveria unir a pergunta 19 e 20 em uma só. | 1 |
| | 24 | Essa pergunta é muito relativa, teria que ser revista conforme protocolos municipais. Pelo nosso município a enfermeira pode solicitar na primeira e segunda rotina de exames a partir das 28 semanas de gestação. | 6 |

Na tabela 6, de uma forma geral, mais da metade dos participantes demonstraram uma atitude positiva. Nas questões 19 e 20 referentes à responsabilidade sobre o pré-natal, ficou evidente que 15 participantes ou concordaram ou discordaram. Segundo a literatura, as atribuições dos profissionais de saúde da APS são de grande valia desde a territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários. Neste sentido, são reforçados o cuidado integral e a assistência humanizada, por meio de consultas que podem ser intercaladas entre o médico e enfermeiro, possibilitando a autonomia desses profissionais, o cuidado compartilhado e um planejamento nas ações durante o pré-natal (BRASIL, 2013a). De qualquer forma,

os dois profissionais são responsáveis pelo pré-natal. Enfatizando que 2 participantes recomendam a junção das questões 19 e 20 (Tabela 6) e considerando a literatura, a questão foi reformulada na versão final do CAP (Apêndice B) para: "O médico(a) e enfermeiro(a) da APS são responsáveis pelo pré-natal, sendo recomendado que intercalem as consultas", de forma a não desresponsabilizar nenhum dos profissionais e, ao mesmo tempo incentivar o cuidado compartilhado.

Na questão 22, referente à avaliação dos fatores de risco pelo enfermeiro, 13 profissionais responderam que concordam e 11 discordam. Em relação à avaliação de risco, a literatura recomenda que em cada consulta de pré-natal deve se reclassificar o risco, dado que a gestação pode se tornar de alto risco a qualquer momento durante sua evolução (LOPES, 2014). Portanto, considerando que as consultas deveriam ser intercaladas, a avaliação de risco deve ser realizada em toda consulta, independente do profissional que esteja atendendo. A identificação de riscos para a gestante e/ou feto durante a evolução da gravidez deve ser avaliada na primeira e a cada consulta, além de ser um marcador de alerta para um cuidado qualificado e busca de complicações associadas àquela situação específica, mas não deve ser sinônimo de transferência de cuidados. Pode-se buscar a segunda opinião nos serviços de referência para gestações de alto risco. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem, através de visitas domiciliares (FUNCAMP, 2017).

Em se tratando do enfermeiro(a), a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem legitima que o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira. Esta possui conhecimento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco. Espera-se dela o acompanhamento e a assistência à gestante, no desempenho de um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil (LIMA, 2010).

Portanto, considerando todas estas recomendações, as questões 21 e 22 foram reformuladas e unificadas na versão final do CAP para: 21. "É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico em todas as consultas do pré-natal".

A questão 24 destaca a solicitação de exames laboratoriais pelo enfermeiro apenas na primeira consulta do pré-natal; 14 profissionais discordaram e 10 concordaram. Considerando que toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no

atendimento pré-natal (Passo 3 dos 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica) e que é atribuição do enfermeiro solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal (BRASIL, 2013a), a questão foi reformulada na versão final para: "É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal, de acordo com protocolo local do pré-natal do município".

Recomenda-se ao município que mantenha seus protocolos validados pelos profissionais, pois a avaliação de 6 profissionais sobre a questão 24 (Tabela 7) faz menção ao protocolo do PN do município, o que sugere que nem todos os enfermeiros se sentem autorizados a fazer a solicitação de exames e os laboratórios podem não aceitar, se não estiverem pactuados com a gestão municipal. A gestão municipal ainda precisa assumir a capacitação dos profissionais, conforme as normas e protocolos da assistência ao Pré-natal validados pelo município e dessa forma, assegurar que toda gestante terá a solicitação dos exames, independente de quem a atenda.

No tópico “práticas”, a Tabela 8 mostra as respostas sobre as práticas dos participantes em relação ao cuidado das gestantes durante o pré-natal. Destaca-se que 100% dos participantes apresentaram práticas positivas sobre o cuidado pré-natal. Em seguida, a Tabela 9 mostra a avaliação dos participantes sobre este tópico.

Tabela 8 – Frequência absoluta de respostas de cada opção do tópico “práticas”. São Carlos – SP, 2019.

| AFIRMATIVAS TÓPICO PRÁTICAS | FREQUÊNCIA ABSOLUTA | | | | PRÁTICA POSITIVA |
|---|---------------------|----|---|---|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 30. Responsabilizo-me pelo acompanhamento pré-natal de todas as gestantes da minha unidade. | 19 | 5 | 0 | 0 | 1 e 2 |
| 31. Investigo em todas as consultas de pré-natal os fatores de risco obstétrico. | 21 | 3 | 0 | 0 | 1 e 2 |
| 32. Solicito exames laboratoriais da rotina pré-natal inicial e no decorrer da gestação. | 21 | 3 | 0 | 0 | 1 e 2 |
| 33. Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla. | 21 | 3 | 0 | 0 | 1 e 2 |
| 34. A partir da 40ª semana solicito registro diário dos movimentos fetais pela gestante. | 10 | 12 | 1 | 1 | 1 e 2 |
| 35. Realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação. | 20 | 3 | 0 | 1 | 1 e 2 |
| 36. Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes | 20 | 4 | 0 | 0 | 1 e 2 |

| | | | | | |
|---|-----------|----------|----------|-----------|--------------|
| instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e ficha de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | | | | | |
| 37. Realizo a primeira consulta puerperal para todas as mulheres em torno do 40º dia após o parto. | 2 | 3 | 2 | 17 | 3 e 4 |
| 38. Compartilho o cuidado da gestante e puérpera de alto risco com a assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | 20 | 4 | 0 | 0 | 1 e 2 |

Nota: 1 = sempre; 2 = frequentemente; 3 = raramente; 4 = nunca.

Fonte: Produção da própria autora (2019).

