

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA LUÍZA RENNÓ MOREIRA BALDASSARIS

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS
2011

MARIA LUÍZA RENNÓ MOREIRA BALDASSARIS

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Sônia Maria Nunes
Viana

MARIA LUÍZA RENNÓ MOREIRA BALDASSARIS

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Sônia Maria Nunes
Viana

Banca Examinadora

Profa.Sônia Maria Nunes Viana

Fernanda Magalhães Duarte

Aprovada em Belo Horizonte 17/12/2011

Dedico este trabalho ao meu marido **Francisco Renato** e ao meu filho **Davi**, amores da minha vida, que a todo momento estiveram ao meu lado, incentivando e dando forças para concretização deste meu objetivo.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida.

Aos meus familiares, em especial à minha mãe, pelo afeto e dedicação e ao meu sobrinho Matheus pela companhia nas viagens para os encontros presenciais.

À minha orientadora Professora Sônia Maria Nunes Viana pela ajuda essencial para realização deste trabalho, com suas sugestões sempre estimulantes. Obrigada!

Às tutoras de Campos Gerais pelos conhecimentos transmitidos.

À tutora Érika pela amizade, auxílio e apoio em todos os momentos do curso.

Às colegas do Curso de Especialização pelos bons momentos compartilhados.

"Caminhar com bom tempo, numa terra bonita, sem pressa, e ter por fim da caminhada um objetivo agradável: eis, de todas as maneiras de viver, aquela que mais me agrada."

Jean Jacques Rousseau

RESUMO

Pré-Natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propicia assistência pré-natal de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal. Este estudo é importante para demonstrar a relevância da assistência à mulher no pré-natal pela ESF, contribuindo para diminuir a morbidade e mortalidade relacionada à gravidez. Teve como objetivo compreender a produção científica sobre a importância do atendimento pré-natal nas unidades de ESF e através disso subsidiar tanto a manutenção de ações já realizadas quanto a mudanças nos serviços que estejam deficientes, visando à adequação da assistência pré-natal e garantia de acesso aos serviços de saúde na área de abrangência da equipe ESF 20 – Bairro Belo Horizonte em Pouso Alegre. Para isso foi realizado uma revisão bibliográfica utilizando a Revisão Narrativa. Inúmeros são os estudos que tratam da avaliação da assistência pré-natal. E eles evidenciam uma boa adequação de assistência pré-natal oferecida pela ESF. Encontrou-se um desempenho superior do atendimento pré-natal da ESF comparado ao modelo tradicional, em alguns procedimentos, mas também foi identificado que existem outros que estão aquém do esperado, mostrando que as práticas dos profissionais de saúde na atenção ao pré-natal devem continuar sendo aperfeiçoadas. Este trabalho permite destacar as especificidades do modelo de assistência preconizado pela ESF, no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos mesmos profissionais a cada oportunidade de contato do usuário com o serviço de saúde. Esta característica, dentre outras, proporciona, no caso das gestantes, a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez.

Palavras chaves: Pré-Natal, Saúde da Família, Saúde da Mulher, Avaliação.

ABSTRACT

Prenatal is the period before the child's birth, in which a set of actions is applied to the individual and collective health of pregnant women. The Family Health Strategy (ESF) provides prenatal care quality, and the bond established between professionals with pregnant women is essential for the adherence of the same program of prenatal care. This study is important to demonstrate the importance of assistance to women in prenatal care by the ESF, contributing to reduce morbidity and mortality related to pregnancy. The objective was to understand the scientific literature on the importance of prenatal care in the units of ESF and thereby subsidize both the maintenance of actions already carried out for changes in services that are disabled in order to the adequacy of prenatal care and ensuring access to health services in the area of the team ESF 20 - Belo Horizonte Pouso Alegre. For this literature review was conducted using the Review Narrative. There are countless studies that deal with the evaluation of prenatal care. And they show a good adequacy of prenatal care offered by the ESF. There was a superior performance compared to the traditional, in some procedures, but was also identified that there are others who are less than expected, showing that the practices of health workers in antenatal care should continue to be improved. This work allows us to highlight the specifics of the care model advocated by the ESF, in which care is usually provided by the same professionals every opportunity to user contact with the health service. This feature, among others, provides, in the case of pregnant women, the security desired and necessary in the course of pregnancy.

