

# Prática do encaminhamento de gestantes ao serviço pediátrico pelo serviço obstétrico

Practice of Referring Pregnant Women to Pediatric Services by Obstetric Services

Práctica de la derivación de mujeres embarazadas al servicio pediátrico por el servicio de obstetricia

 **Francini Viscondi Lopes e Moura<sup>1</sup>**

 **Sabrina Viscondi Lopes e Moura<sup>2</sup>**

 **Marisa Afonso Andrade Brunherotti<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Franca.  
Franca, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Prof. José do Rosário  
Vellano.  
Alfenas, MG, Brasil

**Autor correspondente:**

Francini Viscondi Lopes e Moura  
[francinivlm@gmail.com](mailto:francinivlm@gmail.com)

**Submissão:** 13 jun 2025

**Aceite:** 11 mar 2026

**RESUMO. Introdução:** a atenção pré-natal inclui a consulta pediátrica no terceiro trimestre para promover a saúde materno-infantil, porém sua implementação é limitada por desconhecimento da população, capacitação profissional insuficiente e fragilidades na referência e contrarreferência. **Objetivo:** analisar a frequência e os motivos de encaminhamentos de gestantes da obstetricia para a pediatria. **Metodologia:** estudo descritivo com 25 profissionais de saúde, com dados obtidos por questionário estruturado e analisados pela escala Likert. **Resultados:** dos 25 participantes, 64% (n=16) relataram realizar encaminhamentos, principalmente no terceiro trimestre gestacional. Os principais motivos referidos foram a detecção de agravos fetais e a necessidade de acompanhamento pediátrico de rotina. **Conclusão:** a prática de encaminhamentos ainda ocorre de forma não sistemática, o que compromete a integralidade do cuidado no SUS. Recomenda-se a capacitação dos profissionais e a inserção da Consulta Pediátrica Pré-natal na formação médica, visando à qualificação da atenção pré-natal.

**Descritores:** Obstetricia; Cuidado Pré-natal; Complicações da Gravidez; Pediatria.

**ABSTRACT. Introduction:** prenatal care includes the pediatric prenatal consultation in the third trimester to promote maternal and child health; however, its implementation is limited by lack of public awareness, insufficient professional training, and weaknesses in referral and counter-referral systems. **Objective:** to analyze the frequency and reasons for referrals of pregnant women from obstetric to pediatric services. **Methodology:** a descriptive study with 25 health professionals using a structured questionnaire analyzed by a Likert scale. **Results:** among the 25 participants, 64% (n=16) reported engaging in referrals, primarily during the third trimester of pregnancy. The main reasons cited for these referrals included the detection of fetal complications and the need for routine pediatric follow-u. **Conclusion:** referrals remain unsystematic, compromising comprehensive care within the Unified Health System. Professional training and inclusion of the prenatal pediatric consultation in medical curricula are recommended to improve prenatal care.

**Descriptors:** Obstetrics; Prenatal Care; Pregnancy Complications; Pediatrics.

**RESUMEN. Introducción:** la atención prenatal incluye la Consulta Pediátrica Prenatal en el tercer trimestre para promover la salud materno-infantil, pero su implementación se ve limitada por el desconocimiento de la población, la capacitación profesional insuficiente y debilidades en los sistemas de referencia y contrarreferencia. **Objetivo:** analizar la frecuencia y las razones de las derivaciones de gestantes desde obstetricia hacia pediatria. **Metodología:** estudio descriptivo con 25 profesionales mediante cuestionario estructurado aplicado en Google Forms y analizado con escala Likert. **Resultados:** el 64% realizó derivaciones, principalmente en el tercer trimestre, motivadas por sospecha de complicaciones fetales y seguimiento pediátrico de rutina. **Conclusión:** La práctica no es sistemática y compromete la integralidad del Sistema Único de Salud (SUS); se recomienda capacitar a los profesionales e incorporar la consulta pediátrica prenatal en la formación médica para mejorar la atención.