Tabela 9 – Avaliação dos participantes do tópico prática do questionário CAP. São Carlos – SP, 2019.

| TÓPICOS | QUESTÃO | DIFICULDADES | PARTICIPANTES |
|----------------|-----------------|--|----------------------|
| Prática | 30 31 32 | Pergunta generaliza assistência do médico e enfermeiro. Deveria ter os dois no enunciado. | 1 |
| | 34 | Muito específico para o médico. | 5 |
| | 35 | Muito específico para o médico. | 5 |
| | 36 | No nosso município não utilizamos ficha de referência para assistência PN de alta complexidade. | 1 |
| | 37 | 37 A consulta puerperal da enfermeira é realizada precocemente de 7 a 10 dias após o parto. A consulta de 40 dias é realizada somente pelo médico. | 1 |

De acordo com a avaliação dos profissionais quanto à elaboração das questões; as questões de número 30, 31 e 32, apenas 1 profissional (Tabela 9) recomendou que os dois profissionais (médico e enfermeiro) deveriam estar no enunciado. Isto posto, observa-se uma prática positiva, com 19 participantes respondendo que sempre se sentem responsabilizados e 5 frequentemente, o que indica que o enunciado não gerou

dúvidas. Em vista da importância da responsabilização das duas categorias, foi alterado o enunciado para: “30 – Como médico e enfermeiro responsabilizo-me pelo acompanhamento pré-natal de todas as gestantes de minha unidade”. “31 – Como médico e enfermeiro realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação.” “32 – Como médico e enfermeiro investigo em todas as consultas pré-natal os fatores de risco obstétrico”. Segue na versão final (Apêndice B).

Na questão de número 34 obteve-se uma prática positiva, porém essa questão foi reformulada, visto que o enunciado estava incorreto. A literatura aponta que “em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana gestacional” (BRASIL, 2013a, p. 101). Portanto, a redação final será: 34. "A partir de 34 semanas gestacional solicito registro diário dos movimentos fetais pela gestante". Vale ressaltar a necessidade de o município em questão proporcionar uma discussão de condutas protocoladas, no que diz respeito ao final de gestação. Na etapa final do pré-natal deve-se manter condutas preconizadas, evitando diferenças na assistência entre o profissional da APS e o profissional da maternidade.

Em relação a questão 35 que trata do acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação, a literatura recomenda que este (PN) só se encerre com o término da gestação, portanto não existe alta do pré-natal. A partir da 40ª semana ou em situações de risco, deve-se intensificar o controle da vitalidade fetal. Nesse período, a cardiografia anteparto deverá ser solicitada, mantendo o registro diário dos movimentos fetais pela gestante (BRASIL, 2013a., FEBRASGO, 2014., FUNCAMP, 2017).

Na questão 36 foi identificado o uso de um termo (ficha de referência) que pode causar dúvidas, portanto a redação foi modificada na versão final: 36. "Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e guia de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário", o que contempla a sugestão de 1 profissional na avaliação (Tabela 9).

A questão 37 se refere à consulta puerperal. Dos respondentes, 19 profissionais discordaram do enunciado, e um profissional trouxe na avaliação (Tabela 9) que a consulta puerperal da enfermeira é realizada precocemente de 7 a 10 dias após o parto, e a consulta de 40 dias é realizada somente pelo médico. Considerando que as recomendações do MS e da Rede Cegonha sejam atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto)

(BRASIL, 2013a, p. 42) e as diferenças entre consulta médica e de enfermagem, decidiu-se separar as questões e o enunciado final ficou: 37. "Realizo a consulta de enfermagem na primeira semana após o parto". 38. "Realizo a consulta médica puerperal em torno do 40º dia após o parto".

A consulta puerperal no âmbito da APS ocorre logo nas primeiras semanas após o nascimento do recém-nascido (RN) e alta da maternidade. O enfermeiro da APS atende na primeira semana da alta e o médico realiza atendimento no final do puerpério. A equipe de saúde deve realizar a visita domiciliar garantindo uma assistência integral à mulher e ao RN evitando as causas de mortalidade materna e neonatal que são ocasionadas com mais frequência nesse período inicial do pós-parto imediato. (BRASIL, 2013a). O seguimento ocorrerá na consulta puerperal após 40 dias cuja mulher passará pela consulta médica e outros fatores serão abordados, garantindo uma assistência com qualidade e continuidade (BRASIL, 2013a., FEBRASGO, 2014., FUNCAMP, 2017).

A tabela 10 demonstra a avaliação dos participantes com as sugestões sobre melhorias no questionário CAP.

Tabela 10 – Avaliação dos participantes com sugestões de temas a serem ser incorporados no CAP. São Carlos – SP, 2019.

| SUGESTÕES DE TEMAS QUE PODERIAM SER INCORPORADOS NO CAP | |
|--|-----------|
| Planejamento Familiar | 16 |
| Descolamento prematuro de placenta | 2 |
| Eletroforese de hemoglobina como rotina do PN | 1 |
| Protoparasitológico de fezes | 1 |
| Tipagem Sanguínea e Fator Rh | 14 |
| DST na gravidez | 9 |
| Gravidez ectópica | 2 |

Nota: CAP = conhecimento, atitudes e práticas; N= frequência absoluta, % = frequência relativa; PN = pré-natal; HT = hematócrito; PPF = proparasitológico de fezes; DST = doença sexualmente transmissível; SUS = Sistema Único de Saúde. Produção da própria autora, (2019).

Quanto à avaliação crítica dos profissionais em relação ao questionário, destacam-se algumas sugestões de temas a serem acrescentados no instrumento como

planejamento familiar, tipagem sanguínea e infecção sexualmente transmissíveis (IST) na gestação, as quais foram acatadas e incorporadas na versão final.

Em relação a propostas de temas a serem abarcados no instrumento, apresentam-se enunciados que se referem aos temas sugeridos, abarcando as competências do CAP e foram incorporados na versão final. São eles:

No tópico Conhecimento:

Recomenda-se o uso de métodos contraceptivos hormonais somente com progesterônio para nutrízes no pós-parto.

Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença do anticorpo anti-D, por meio do teste de Coombs indireto.

Cada visita de um profissional de saúde no puerpério, oferece uma oportunidade única para identificar necessidades não satisfeitas, aconselhamento e oferecimento de serviços de planejamento familiar.

No tópico Atitudes:

É papel de todos os profissionais de saúde que atendem pré-natal realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

É papel dos profissionais de saúde estarem atentos aos resultados do Fator Rh, dado ser fator de risco gestacional e causar sérios impactos no feto.

É papel dos profissionais de saúde investigar qualquer queixa ou suspeita de IST durante o período gravídico-puerperal.