Keywords: Prenatal, Family Health, Women's health, Evaluation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO	14
3. METODOLOGIA	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	16
4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	24
4.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ESF NO PRÉ-NATAL	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

Pré- Natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Nesse período, as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível entre outras coisas realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas. (XIMENES NETO et al, 2008)

O atendimento pré-natal na atenção básica deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da área de abrangência do serviço de saúde, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis. Para isso a estrutura física desse serviço deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes. (FEBRASGO, 2005)

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no qual o respeito a seus direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores. (COSTA et al, 2009) O acompanhamento de pré-natal deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde conforme determina a Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Esta portaria institui o PHPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 2º da portaria traz os princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Nele, toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, além de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e que a assistência seja realizada de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000)

O cuidado com uma gestante implica, antes de tudo, no cuidado com a sua pessoa, com as suas necessidades, com a sua história, com a sua responsabilidade para com a criança que carrega. (MINAS GERAIS, 2006)

As consultas de pré-natal visam promover bem estar materno e fetal, sendo sua adequação uma condição importante para que se garanta a efetividade dos cuidados às gestantes. Elas são geralmente de rotina e, obedecem a uma seqüência sistemática. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. É fundamental que ele seja iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre. O número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre. O espaçamento menor das consultas no último trimestre visa à avaliação do risco perinatal e

das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. (COELHO e PORTO, 2009)

A monitorização do peso e da pressão sangüínea, os testes de sangue e urina, as informações específicas sobre dieta, repouso e atividade além da preparação para o parto compõe o cuidado pré-natal. (XIMENES NETO et al, 2008)

A assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intra-uterino, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial prestada neste período. (GONÇALVES et al, 2008) Cabe ressaltar que 92% das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, tais como melhorar a qualidade do cuidado perinatal e garantir o acesso ao serviço de saúde.(BRASIL, 2006)

Com a finalidade de reorganização da atenção básica e reformulação do modelo assistencial vigente, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual se respalda nos princípios da integralidade, da vigilância à saúde, da equidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais apenas de um "programa". Representa uma estratégia de organização de acesso (porta de entrada) a serviços simples e complexos (referência) além de atualizar os conceitos tradicionais de distrito sanitário e a própria noção de hierarquização da atenção à saúde observada no texto constitucional de 1988. (COSTA et al, 2009)

A ESF apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Como estratégia, tem os princípios operacionais de adscrição da clientela, da integralidade da atenção, do planejamento local e regional, da equidade do acesso aos serviços, do controle social, da ação intersetorial e do trabalho em equipe.

A ESF propicia assistência pré-natal de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais da Unidade e os Agentes Comunitários de Saúde com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal. Este estudo poderá subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto a sua modificação, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência.

Pouso Alegre é uma cidade sul mineira com 126.836 habitantes, segundo censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2010. É a segunda maior cidade do sul de Minas Gerais (atrás apenas de Poços de Caldas) e a 18ª maior do

estado. Posicionada às margens da rodovia Fernão Dias, situa-se no eixo principal da rota tecnológica, no centro do eixo comercial – Belo Horizonte e São Paulo. Esta posição é favorável principalmente por estar ligada à BR 459 e BR 381, pela circulação de mercadorias e por ser o corredor do transporte de 20% da produção industrial de Minas Gerais e São Paulo. (GUIA DE POUZO ALEGRE, 2011)

O município é considerado um Pólo Regional no setor de saúde, contando com uma rede hospitalar e centros de diagnóstico que atendem toda região. Com destaque o Hospital das Clínicas “Samuel Libânio”, que atende 54 municípios sul mineiros, como também aos acidentados nas rodovias da região, além de executar exames laboratoriais e radiológicos e serviços mais sofisticados, como cirurgias cardíacas, transplantes de rins e instalações para hemodiálise.

Atualmente, possui 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família, com cobertura de 50,19% da população e 16.000 famílias cadastradas (SIAB, 2011). A equipe 20 está situada no bairro Belo Horizonte na periferia da cidade, tendo sido criado há 30 anos a partir do loteamento do local, que se encontra em expansão até os dias atuais. É constituído por uma população estimada de 3.000 habitantes.