**Descritores:** Obstetricia; Atención prenatal; Complicaciones del Embarazo; Pediatria.

## INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal se constitui em um conjunto de ações simultaneamente de capacitação ao autocuidado, ações preventivas, de diagnóstico e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seu filho<sup>(1)</sup>. Desde 1984 é recomendado que a gestante e um acompanhante, referenciados pelo serviço de obstetrícia, sejam atendidos por um pediatra, preferencialmente no terceiro trimestre de gestação<sup>(2,3,4)</sup>. Para este atendimento, denomina-se Consulta Pediátrica Pré-natal - CPPN, uma ferramenta que se soma ao leque de ações do cuidado pré-natal para a diminuição da morbimortalidade do binômio gestante/bebê. Desta maneira a história obstétrica é ferramenta essencial para que a CPPN atinja seus objetivos, ratificando a necessidade do encaminhamento ao pediatra pelas equipes de pré-natal<sup>(5,6,7,8)</sup>.

A implementação da CPPN no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é incipiente, dificultando o acesso de grande parte da população brasileira (estimada em 71%), que depende exclusivamente do SUS<sup>(12)</sup>.

A CPPN pode ser aplicada de várias maneiras, a saber: por contato telefônico, reuniões grupais de gestantes ou consultas individuais, sendo este último modelo a forma ideal<sup>(2,9)</sup>. O modelo grupal é o mais empregado no formato do Curso de gestante, porém sofre flutuações no seu emprego devido à mudança dos gestores das APS e por não constituir uma política pública com inclusão de protocolos e mecanismos de controle e diagnóstico. Idealmente, a CPPN deve ocorrer para todas as gestantes, acompanhada de um familiar, já quando o diagnóstico da gravidez é confirmado e não só para as gravidezes de alto risco e no terceiro trimestre de gravidez. Desta maneira, as ações de orientações para prevenção de agravos ocorrem oportunamente, num momento emocionalmente propício para estabelecer uma relação positiva entre pediatra e família. A CPPN tem como objetivos abordar aspectos psicossociais, promover capacitação e recursos estratégicos para enfrentamento e resolução de situações do cotidiano a respeito dos cuidados com o recém-nascido e autocuidado na gestante no pré-natal e pós-parto<sup>(9,13)</sup>. Esta relação também auxilia para desmistificar o “medo” do parto normal, visto que um dos motivos para o alto índice de cesarianas é a desinformação dos benefícios do parto normal<sup>(3)</sup>. Nos EUA os índices de cesariana intraparto são menores do que das cesarianas no Brasil, onde predominam cesarianas anteparto caracterizando cesarianas agendadas<sup>(1)</sup>.

O modelo grupal é o mais empregado no formato do Curso de Gestante, porém sofre flutuações no seu emprego devido à mudança dos gestores dos Serviços de Atenção Primária de Saúde por não constituir uma política pública com inclusão de protocolos e mecanismos de controle e diagnóstico. Idealmente, a CPPN deve ocorrer para todas as gestantes, acompanhada de um familiar, já quando o diagnóstico da gravidez é confirmado e não só para as gravidezes de alto risco e no terceiro trimestre de gravidez. Assim sendo, as ações de orientações para prevenção de agravos

ocorrem oportunamente, num momento emocionalmente propício para estabelecer uma relação positiva entre pediatra e família. A CPPN tem como objetivos abordar aspectos psicossociais, promover capacitação e recursos estratégicos para enfrentamento e resolução de situações do cotidiano a respeito dos cuidados com o recém-nascido e autocuidado na gestante no pré-natal e pós-parto<sup>(9,13)</sup>. Esta relação também auxilia para desmistificar o “medo” do parto normal, visto que um dos motivos para o alto índice de cesarianas é a desinformação dos benefícios do parto normal<sup>(3)</sup>. Nos EUA os índices de cesariana intraparto são menores do que das cesarianas no Brasil, onde predominam cesarianas anteparto caracterizando cesarianas agendadas<sup>(1)</sup>.

Os países que aplicam em suas rotinas a CPPN observaram benefícios tanto para a saúde da criança quanto para a saúde da gestante. Ao infante, observou-se diminuição da prematuridade, que é a principal causa de mortalidade infantil antes dos 5 anos no mundo. No Brasil, a prematuridade tem a alta taxa de 11,5 % dos nascimentos<sup>(1,14)</sup>.