No tópico Práticas:

Oriento todas as mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos na consulta de puerpério.

Solicito Coombs indireto, se Rh for negativo e repito a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; quando for positivo, encaminho a gestante ao pré-natal de alto risco.

Investigo na anamnese da gestante todas as infecções sexualmente transmissíveis, inclusive as do parceiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a elaborar e validar um instrumento para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) de profissionais de saúde atuantes no pré-natal de baixo risco. Foram cumpridas todas as etapas segundo a metodologia CAP, o que permitiu a validação de um questionário que se encontra no apêndice B deste texto.

As respostas dos participantes no questionário CAP, de uma maneira geral, foram positivas no processo de validação desse instrumento visto que o número de acertos em relação as questões do tópico Conhecimento e a positividade nos tópicos de Atitudes e Práticas foram maiores que o número de erros e atitudes negativas. Isso permite afirmar que o questionário CAP se mostrou adequado após a reformulações, como medida do Conhecimento, Atitudes e Práticas dos profissionais de saúde, alcançando o objetivo desse estudo, ademais de estar validado para pesquisas futuras bem como mostra pistas para melhorias na qualificação dos profissionais que realizam a assistência do PN de baixo risco.

Este estudo apresentou como limitações as próprias dificuldades de elaboração do questionário como: formulação das questões, enunciados com poucas informações, junções de questões, questões específicas da categoria médica, perguntas que deveriam se adequar ao protocolo do município que realiza a assistência e alternativas que não trouxeram patologias específicas dificultando a resposta. Todas essas dificuldades foram discutidas e consideradas na versão final do questionário. O fato de ter utilizado três referenciais também trouxe limitações e dificuldades para discutir os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais, devido a desatualização de alguns referenciais e conflitos de ideias.

Ademais, os protocolos não reconhecidos pelos profissionais que atuam na APS e a rotatividade de profissionais devido à mudança da gestão municipal, acabam tornando a construção de um questionário árdua por abarcar inúmeras variáveis que estavam fora do alcance de seus conhecimentos, atitudes e práticas.

A presente pesquisa, ou seja, o processo de construção do questionário com todas as etapas propostas possibilitou a identificação de fragilidades e fortalezas. Os erros maiores que os acertos em algumas questões, em especial naquelas em que foram mantidas a versão original por sua importância para a qualidade da atenção em saúde no

pré-natal revelaram a necessidade de maiores investimentos na capacitação dos profissionais da AB frente o cuidado à gestante.

Por outro lado, as respostas que mostraram erros e acertos semelhantes foram importantes por despontar equívocos do enunciado, o que imprimiu a necessidade de mudanças na formulação das questões, ou ainda por revelar dúvidas no atendimento prestado. Indiretamente a formulação do questionário mostrou a necessidade de reflexão sobre as práticas profissionais e comprometimento dos profissionais de saúde com atendimento prestado no pré-natal. A organização das ações de atenção à saúde municipal precisa reformular os modelos e práticas assistenciais para uma abordagem integral, centrada no usuário, que poderia ser o norte para garantir necessidades, finalidades, articulações e interações na rede municipal e uma atenção à saúde, em especial no pré-natal de qualidade.

Em algumas questões ficaram dúvidas em relação às atribuições de médicos (as) e enfermeiros (as), o que pode comprometer o cuidado prestado. Portanto, recomenda-se que a gestão municipal em parceria com as equipes de saúde deve manter seus protocolos atualizados e validados pelos profissionais que, assim motivados, possam melhorar sua prática profissional, garantindo um pré-natal de qualidade que ultrapasse as fronteiras do enfoque biológico.

Em relação às fortalezas, as questões que evidenciavam a articulação dos saberes e conhecimentos entre os profissionais revelaram a importância de um conceito ampliado de saúde, garantindo a interação entre a rede assistencial e promovendo o cuidado compartilhado, o que projeta perspectivas para um cuidado integral da equipe e comunidade. Outro destaque positivo no processo da validação da pesquisa foi o acréscimo de assuntos que não tinham sido elencados no decorrer do CAP, como planejamento familiar, tipagem sanguínea, fator RH e as ISTs. Percebe-se que os profissionais também agregam outros fatores essenciais para a prevenção de fatores de risco na gestação, garantindo uma qualidade na assistência do PN de baixo risco, realizando a detecção precoce de patologias, bem como tratamento e recuperação.

A participação dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da APS se disponibilizando em responder o questionário, além de trazer sugestões para a melhoria e reformulação de algumas perguntas ou acréscimo de temas pertinentes a assistência ao pré-natal de baixo risco foi de grande valia para a finalização deste processo. Portanto, a validação pelos profissionais e, por vezes, a interpretação dúbia deles instigou um olhar sobre a forma como as questões foram elaboradas.

Portanto, frente às colocações dos profissionais e uma análise mais apurada, tomando como base as recomendações dos manuais, Ministério da Saúde, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e Unicamp, a versão final foi elaborada e se encontra nos Apêndices como versão 3, com destaques em amarelo para as alterações. Assim, está sendo disponibilizado para ser utilizado para fins de estudos futuros, permitindo avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais atuantes no pré-natal, melhorando a assistência das gestantes, além de ser um instrumento auxiliar aos próprios profissionais da APS, ao indicar temas e contextos para a educação permanente e continuada em saúde.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, R.D. SANTOS, J.S. MAIA, M.A.C. MELLO, D.F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Rev. Esc. Anna Nery*, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>. Acesso em 01 mai. 2019.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G.; MACCHETTI, C.E.; SOUSA, M.H. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>. Acesso em 03 mar. 2019.

AQUILANTE, A. G. et al. Implementation of Competency-Based Curriculum. In: *Medical Education: Perspective of Different Roles*. International Scholarly Research Network, ISRN Education, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5402/2012/651426> Acesso em: 06 ago. 2018.

ARAÚJO, D; MIRANDA M. C. G.,; BRASIL, Sandra L.. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-478490>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ARAÚJO, A.S., SANTOS, A.A.P., LÚCIO, I.M.L., TAVARES, C.M., FIDELIS, E.P.B. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *Rev. Enferm. UFPE*, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33201>. Acesso em: 24 set. 2019.

AYRES, J.R.C.M., CARVALHO, Y.M.C., NASSER, M.A., SALTÃO, R.M., MENDES, V.M. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al . Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Botucatu, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006&lng=en&nrm=iso Acesso em: 24 set. 2019.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Informações de saúde, indicadores de saúde: indicadores e dados básicos, indicadores de coberturas, coberturas de consulta pré-natal. Brasil – 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BARGER, M. FAUCHER, M.A. MURPHY, P.A. Part II: The Centering Pregnancy Model of Group Prenatal Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Califórnia, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12307>. Acesso em: 25 set. 2019.

BERTRAM, D. Likert Scales. Canada: Calgary, 2007.

BISCESKI, A.; RODRIGUES, D. R. S.; SIMON, J.; SILVA, M. P. L.; ENGEL, M. E.; COVATTI, P; et al. Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. Rev. enfermagem, 2012. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/477>. Acesso em: 05 de jun.2019.

BONIN, C. D. B. et al.. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2014000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 out. 2018.

BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, CAMPOS EMS, ALMEIDA PF, MARTINS CL, MOTA PHS, ET AL. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401141&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. IBGE. Censo demográfico. 2010. Disponível em: < www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília, 2013a. 318 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> . Acesso em: 02 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 07 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno HUMANIZASUS: Humanização do Parto e Nascimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 02 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiVs56qtOrkAhVrHbkGHYshBs4QFjABegQIAxAC&url=https> . Acesso em: 24 set. 2019.

BUTLER, M.M. et al. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*, v. 31, Issue 4, p. 418-425. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25554699>. Acesso em: 25 set. 2019.

CABRAL, B.F.; HIRT, L.M.; VAN der SAND, I.C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/02.pdf>. Acesso em 17 ago. 2019.

CAMELO, M. S. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000400463&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>. Acesso em: 10 set. 2019.

CAMILLO, B.S.; NIETSCH, E.A.; SALBEGO, C.; CASSENOTE, L.G.; OSTO, D.S.D.; BOCK, A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE online*. Recife, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11270/12905> . Acesso em: 10 set. 2019.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. DE S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em: 01 de jun 2019.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, D.R.; HAUSER, L.; DUNCAM, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 jan 2019.

COSTA, A. S. C.; SANTANA, L. C.; TRIGO, A. C. Qualidade do atendimento ao cliente: um grande diferencial competitivo para as organizações. Revista de Iniciação Científica. Cairu, 2015. Disponível em: https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/10_QUALIDADE_ATEND_CLIENTE.pdf. Acesso em: 26 de mai. 2019.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Histórico de Cobertura da Saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 28 fev. 2018.

DEUS, A.R. Qualidade na assistência à saúde – um olhar sobre a literatura. Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.inovarse.org/node/4722>. Acesso em: 06 set. 2019.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 27 nov. 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Assistência pré-Natal Brasília: FEBRASGO, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao.pdf> Acesso em: 14 jun. 2018.

FERREIRA, S.R.S.; PERICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G.. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

FRANK, B.R.B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000200400&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>.

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP -FUNCAMP. Manual de consulta rápida para os profissionais de saúde. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Núcleo de estudos de políticas públicas – NEEP. Campinas, 2017.

GUEDES, C.R.; NASCIMENTO, M.C. Por uma clínica ampliada na formação médica: uma experiência de ensino. DIVERSITATES International Journal, 2016. Disponível em: <http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/146>. Acesso em: 12 set. 2019.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; GUIMARÃES, T. L. F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://bvsm.sau.br/edicoes-2018/is-n-03/2750-cuidado-pre-natal>. Acesso em: 27 de nov. 2019.

JORGE S.J., FINCO M., MULLER A.L., WINNIKOW M.H., REINICKE S.M.C. Integralidade no cuidado às gestantes adolescentes. Adolesc Saude, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v14n1a14.pdf>. Acesso em: 30 out 2019.

KALICHMAN, A.O. AYRES, J.R.C. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2019.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. AECS Illumination, v.4, n.1, p.7-9, 2004. Disponível em: http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf. Acesso em: 05 abril. 2018.

LIMA, A.P.C. A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não governamental. Dissertação de mestrado do curso de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-05072010-114730/pt-br.php>. Acesso em: 22 set. 2019.

LOPES, D.P.L. Intervenção de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação. Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Mindelo, 2014. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3517/1/Lopes.2014.Interven%C3%A7%C3%A3o%20de%20enfermagem%20na%20preven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20factores%20de%20risco%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

MARINHO, L.A. B. et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 mar. de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000500005>.

MCNEILL, J.A., REIGER, K.M. Rethinking Prenatal Care Within a Social Model of Health: An Exploratory Study in Northern Ireland. Health Care for Women International, v. 36, p. 5-25, 2015. DOI: 10.1080/07399332.2014.900061. Acesso em: 25 set. 2019.

MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. Rev. Bras. de Educação Médica. Santa Catarina, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a11v33s1.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>. Acesso em: 06 jul. 2018.

NOGUEIRA, M. C. F.; BERSUSA, A. A. S.; SIQUEIRA, S.R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, v.44, n.5, p.942-949. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000032>. Acesso em: 08 ago. 2019.

NUNES, J. T; GOMES, K.R.O.; RODRIGUES, M.T.P.; MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad. Saúde Coletiva. v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.

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). Ciênc. saúde coletiva, 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. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>. Acesso em: 08 set. 2019.

PRUDÊNCIO, P.S., MAMEDE F.V., DANTAS R.A.S., SOUZA L., MAMEDE M.V. Adaptação e validação do Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care para gestantes brasileiras. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0704.pdf. Acesso em: 03 de mar. 2020.

REZENDE, A.A.O. Elaboração e validação de um questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com diabetes mellitus gestacional. 2018. Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10566>. Acesso em: 09 ago. 2018.

ROCHA, A. C. P. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família em relação à incontinência urinária feminina. 2015. Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6930?show=full>. Acesso em: 21 out. 2018.

SANTIAGO, C. M. C.; SOUSA, C. N. S.; NÓBREGA, L. L. R.; SALES, K. O.; MORAIS, F. R. R. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. J. Res. Fundam. Care. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/wladf/AppData/Local/Temp/4184-30636-1-PB-1.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

SÃO CARLOS. PSF - Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html/>. Acesso em: jan. 2018.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. Rev. Saúde Debate. v.38, n. 103, p.805-816. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso em 02 mar.2020.