A CPPN propiciou a menor procura dos serviços de urgência e emergência durante o primeiro ano de vida da criança repercutindo em menores gastos públicos<sup>(15)</sup>, melhor adesão aos esquemas vacinais infantis<sup>(15,16)</sup> e da gestante<sup>(17)</sup> diminuindo a morbimortalidade das doenças transmissíveis e aumento do tempo de amamentação<sup>(2,15,16)</sup>. A amamentação protege o recém-nascido de alergias, diarreia e diminui os riscos de obesidade, hipertensão arterial e diabetes tipo II diminuindo as DCNT da adultice do infante em detrimento da capacitação dos genitores aos hábitos saudáveis<sup>(17)</sup>. Neste ínterim, orientações sobre saúde materna e paterna<sup>(18)</sup> em momentos oportunos como na pré-concepção e pré-natal, otimizam a organogênese fetal e bloqueiam-se os efeitos transgeracionais epigenéticos secundários aos agravos maternos sofridos<sup>(18,19)</sup>. Estes estudos da literatura demonstraram que hipertensão materna, diabetes gestacional e obesidade são as doenças gestacionais mais frequentes. Para a saúde materna, o aleitamento também é de extrema relevância, pois auxilia na prevenção do câncer de mama e de ovário, reduz os riscos de hemorragia pós-parto e do desenvolvimento de diabetes, fortalece o vínculo materno e determina menores índices de depressão pós-parto<sup>(15)</sup>. Yogman et al.<sup>(9)</sup> relatam que 10 a 20% das gestantes têm depressão durante a gestação ou pós-parto, fato subestimado pelos cuidadores.

Embora sejam diversificados os tópicos de prevenção abordados pela CPPN, este mecanismo enfrenta obstáculos como a dificuldade de referência e contrarreferência entre os serviços de ginecologia-obstetrícia e pediatria, o desconhecimento das gestantes quanto a este direito<sup>(20)</sup>, o despreparo por parte do pediatra em conduzir a consulta e a não inclusão nas rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(5,6)</sup>. Contudo, o objetivo do estudo é analisar a frequência e os motivos de encaminhamentos de gestantes dos serviços de obstetrícia para a pediatria no contexto da atenção pré-natal.

## MÉTODOS

Foi realizada um estudo analítico, observacional e transversal. O estudo transversal é uma modalidade de pesquisa observacional com análise de dados de um grupo de indivíduos em um único ponto de tempo ou durante um período<sup>(21-23)</sup>. Esse modelo é utilizado para descrever as características de uma população ou para investigar associações entre variáveis em uma situação específica. Estudos transversais são úteis para avaliar a prevalência de características ou condições em uma população e para formular hipóteses que podem ser exploradas em pesquisas futuras.

Foram consideradas as características das práticas obstétricas no que se refere ao encaminhamento ao serviço pediátrico para a realização da CPPN-consulta pediátrica pré-natal, visto que constitui um mecanismo eficiente de prevenção de agravos materno-fetais.

A população do estudo incluiu ginecologistas/obstetras que trabalham em diferentes tipos de instituições (públicas, privadas, clínicas especializadas). Foram considerados como critérios de inclusão os profissionais graduados em medicina com especialização em ginecologia/obstetrícia que exerçam a profissão, realizem o pré-natal, aceitem os termos de consentimento, respondam o questionário na íntegra e o enviem. Os critérios de exclusão foram profissionais que não realizaram seguimento de pré-natal e não respondam o questionário.

A coleta de dados foi realizada por meio do envio do questionário formulado no Google Forms, enviado uma vez por semana durante 4 semanas do mês de março de 2024 com comando de enviar livremente para todos os grupos de Whatsapp de médicos com especialidade em ginecologia e obstetrícia que cada participante dos grupos conhecesse. A amostragem foi de 25 participantes que atenderam os critérios de inclusão.

As perguntas se referiam ao gênero, tempo que exerce a profissão, se o exercício da profissão era realizado em instituição pública ou privada, se já encaminhou uma gestante ao pediatra, se trabalha com o pediatra utilizando mecanismos de referência e contrarreferência durante a gestação. Na pergunta “já encaminhou alguma vez ao pediatra”, se a resposta for “sim”, vincula-se às perguntas de número oito, nove e dez que se referem respectivamente, “Com que frequência por mês encaminha ao pediatra”, “Qual o trimestre mais frequente de encaminhamento ao pediatra” e “Qual o motivo do encaminhamento ao pediatra”.

Foram considerados como variáveis independentes de interesse idade, gênero, tempo de exercício da profissão, tipo de estabelecimento que trabalha e se já praticou mecanismo de referência e contrarreferência com o pediatra. Já como variável dependente, designou-se a frequência do exercício da prática de encaminhamento de gestante à consulta pediátrica pré-natal. As questões utilizaram o padrão de resposta da escala Likert<sup>(24)</sup>.