SIQUEIRA, L.G. et al. Assessment of the organization and operation of vaccine rooms in primary health care in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 3, p. 557-568, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222017000300557&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 08 dez. 2019.

SOUTO, B.G.A., PEREIRA, S.M.S.F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v. 36, n. 3, p. 176-181. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcs.v36i3.58>. Acesso em: 24 set. 2019.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, v. 4, n. 3, Recife, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007. Acesso em: 04 jan. 2019.

SORANZ, D. Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/wladf/AppData/Local/Temp/soranzdpd1.pdf>. Acesso em 19 jan. 2019.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/ue000039.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, p.403-414. 2009.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP (PDF)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PRÉ-NATAL: INDICADORES DE QUALIDADE E PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Márcia Regina Cangiani Fabbro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83424818.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.538.736

Apresentação do Projeto:

Um pré-natal de qualidade transcende o olhar sob os dados quantitativos comumente usados para avaliar a qualidade da assistência prestada no período gravídico-puerperal. Esta proposta visa avaliar a qualidade da assistência de pré-natal e puerpério na atenção básica, em um município do interior paulista, segundo indicadores de saúde e percepções de profissionais e mulheres e, propor estratégias de superação das lacunas. Trata-se de estudo misto intercomplementar, visando ampliar entendimento do objeto investigado, a ser realizado em 4 etapas: Etapa 1: Revisão Integrativa sobre qualidade do pré-natal. Etapa 2: diagnóstico situacional-fase quantitativa: calcular os indicadores que caracterizam a assistência pré-natal proposta pelo Ministério da Saúde; descrever o perfil sociodemográfico, de formação, experiência profissional e relação trabalhista de médicos e enfermeiros e o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e puérperas. Etapa 3: diagnóstico situacional-fase avaliativa: identificar conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais que realizam pré-natal, por meio de um marcador de morbimortalidade materno-infantil: diabetes mellitus. Etapa 4: Diagnóstico situacional-fase qualitativa: entrevistas e grupos de discussão com gestantes, puérperas e profissionais. Análise dos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PRÉ-NATAL: INDICADORES DE
QUALIDADE E PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Eu, Márcia R. C. Fabbro, professora de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa **“Avaliação da atenção à saúde no pré-natal: indicadores de qualidade e percepção de gestantes e profissionais de saúde”**.

A busca pela qualidade do atendimento prestado em saúde, em especial do pré-natal exige um conhecimento de todas as variáveis que podem interferir na qualidade deste atendimento. A proposta desse estudo é realizar um diagnóstico situacional quali-quantitativo transversal da assistência ao pré-natal e ao puerpério, e um diagnóstico avaliativo do conhecimento, das atitudes e das práticas de médicos e enfermeiros na atenção básica de saúde do SUS do município de São Carlos, SP.

Você foi selecionado (a) por ser profissional de saúde que está envolvido com a atenção em saúde no pré-natal de uma das Unidades de Saúde do município de São Carlos/SP, cidade onde o estudo será realizado, e por ser enfermeiro ou médico (obstetra ou da saúde da família). Primeiramente você será convidado a responder um "Questionário para o levantamento sociodemográfico, de formação e das relações trabalhistas dos médicos e enfermeiros" e um questionário sobre “Conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da atenção básica em relação à assistência de gestantes com diabetes mellitus gestacional (evento marcador)” e posteriormente pode ser convidado para uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o trabalho diário na atenção primária em saúde, mais especificamente no pré-natal, e posteriormente, pode ser convidado a participar em encontros coletivos, juntamente com os outros profissionais da equipe e usuários.

A primeira entrevista será individual e realizada no próprio local de trabalho ou em outro local, se assim o preferir. Os encontros com o grupo serão realizados nas Unidades de Saúde, ou em outro local, organizado pela pesquisadora, se o grupo assim o preferir. Todos os encontros contarão com a participação de um relator, isento de vínculo com os participantes do grupo e com a rede municipal de saúde. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos

participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento e intimidação, pelo fato da pesquisadora trabalhar na mesma cidade onde será realizada a pesquisa. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área de saúde, em especial pela possibilidade de, por meios de suas percepções e concepções, evidenciar elementos que nos permitam avaliar a qualidade do trabalho prestado. Também pode permitir a construção de novos conhecimentos e identificação de novas alternativas e possibilidades para o trabalho da equipe na atenção primária em saúde. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas, dos encontros do grupo e da presença de um relator nesses encontros coletivos. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora e por mais um profissional experiente nessa ação, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações. A transcrição das gravações feitas nos encontros dos grupos será realizada na íntegra pela pesquisadora e por mais dois transcritores, que receberão trechos dessas gravações. Essas transcrições serão comparadas para verificar a concordância entre elas, garantindo a fidelidade à gravação.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone 16-33518334 vir ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, 2ª. ou 5ª. das 14 às 17 horas e procurar o Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

Endereço: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de São Carlos

Contato telefônico: 3351-8334/33519436

e-mail: mfabbro@gmail.com

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

ANEXO 3 – Carta de autorização da Secretária Municipal de Saúde (PDF)

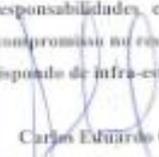
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa intitulado “ AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PRÉ-NATAL: indicadores de qualidade e percepção de gestantes e profissionais de saúde” apresentado pelos pesquisadores: Professores Doutores Bermanfino G.A. Souto, Jamile C. de C. Bastadori, Natália Salim e Monika Werner sob a coordenação da Professora Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro todos da UFSCAR de São Carlos e que tem como objetivo geral: realizar um diagnóstico situacional quali-quantitativo transversal da assistência ao pré-natal e ao puerpério. E um diagnóstico avaliativo do conhecimento, das atitudes e das práticas de médicos e enfermeiros na atenção básica de saúde no SUS do município de São Carlos-SP, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no respeito da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, disposta de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

São Carlos, 20/12/2017


Carlos Eduardo Colenci
Secretário Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.506-905 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3381-8110. Endereço eletrônico: cep@ufscar.br

APÊNDICE A – Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO.

Utilize somente caneta esferográfica azul ou preta para preenchimento do questionário.

Procure não deixar itens sem resposta.

Na parte I, assinale com X uma ou mais respostas como considerar pertinente.

A parte II, III e IV assinale com X somente a resposta que considerar correta.

A parte V é dissertativa. Procure escrever com letra legível.

A parte VI consiste em uma avaliação do questionário para validação do questionário.

Agradecemos sua colaboração!

PARTE I – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

| | |
|---|---|
| 1.Idade | |
| 2.Sexo | () Feminino () Masculino |
| 3.Profissão (Poderá escolher mais de uma opção) | Médico(a) |
| | Enfermeiro (a) |

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

| | |
|---|----------------------------------|
| 4.Possui algum (uns) destes processos de formação complementar concluído(s)? (Poderá escolher mais de uma opção) | |
| Especialização (carga horária de 360h) – área: | Medicina de Família e Comunidade |
| | Saúde da Família |
| | Saúde Pública/ Saúde Coletiva |
| | Ginecologia e Obstetrícia |
| | Não cursei |
| | Outra. Qual? |
| Residência – área: | Medicina de Família e Comunidade |
| | Saúde da Família |
| | Saúde Pública / Saúde Coletiva |
| | Ginecologia e Obstetrícia |
| | Não cursei |
| | Outra. Qual? |

| | | |
|------------------|--|----------------------------------|
| Mestrado – área: | | Medicina da Família e Comunidade |
| | | Saúde da Família |
| | | Saúde Pública / Saúde Coletiva |
| | | Ginecologia e Obstetrícia |
| | | Não cursei |
| | | Outra. Qual? |
| Doutorado – área | | Medicina da Família e Comunidade |
| | | Saúde da Família |
| | | Saúde Pública / Saúde Coletiva |
| | | Ginecologia e Obstetrícia |
| | | Não cursei |
| | | Outra. Qual? |

VÍNCULO EMPREGATÍCIO/ EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

| | | |
|---|----------|---|
| 5.Qual o seu agente contratante? (Poderá escolher mais de uma opção) | | Municipal |
| | | Estadual |
| | | Federal |
| | | Empresa Privada |
| 6.Qual é seu tipo de vínculo trabalhista com o SUS? (Poderá escolher mais de uma opção) | | Servido Público Estatutário |
| | | Cargo Comissionado |
| | | Contrato temporário prestação de serviço profissional autônomo ou pessoa jurídica |
| | | Empregado público CLT |
| | | Contrato CLT |
| | | Outros. Qual? |
| Qual a forma de ingresso? (Poderá escolher mais de uma opção) | | Concurso Público |
| | | Processo Seletivo |
| | | Indicação |
| | | Outra forma. Qual? |
| Qual a carga horária semanal exercida? | 20 horas | 40 horas |
| | 30 horas | Outras. Qual? |
| Quanto tempo atua na Atenção Básica? | | |
| Na unidade que atua quem é responsável pelo Pré Natal? | | Enfermeiro |
| | | Médico |
| | | Enfermeiro e Médico |

PARTE II – CONHECIMENTOS

Assinale com X as condições abaixo que julgar corretas em relação ao cuidado de gestantes.

| | | |
|-----|---|--|
| 11. | Índice de massa corporal >30 kg/m ² no início da gestação é fator de risco para Diabetes Gestacional | |
| 12. | Pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual 90 mmHg e pesquisa de proteinúria na fita reagente igual 1+ são fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante para pré-natal de alto risco. | |
| 13. | Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos são grupos de menores complicações não havendo necessidade de orientação e consultas dirigidas. | |
| 14. | Na presença de duas infecções do trato urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas. | |
| 15. | Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá passar no mínimo por oito consultas. | |
| 16. | É recomendado consultas de pré-natal a cada 15 dias entre 28 ^a e 36 ^a semanas de gestação. | |
| 17. | Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa. | |
| 18. | É relevante avaliar sobre a vacina do HPV no puerpério, mesmo que a mulher iniciou o esquema antes da gravidez. | |

PARTE III – ATITUDES

Assinale com “X” uma única opção sobre sua opinião em relação às questões abaixo:

| AFIRMATIVAS | Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 19. É papel do(a) médico(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal. | | | | |
| 20. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal. | | | | |
| 21. É papel do(a) médico(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| na primeira consulta do pré-natal | | | | |
| 22. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico na primeira consulta do pré-natal. | | | | |
| 23. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal. | | | | |
| 24. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar somente os exames laboratoriais da rotina pré-natal na primeira consulta. | | | | |
| 25. É papel do profissional de saúde encaminhar a gestante para um pré-natal de maior complexidade quando a mesma apresentar fator de risco elevado à sua saúde ou ao do feto. | | | | |
| 26. É preconizado que a maternidade avise à equipe de atenção básica seja por telefone ou contrarreferência da alta da puérpera e RN para que a visita domiciliar ou consulta sejam realizados em tempo oportuno. | | | | |
| 27. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico | | | | |
| 28. Faz parte dos passos para um pré-natal de | | | | |

| | | | | |
|---|---------------|-----------------------|------------------|--------------|
| qualidade as mulheres serem informadas sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. | | | | |
| 29. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade informar que é direito do parceiro realizar consultas, exames e ter acesso a informações antes, durante e depois da gestação | | | | |
| PARTE IV – PRÁTICAS Considerando as práticas como as ações que você realiza na assistência pré-natal, assinale com “X” uma única opção. | | | | |
| AFIRMATIVAS | SEMPRE | FREQUENTEMENTE | RARAMENTE | NUNCA |
| 30. Responsabilizo-me pelo acompanhamento pré-natal de todas as gestantes da minha unidade. | | | | |
| 31. Investigo em todas as consultas de pré-natal os fatores de risco obstétrico. | | | | |
| 32. Solicito exames laboratoriais da rotina pré-natal inicial e no decorrer ou ao longo (mantenha o mesmo padrão na parte de atitudes) da gestação. | | | | |
| 33. Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla. | | | | |
| 34. A partir da 40ª semana solicito registro diário dos movimentos fetais pela gestante. | | | | |
| 35. Realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação. | | | | |
| 36. Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e ficha de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | | | | |
| 37. Realizo consulta puerperal para todas as mulheres somente em torno do 40º dia após o parto. | | | | |
| 38. Compartilho o cuidado da gestante e puérpera de alto risco com a assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | | | | |
| PARTE V – CASOS CLÍNICOS | | | | |

39. Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hemoglobina (Hb)= 8,0g/dl. Conduta: trate a anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso repita a dosagem de Hb em 60 dias.