O questionário foi aprovado pelo Comitê de ética pelo protocolo 6.584.796. Todos os participantes manifestaram o consentimento informado de maneira voluntária.

## RESULTADOS

Observou-se que a maioria de participantes são mulheres, com mais de 21 anos de profissão em instituição particular. Somente 28% trabalha com pediatra durante o curso do pré-natal, contudo 64% já encaminhou para o serviço de pediatria em algum momento da gravidez. Encontrou-se que somente 30 % encaminha frequente ou muito frequente ao serviço de pediatria no terceiro trimestre tendo como principal motivo detecção de agravo fetal.

**Figura 1.** Tabela de análise das respostas dos obstetras.

<b>Variáveis</b>	<b>Número de participantes: 25 (100%)</b>
Sexo feminino	17 (68%)
Sexo masculino	8 (32%)
Tempo de profissão de:	
1-5 anos	2 (8%)
6-10 anos	1 (4%)
11-15 anos	3 (12%)
Mais de 21 anos	19 (76%)
Trabalho em instituição particular:	
Sim	21 (84%)
Não	4 (16%)
Trabalho em instituição pública:	
Sim	17 (68%)
Não	8 (32%)
Trabalho com pediatra em seguimento pré-natal:	
Sim	7 (28%)
Não	18 (72%)
Encaminhamento de gestante ao pediatra:	
Já encaminhou	16 (64%)
Nunca encaminhou	9 (36%)
Frequência de encaminhamento ao pediatra por mês:	
Muito frequente	4 (20%)
Frequentemente	5 (25%)
Ocasionalmente	5 (25%)
Raramente	4 (20%)
Nunca	5
Frequency missing	
Trimestre mais frequente para encaminhamento ao pediatra:	
Primeiro trimestre	1 (5,56%)
Segundo trimestre	6 (33,33%)
Terceiro trimestre	11 (61,11%)
Frequency missing	7
Motivo do encaminhamento ao pediatra:	
Acompanhamento de rotina sem agravos	7 (36,84%)

Detecção de agravo fetal	8 (42,11%)
Solicitação da família/ gestante	4 (21,05%)
Frequency missing	6

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foi observado que a prática do encaminhamento de gestante pelo serviço de ginecologia e obstetrícia ao pediatra não constitui uma prática rotineira para o exercício da consulta pediátrica pré-natal, desequilibrando a aplicação dos princípios básicos do SUS de integralidade. A lacuna da aplicação do princípio da universalidade ocorre quando os encaminhamentos se restringem aos serviços privados de saúde e não à rotina dos atendimentos do Sistema Único de Saúde refletidos nos resultados observados de que a maioria dos participantes trabalham nas redes privadas e a minoria tem a prática do encaminhamento a CPPN.

O conceito de integralidade contempla quatro perspectivas: a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; a atuação profissional considerando as dimensões sociais, psicológicas e biológicas; a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde; e o desenvolvimento de iniciativas públicas que pautem modificações no que tange às condições de vida e determinantes da saúde, a partir da intersetorialidade<sup>(25)</sup>. Segundo Yogman et al.<sup>(9)</sup> a pediatra pode compartilhar suas práticas não só ao serviço obstétrico, mas também aos médicos de família, clínicos gerais em detrimento do bem-estar ao binômio materno-fetal<sup>(9)</sup>. A aplicação do conceito supracitado implica em garantir mecanismos de atendimento multidisciplinar, regularizar a CPPN no modelo grupal no Curso de Gestante com continuidade independente das mudanças administrativas e, frente a identificação de casos com necessidade de maior atenção, devem ser encaminhados para o formato individual.

A efetivação da integralidade na rede de Atenção à Saúde necessita de uma edificação articulada, coordenada e resolutiva dos fluxos através do mecanismo de referência e contrarreferência entre os profissionais dos serviços de ginecologia e obstetrícia e serviços de pediatria. Estas limitações podem ser multifatoriais, incluindo a falta de capacitação dos profissionais e do esclarecimento da população quanto a este direito<sup>(20,25)</sup>. No estudo de Mei et al.<sup>(20)</sup>, foi relatado por residentes da especialidade de ginecologia e obstetrícia que não há prática do contato com os serviços de pediatria durante o pré-natal, caracterizando uma necessidade da reformulação das graduações em residência.