() VERDADEIRO () FALSO

40. Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo, VDRL positivo (1/4), e Anti-HBs negativo. Coloque V para verdadeiro ou F para falso.

- () Investigar história e antecedentes da infecção.
- () Gestante e parceiro com história de infecção ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico.
- () Realizar teste não treponêmico mensal.
- () Encaminhar para vacina contra Hepatite B.

41. Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo, Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente, Rubéola: IgG e IgM negativo. Coloque V ou F.

- () Considerar infecção aguda e iniciar tratamento na atenção primária.
- () Considerar infecção antiga e continuar o seguimento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária
- () Repetir IgG e IgM entre 2 a 4 semanas.

42. Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110 mg/dl. Coloque V ou F.

- Diabetes Mellitus – solicitar Hb glicada
- TTOG 75g entre 24 e 28 semanas
- Diabetes Mellitus gestacional

43. Multigesta, 33 anos, 30 semanas de idade gestacional sem sintomas urinários. Já teve um episódio de infecção do trato urinário no primeiro trimestre. Achado: Urina tipo I dentro da normalidade e urocultura com mais de 100.000 colônias/ml. Coloque V ou F.

- Tratar a gestante com antibiótico.
- Manter antibiótico profilaxia até o final da gestação.
- Realizar urocultura controle a cada seis semanas.

44. Primigesta, 25 anos, 25 semanas de idade gestacional. Achado: PA de 140/90mmHg sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal., Coloque V ou F.

- Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas).
- Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana.
- Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia ou dor no abdome superior.
- Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas.
- Iniciar com anti-hipertensivo.
- Agendar consulta na rotina.

45. Em relação ao esquema de vacinação da gestante assinale quais alternativas deverão ser seguidas: V ou F.

- Realizar a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação quando o esquema vacinal estiver completo, sendo uma das doses de dTpa há menos de 5 anos.
- Realizar a imunização anti-influenza nos períodos de risco (outono e inverno).
- Realizar o esquema de três doses de imunização contra hepatite B quando a gestante não estiver imunizada iniciando após o primeiro trimestre de gestação.

PARTE VI – Validação do questionário.

1. Responda as perguntas abaixo sobre as questões elaboradas no tópico “Conhecimentos”.

Existe alguma questão que você teve dificuldade de compreender o enunciado?

Quais (coloque o número da questão)? Explique sua dificuldade para cada uma delas.

Existe alguma questão que você teve dificuldade de escolher a melhor alternativa de resposta?

Quais (coloque o número da questão)? Explique sua dificuldade para cada uma delas.

Existe algum aspecto importante da assistência pré-natal neste tópico que não foi perguntado? Se sim, cite os tópicos que devem ser acrescentados?

Existe algum enunciado tecnicamente incorreto? Especifique.

2. Responda as perguntas abaixo sobre as questões elaboradas no tópico “Atitudes”.

Existe alguma questão que você teve dificuldade de compreender o enunciado? Quais (coloque o número da questão)? Explique sua dificuldade para cada uma delas.

Existe alguma questão que você teve dificuldade de escolher a melhor opção de resposta?

Quais (coloque o número da questão)? Explique sua dificuldade para cada uma delas.

Existe algum aspecto importante da assistência pré-natal neste tópico que não foi perguntado? Se sim, cite os tópicos que devem ser acrescentados?

Existe algum enunciado tecnicamente incorreto? Especifique.

3. Responda as perguntas abaixo sobre as questões elaboradas no tópico “Práticas”.

Existe alguma questão que você teve dificuldade de compreender o enunciado? Quais (coloque o número da questão)? Explique sua dificuldade para cada uma delas.

Existe alguma questão que você teve dificuldade de escolher a melhor opção de resposta? Quais (coloque o número da questão)? Explique sua dificuldade para cada uma delas.

Existe algum aspecto importante da assistência pré-natal neste tópico que não foi perguntado? Se sim, cite os tópicos que devem ser acrescentados?

Existe algum enunciado tecnicamente incorreto? Especifique.

APÊNDICE B – Questionário validado sobre conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que realizam pré-natal de baixo risco.

| PARTE I – CONHECIMENTOS | | |
|---|---|---|
| Assinale com X as condições abaixo que julgar corretas em relação ao cuidado de gestantes. | | |
| 1. | Índice de massa corporal >30 kg/m ² no início da gestação é fator de risco para Diabetes Gestacional | X |
| 2. | Pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual 90 mmHg e pesquisa de proteinúria na fita reagente igual 1+ são fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante para pré-natal de alto risco. | X |
| 3. | Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos são grupos de menores complicações não havendo necessidade de orientação e consultas dirigidas. | X |
| 4. | Na presença de duas infecções do trato urinário (ITU) baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas. | X |
| 5. | "Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá passar entre 6 a 8 consultas de pré-natal". | X |
| 6. | È recomendado consultas de pré-natal a cada 15 dias entre 28 ^a e 36 ^a semanas de gestação. | X |
| 7. | Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido é recomendado duas doses de dT e uma dose de dTpa. | X |
| 8. | Métodos contraceptivos hormonais somente com progestagênio podem ser usados por todas as mulheres no puerpério. | X |
| 9. | Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença do anticorpo anti-D, por meio do teste de Coombs indireto. | X |
| 10. | Cada visita de um profissional de saúde no puerpério, oferece uma oportunidade única para identificar necessidades não satisfeitas, aconselhamento e oferecimento de serviços de planejamento familiar. | X |
| PARTE II – CASOS CLÍNICOS | | |
| <p>11. Situação: Primigesta, 15 anos, 24 semanas de idade gestacional. Achado: Hemoglobina (Hb)= 8,0g/dl. Conduta: trate anemia com 4 a 6 comprimidos de 200mg/dia de sulfato ferroso e repita a dosagem de Hb em 60 dias. (X) VERDADEIRO () FALSO</p> | | |
| <p>12. Situação: Multigesta, 35 anos, 16 semanas de idade gestacional. Achado: Anti-HIV com resultado negativo, VDRL positivo (1/4), e Anti-HBs negativo. Coloque V para verdadeiro ou F para falso. (V) Investigar história e antecedentes da infecção por sífilis. (F) Gestante e parceiro com história de infecção por sífilis ignorada devem ser tratados após confirmação com teste treponêmico. (F) Realizar teste não treponêmico mensal.</p> | | |

(V) Encaminhar para vacina contra Hepatite B.

13. Situação: Primigesta, 40 anos, na rotina dos exames do primeiro trimestre. Achado: Sorologia CMV: IgG positivo e IgM negativo, Toxoplasmose: IgG negativo e IgM reagente, Rubéola: IgG e IgM negativo. Coloque V ou F.

(F) Considerar infecção aguda por citomegalovírus e iniciar tratamento na atenção primária.

(F) Considerar infecção antiga por toxoplasmose e continuar o seguimento pré-natal normal. Tratar a gestante na atenção primária

(V) Repetir IgG e IgM dos exames para toxoplasmose entre 2 a 4 semanas.

14. Primigesta, 37 anos, 14 semanas de idade gestacional. Achado: glicemia de jejum 110 mg/dl. Coloque V ou F.

(F) Diabetes Mellitus – solicitar Hb glicada

(V) TTOG 75g entre 24 e 28 semanas

(V) Diabetes Mellitus gestacional

15. Multigesta, 33 anos, 30 semanas de idade gestacional sem sintomas urinários. Já teve um episódio de infecção do trato urinário no primeiro trimestre. Achado: Urina tipo I dentro da normalidade e urocultura com mais de 100.000 colônias/ml. Coloque V ou F.

(V) Tratar a gestante com antibiótico.

(F) Manter antibiótico profilaxia até o final da gestação.

(V) Realizar urocultura controle a cada seis semanas.

16. Primigesta, 25 anos, 25 semanas de idade gestacional. Achado: PA de 140/90mmHg sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal., Coloque V ou F.

(V) Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas).

(V) Medir PA pelo menos 2 a 3 vezes por semana.

(V) Orientar para sintomas clínicos de gravidade como: cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia ou dor no abdome superior.

(V) Solicitar proteinúria de 24 horas, plaquetas e enzimas hepáticas.

17. Em relação ao esquema de vacinação da gestante assinalar quais alternativas deverão ser seguidas: V ou F.

(V) Realizar a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação quando o esquema vacinal estiver completo.

(V) Realizar a imunização anti-influenza nos períodos de risco (outono e inverno).

(F) Realizar o esquema de três doses de imunização contra hepatite B quando a gestante não estiver imunizada iniciando após o primeiro trimestre de gestação.

PARTE III – ATITUDES

Assinale com “X” uma única opção sobre sua opinião em relação às questões abaixo:

| AFIRMATIVAS | Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 18. É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica se responsabilizar por | X | X | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| todas as consultas de acompanhamento ao longo do pré-natal, sendo recomendado que intercalem as consultas. | | | | |
| 19. É papel do(a) médico(a) do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco obstétrico em todas as consultas do PN. | X | X | | |
| 20. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar todos os exames laboratoriais da rotina ao longo do pré-natal. | X | X | | |
| 21. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar os exames laboratoriais da rotina pré-natal, de acordo com protocolo local do pré-natal do município. | X | X | | |
| 22. É papel do profissional de saúde encaminhar a gestante para um pré-natal de maior complexidade quando ela apresentar fator de risco elevado à sua saúde ou ao do feto. | X | X | | |
| 23. É preconizado que a maternidade avise à equipe de atenção básica seja por telefone ou contra referência da alta da puérpera e RN para que a visita domiciliar ou consulta sejam realizados em tempo oportuno. | X | X | | |
| 24. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade promover a escuta ativa da gestante e de seus | X | X | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico | | | | |
| 25. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade as mulheres serem informadas sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. | X | X | | |
| 26. Faz parte dos passos para um pré-natal de qualidade informar que é direito do parceiro realizar consultas, exames e ter acesso a informações antes, durante e depois da gestação | X | X | | |
| 27. É papel de todos os profissionais de saúde que atendem pré-natal realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar. | X | X | | |
| 28. É papel dos profissionais de saúde estarem atentos aos resultados do Fator Rh, dado ser fator de risco gestacional e causar sérios impactos no feto. | X | X | | |
| 29. É papel dos profissionais de saúde investigar qualquer queixa suspeita de IST durante o período gravídico-puerperal | X | X | | |
| PARTE IV – PRÁTICAS | | | | |
| Considerando as práticas como as ações que você realiza na assistência pré-natal, | | | | |

| assinale com "X" uma única opção. | | | | |
|---|--------|----------------|-----------|-------|
| AFIRMATIVAS | SEMPRE | FREQUENTEMENTE | RARAMENTE | NUNCA |
| 30. Como médico e enfermeiro responsabilizo-me pelo acompanhamento pré-natal de todas as gestantes da minha unidade. | X | X | | |
| 31. Como médico e enfermeiro realizo acompanhamento pré-natal até a resolução da gestação. | X | X | | |
| 32. Como médico e enfermeiro investigo em todas as consultas de pré-natal os fatores de risco obstétrico. | X | X | | |
| 33. Como médico e enfermeiro solicito exames laboratoriais da rotina pré-natal no início e ao longo da gestação. | X | X | | |
| 34. Solicito ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas para datação e identificação de gestação múltipla. | X | X | | |
| 35. Solicito, a partir da 34ª semana, o registro diário dos movimentos fetais pela gestante. | X | X | | |
| 36. Na gestão do cuidado, utilizo os seguintes instrumentos: ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante e guia de referência para assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | X | X | | |
| 37. Na gestão do cuidado utilizo guia de referência para | X | X | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário | | | | |
| 38. Como médico realizo consulta puerperal para todas as mulheres em torno de 40º dia após o parto. | X | X | | |
| 39. Como enfermeiro realizo a consulta puerperal para todas as mulheres, entre 7 a 10 dias após o parto | X | X | | |
| 40. Compartilho o cuidado da gestante e puérpera de alto risco com a assistência pré-natal de maior complexidade, quando se faz necessário. | X | X | | |
| 41. Oriento todas as mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos na consulta de puerpério. | X | X | | |
| 42. Solicito Coombs indireto se Rh for negativo e repito a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; quando for positivo, encaminho a gestante ao pré-natal de alto risco. | X | X | | |
| 43. Investigo na anamnese da gestante todas as infecções sexualmente transmissíveis, inclusive as do parceiro. | X | X | | |