Observa-se que a média de idade dos participantes foi de 55 anos, o sexo feminino apresentou o dobro de disponibilidade para pausar suas atividades diárias para responder o estudo. As mulheres têm maior preocupação com questões sociais e comunitárias, estão mais dispostas a compartilhar suas opiniões e experiências e têm maior empatia emocional<sup>(26)</sup>. Outro fator que pode ter levado à maior

participação feminina no estudo é a crescente participação do sexo feminino nas escolas médicas<sup>(27-29)</sup>.

O questionário foi liberado para divulgação livre entre grupos da especialidade com representantes de vários Estados. O número reduzido de participantes que responderam o questionário representa o baixo interesse e experiência neste tópico e coincide com o achado de Mei *et al.*<sup>(20)</sup>.

Embora haja um aumento das escolas médicas no Brasil<sup>(30,31)</sup> caracterizando um aumento de amostragem de graduandos de medicina como adultos jovens, 76% dos participantes que responderam à pesquisa exercem a profissão há mais de 20 anos, o que demonstra o reduzido representante recém-formado. Este fato está de acordo com achados<sup>(20)</sup>, que indicam que médicos com mais de 10 anos de formados são mais propensos a encaminhar em relação aos com menos de 10 anos de experiência. O autor<sup>(20)</sup> do estudo supracitado observou que a prática difere significativamente pelo nível de treinamento e experiência demonstrando a importância de capacitação contínua dos profissionais.

Sobre as instituições de trabalho verifica-se que do total de 25 participantes entrevistados a maioria trabalha em instituições particulares, os demais em públicas e uma pequena porcentagem exerce sua atividade em ambas. Este cenário revela a preferência por instituições particulares pela melhor remuneração e condições de trabalho<sup>(32,33)</sup>.

Leal *et al.*<sup>(1)</sup> descreve que embora a abrangência do pré-natal esteja quase universal, pela qual 90% das gestantes são abraçadas, infelizmente, os achados mostram que o SUS ainda apresenta falhas na continuidade e qualidade da atenção dispensada ocasionando desfechos negativos<sup>(1)</sup>.

A questão sete abordada neste estudo investiga se os obstetras já realizaram encaminhamentos de gestantes para serviços pediátricos. Caso a resposta seja positiva, os participantes são direcionados às perguntas oito, nove e dez, que indagam, respectivamente, com que frequência mensais essas gestantes são encaminhadas ao pediatra, em qual trimestre da gestação ocorrem esses encaminhamentos e quais são os motivos que os justificam. Assim, 64% dos participantes afirmaram que já encaminharam gestantes ao pediatra.

Entre os 64% dos participantes que encaminharam para a consulta pediátrica pré-natal, observou-se que 30% dos participantes encaminham “muito frequentemente” e “frequentemente”, garantindo uma melhor atenuação dos efeitos epigenéticos ao feto e diagnóstico e tratamento de agravos maternos mais frequentes como as Síndromes Hipertensivas Gestacionais<sup>(1)</sup>. Os demais, 25% encaminham ocasionalmente e 45% raramente ou nunca encaminham demonstrando a necessidade de meios de capacitação. Ou seja, 55% encaminham ‘muito frequentemente’, ‘frequentemente’ e ‘ocasionalmente’ estando de acordo com dados encontrados em estudo<sup>(20)</sup>, onde 68% dos obstetras já encaminharam pacientes ao pediatra.

Neste estudo, os ginecologistas/obstetras que nunca encaminharam correspondem a 36% dos participantes, constituindo uma relação positiva em comparação aos relatos de Mei e colaboradores<sup>(20)</sup> onde 68% nunca encaminharam. Já durante o seguimento de pré-natal este estudo apresentou que 28% mantém os mecanismos de referência e contrarreferência durante o curso da gestação não se restringindo somente ao encaminhamento inicial.

Observou-se que 30% dos entrevistados encaminham as gestantes ao serviço pediátrico muito frequentemente e frequentemente durante um mês, enquanto a maioria, 50% encaminha ocasionalmente ou raramente e 20% nunca encaminham. Idealmente, todas as famílias que planejam receber um pequeno novo membro na família, como casais do mesmo sexo<sup>(9)</sup>, ou parentes que se tornarão cuidadores, como nos casos de óbitos na pandemia, deveriam ser encaminhadas aos serviços pediátricos para orientação antecipatória e habilidades parentais criando um ambiente familiar adequado para receber o novo membro.

No presente estudo, o motivo do encaminhamento ao pediatra decorreu em 36,84%, devido acompanhamento de rotina sem agravos e 21% a pedido da gestante. Já 42%, ocorreram devido à detecção de agravo, dados bem acima dos colhidos por Mei et al.<sup>(20)</sup>, com 4% dos casos de agravo fetal. Por solicitação da família ou da gestante, 21% foi encaminhada.

A maioria dos encaminhamentos ao serviço pediátrico ocorreu para rotina em gestantes que não apresentavam agravos, o que é ideal para a prevenção de injúrias e estimulação ao cultivo da relação médico paciente aproveitando um momento emocionalmente propício. Esta ação garante melhores índices de cumprimento dos esquemas vacinais para a gestante e para o recém-nascido ao longo da infância, melhor tempo de amamentação no pós-natal e diminuição do número de consultas pediátricas no primeiro ano de vida da criança devido à maior capacitação dos cuidadores<sup>(9,20)</sup>.

Neste estudo os encaminhamentos ocorreram em sua maioria no terceiro trimestre de gestação 61%, no segundo trimestre em 33,3% e no primeiro trimestre em 5,56%. As indicações de encaminhamento variam desde gestantes múltiplas sem agravos e primíparas que desejam ter mais conhecimento dos cuidados até casos de distúrbios genéticos ou cromossômicos ou histórico de óbito fetal. Logo, de acordo com o diagnóstico de agravo materno fetal durante o decorrer do acompanhamento do pré-natal, a CPPN pode ser antecipada para dar suporte à família e capacitação de respostas eficazes frente à adversidade<sup>(9)</sup>.

Este fato levanta o questionamento da importância de capacitação frequente visto que 36% da amostra nunca encaminhou a gestante ao serviço pediátrico e 72% nunca trabalhou com o serviço pediátrico de sua instituição refletindo, talvez, a ausência de mecanismos de referência e contrarreferência deixando a confiabilidade total do encaminhamento somente no pós-parto pela caderneta da gestante, muitas vezes com déficit de informações.

Mei *et al.* <sup>(20)</sup> afirmam que a CPPN não é apenas uma consulta para “reunião e saudação” e sim um instrumento reconhecido da assistência pré-natal integral que, em concordância com Price<sup>(15)</sup>, reforça que a CPPN é uma ferramenta capaz de influenciar múltiplas medidas de saúde pública ao binômio materno-fetal. Vislumbra-se que, se a consulta pediátrica pré-natal é uma ação preventiva de agravos, todas as gestantes deveriam ser encaminhadas, não só as que apresentem agravos materno-fetais.

Assim, mecanismos de referência e contrarreferência multidisciplinares garantem um atendimento contínuo e integrado com utilização eficiente de recursos num tratamento mais holístico<sup>(25,34,35)</sup> promovido pela coordenação do cuidado. Coordenação do cuidado, por sua vez, é estabelecida, de acordo com Fracolli *et al.*<sup>(36)</sup>, como promoção de uma completa visão da saúde do usuário, permitindo que os profissionais de saúde identifiquem de maneira mais precisa as necessidades individuais e os fatores de risco, abordando causas subjacentes além de evitar duplicação de serviços como exames e prescrições repetidas, diminuindo gastos públicos.

Pesquisadores<sup>(34)</sup> identificaram estudos que destacam problemas sistemáticos na qualidade de serviços e ações da ESF, que afetam sua completude, a integralidade das ações, seja na saúde da mulher.

As dificuldades foram a falta de adesão dos profissionais para responder o questionário online e poucos trabalhos que determinem as dificuldades que os serviços de obstetrícia enfrentam ao encaminhar ao pediatra. Desta forma, abre-se a sugestão para outros estudos sobre a detecção do diagnóstico de entraves para este mecanismo de ação como dificuldade de diálogo multiprofissional, desconhecimento e falta de resgate da demanda, descontinuidade do seguimento devido à mudança de gestores e sugestão de melhorias como aprimoramento de protocolos e educação permanente tanto do profissional como da gestante sobre seu direito.

A integração multiprofissional no pré-natal, incluindo encaminhamentos para outras áreas da saúde, é reconhecida como relevante para saúde materno-infantil. Estudo recente evidenciou a importância da articulação entre obstetrícia e odontologia no cuidado gestacional<sup>(37)</sup>. De modo convergente, diretrizes internacionais recomendam que o pré-natal seja organizado como cuidado integral, com participação de diferentes profissionais e orientação antecipada à família sobre cuidados ao recém-nascido<sup>(13)</sup>. Neste contexto, a consulta pediátrica no pré-natal é construtiva na orientação parantel e no seguimento neonatal.

A consulta pediátrica pré-natal é crucial para a saúde da gestante e do feto, pois promove a identificação precoce de complicações e a orientação sobre cuidados essenciais. Esta prática não apenas fortalece o vínculo entre a mãe e os serviços de saúde, mas também assegura que as necessidades de saúde do feto sejam atendidas de forma adequada. Além disso, a consulta permite a

educação da gestante sobre práticas de saúde, como a alimentação e a vacinação, contribuindo para um desenvolvimento saudável do recém-nascido. A implementação sistemática dessas consultas, portanto, é fundamental para garantir a integralidade da atenção à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

## CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que 64% dos profissionais realizam encaminhamentos de gestantes da obstetria para a pediatria, predominantemente no terceiro trimestre, motivados sobretudo pela suspeita de agravos fetais e pela necessidade de acompanhamento pediátrico. Contudo, a ausência de sistematização e as fragilidades nos fluxos de referência e contrarreferência evidenciam limitações organizacionais que comprometem a integralidade da atenção pré-natal no SUS.

Diante disso, a Consulta Pediátrica Pré-natal configura-se como estratégia relevante para qualificar o cuidado materno-infantil e favorecer a continuidade assistencial. Recomenda-se a capacitação dos profissionais, a definição de protocolos e a inclusão do tema na formação médica, visando organizar os encaminhamentos, fortalecer a articulação entre serviços e contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil.

## REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Pereira-Esteves AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Nogueira da Gama SG. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:8.
2. Jimenez OC, Lindo AC. Consulta pediátrica pré-natal: objetivos e benefícios. *JCBM*, 2020;9(2):151-5, 2020. <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3162>.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. DC. Tratado de Pediatria. In: França NPS. 6 ed. São Paulo: Editora Manole Ltda; 2025. p. 81.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. DC. A consulta pediátrica Pré-Natal - Atualização 2023. Documento Científico. n. 100, set. 2023. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/24121d-c\\_consultapediatria\\_prenatal-atualiz2023.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24121d-c_consultapediatria_prenatal-atualiz2023.pdf).
5. França NPS. A consulta pediátrica pré-natal. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2022.
6. Penholati RRM, Boroni JD, Carvalho EAA. Consulta pediátrica pré-natal. *Rev Méd*. 2014; 24(2):254-261. <https://www.rmmg.org/exportar-pdf/1607/v24n2a17.pdf>.
7. Fernandes TF. Habilidades básicas do pediatra. In: Burns AAR et al. Tratado de pediatria. 4 ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 51-5.

8. Koletzko B, Brands B, Chourdakis M, Cramer S, Grote V, Hellmuth C et al. The Power of programming and the early nutrition project: opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life and beyond. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2014;64(3-4):187-96. doi: 10.1159/000365017.
9. Yogman M, Lavin A, Cohen G. Comitê de aspectos psicossociais da saúde da criança e da família. *The Prenatal Visit. Rev. Pediatria*. 2018;142(1): p. e201812182018. doi: 10.1542/peds.2018-1218. PMID: 29941679.
10. López-Candiani C. La consulta pediátrica prenatal. *Acta Pediátr Méx*.2014;35(1):69-73: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912014000100010&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912014000100010&script=sci_arttext).
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. DC. Tratado de Pediatria. In: França NPS. 5 ed. São Paulo: Editora Manole Ltda; 2022. p. 217-9.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Panorama do Censo 2022. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Sociedade Brasileira de Pediatria. DC. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Departamento Científico de Neonatologia; 2017. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20399b-DocCient\\_-\\_Prevencao\\_da\\_prematuridade.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf)
15. Price K. Establishing a pediatric prenatal visit at The Health Center (THC) In: Plainfield VT. *Family Medicine Clerkship Student Projects*. Burlington: University of Vermont; 2018;400. <https://scholarworks.uvm.edu/fmclerk/400>.
16. Garcia AG. Educación sanitaria de la madre primeriza en el área V de Asturias: efectos de la implantación de la visita pediátrica prenatal sobre resultados de salud y uso de los servicios sanitarios. 2020. Tese (Programa de doctorado em Ciência de la Salud Universidad de Oviedo). Oviedo; 2020.
17. Sociedade Brasileira de Pediatria. DC. Imunização na gestação, pré-concepção e puerpério. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm); Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2020. <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/22771e-dt-imunizacao-gestao-pre-concepcao-e-puerperio.pdf>.
18. Lecorguillé M, Teo S, Phillips CM. Maternal dietary quality and dietary inflammation associations with offspring growth, placental development, and DNA methylation. *Nutrients*, 2021;13(9):3130.
19. Parrettini S, Caroli A, Torlone E. Nutrition and metabolic adaptations in physiological and complicated pregnancy: focus on obesity and gestational diabetes. *Front Endocrinol*.2020;11:611929.
20. Mei TL, Aligne CA, Vanscott JL. A visit to the pediatrician as a part of comprehensive prenatal care? *Matern Child Health J*. 2024;28(1):76-82, 2024.

<https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/pediatrics/training/plc/documents/PAS-PPV-2022-Mei-aa.pdf>.

21. Sedgwick P. Statistical Question: cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ*. 2014;348:g2276. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2276>.
22. Setia MS. Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian J dermatol*. 2016;61(3):261-4. <https://journals.lww.com/ijod/fulltext/2016/>.
23. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*. 2020;158(1):S65-S71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369220304621>.
24. Likert RA technique for the measurement of attitudes. *Arch Psych*.1932;22(140); 1-55. <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001/>.
25. Dos Santos RC, Bispo LDG, Ferreira LLL, Souza JLS, Jesus LS, Teixeira VS et al. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. *RAS*. 2021;19(69):51-65. ISSN 2359-4330. [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/7614](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7614).
26. Baron-Cohen S, Radecki MA, Greenberg DM, Warrier V, Holt RJ, Allison C. Sex differences in theory of mind: The on-average female advantage on the Reading the Mind in the Eyes Test. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(12):1440-41. [https://docs.autismresearchcentre.com/papers/2022\\_Baron-Cohen\\_Sex-differences-in-theory-of-mind-commentary.pdf](https://docs.autismresearchcentre.com/papers/2022_Baron-Cohen_Sex-differences-in-theory-of-mind-commentary.pdf).
27. Ávila RC. Women and medical schools. *Rev Bras Educ Méd*. 2014;38:142-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100019>.
28. [Guariente SMM](#), [Guariente MMHDM](#), [Moraes A](#). Perfil sociodemográfico e educacional do estudante ingressante no curso de graduação em medicina de 2004 a 2013: análise documental. *Rev Méd*. 2020;30:e-30102, 2020. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118156>.
29. Fernández-Ortega MA, Ponce-Rosas ER, Ortiz-Montalvo A, Fajardo-Ortiz G, Jiménez-Galván I. Caracterización de seis generaciones de egresados de medicina. *Cirugía y Cirujanos*. 2020;88(3):269-76. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2444-054X2020000300269&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000300269&lng=es). Epub15-Nov-2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000881>.
30. [Pereira DVR](#), Fernandes DDR, Mari JF, Lage ALDF, Fernandes APPC. Mapping of medical schools: the distribution of undergraduate courses and annual vacancies in Brazilian cities in 2020. *Rev Bras Educ Méd*. 2021;45(1);e005.
31. Fehn LA C. O ensino médico privado- expansão e tendências na Índia e no Brasil. 2019. 126 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2019. <https://www.btd.uerj.br:8443/handle/1/4504>.
32. Cherchiglia ML. Pay for medical labor: a study of systems and forms of payment in general hospitals in Belo Horizonte, Brazil. *Cad Saúde Pública*.1994;10(1):67-79. <https://europepmc.org/article/med/15094920>.

33. Luiz RR, Bahia L. Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(4):689-98. <https://mesh.nlm.nih.gov>.
34. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate.* 2018;42(número especial 1);208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.
35. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.* Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
36. Oliveira LGF, Fracolli GF, Farias LG, Pereira TZZ, Silva EEA, Santos JC, et al. Coordenação do cuidado: atributo fundamental para otimização da atenção primária à saúde. *Contrib. Cienc. Soc.* 2024;17(1):1890-905, 2024. doi: 10.55905/revconv.17n.1-109
37. Lazzarin HC, De Paulo LN, Rigo MJ, Brand PC, Landgraf, TFA. Percepção de gestantes e cirurgiões-dentistas quanto à importância do pré-natal odontológico. *Arq. Mudi.* 2026; 30(1): e77654. Doi 10.4025/arqmudi.v30i1.77654.