O bairro possui uma creche que acolhe crianças até os 5 anos de idade, e uma escola responsável pelo ensino fundamental. Há uma Igreja Católica, dois Centros Espíritas e uma Igreja Evangélica, sendo nessa última onde se encontra o maior número de fiéis. A população economicamente ativa do bairro está empregada, em sua maioria, nas Empresas situadas na cidade de Pouso Alegre e o restante se valendo das mais variadas atividades, segundo diagnóstico situacional realizado no ano de 2010. (CARDOSO; FARIA; SANTOS, 2008)

A equipe 20 de Estratégia de Saúde da Família do Bairro Belo Horizonte (ESF BH) iniciou suas atividades em janeiro de 2010, sendo atualmente constituída de uma Médica (autora deste estudo), uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem e cinco Agentes Comunitárias de Saúde que trabalham exclusivamente na ESF. Com isso, cria um vínculo efetivo com a comunidade, conhecendo cada paciente, sua história de vida e de sua família. As agentes de saúde são moradoras do bairro com um vínculo forte com a população. Elas estabelecem uma ponte entre a população local e a equipe.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) apoiado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, tem a perspectiva de cumprir seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

Ele trouxe a oportunidade e o aprendizado quanto à realização do Diagnóstico Situacional da área de abrangência da Equipe ESF BH. Com isso, os principais problemas encontrados foram: risco cardiovascular aumentado, demora nos resultados de exames, drogas e alcoolismo, depressão, alta prevalência de doenças comuns da infância, alta demanda em ginecologia e obstetrícia, falta de informação, falta de esgoto e doenças da pele. (CARDOSO; FARIA; SANTOS, 2008)

O problema “alta demanda em obstetrícia” foi escolhido para ser abordado neste estudo, pois, com o ingresso na saúde pública, percebeu-se que o atendimento universal, na sua integralidade, abrangia todo o indivíduo e tudo que o cerca. Com isso, lidar com a vida desde o seu início, intraútero é fascinante. Também há o desafio nacional de reduzir a morbimortalidade perinatal, ainda elevada no Brasil, e as ações materno-infantis são custo efetivas.

Torna-se oportuno o estudo sobre Pré-natal no âmbito da ESF, já que 52% da população da área de abrangência da ESF BH é do sexo feminino. Sendo que 67% das mulheres têm idade fértil. Em torno de 5% das mulheres em idade fértil encontram-se gestantes. (SIAB, 2011)

O serviço de Pré-natal da cidade de Pouso Alegre é referência para a região, principalmente para as consultas de Alto-risco. Com isso, a demanda torna-se maior ainda. Cabe destacar que mesmo com esses índices a unidade da ESF BH não possui profissional especialista para atender as gestantes. Portanto, a figura do Médico da ESF e de sua equipe torna-se ainda mais importante, pois é competência da equipe interdisciplinar a receptividade e a acolhida a todo cliente, principalmente a mulher grávida.

A Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro BH acolhe as gestantes cadastradas. Confirmada a gravidez, a enfermeira ou a médica realiza o cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento do SISPRENATAL, fornecendo o número e anotando-o no Cartão da Gestante. O acompanhamento delas é feito mensalmente até a 36ª semana de gestação e após, semanalmente até o nascimento e que continua posteriormente com uma consulta no puerpério.

Este estudo é importante para demonstrar a relevância da assistência à mulher no pré-natal pela Estratégia de Saúde da Família. Isso possibilitará a aquisição de informações para melhorar o atendimento e a comunicação com as usuárias da área de abrangência. O atendimento pré-natal realizado pela equipe de ESF pode contribuir para diminuir a morbidade e mortalidade relacionada à gravidez, como já descrito. Além disso, este estudo pode subsidiar a organização do processo de trabalho no atendimento pré-natal na USF. Isso é importante por que deixará contribuições para outros profissionais e serviços que enfrentam realidade similar. Além de aumentar as publicações sobre Pré Natal na

Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para o crescimento e fortalecimento da ciência, norteando outros serviços.

2. OBJETIVO

Compreender a produção científica sobre a importância do atendimento pré-natal nas unidades de ESF e através disso subsidiar tanto a manutenção de ações já realizadas quanto a mudanças nos serviços que estejam deficientes, visando à adequação da assistência pré-natal e garantia de acesso aos serviços de saúde na área de abrangência da equipe ESF 20 – Bairro Belo Horizonte em Pouso Alegre.

3. METODOLOGIA

Foi realizado uma revisão bibliográfica utilizando a Revisão Narrativa. A revisão da literatura narrativa ou tradicional apresenta uma temática aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo freqüentemente menos abrangente em comparação com a revisão sistemática. (CORDEIRO et al, 2007)

É apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constitui de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica do autor.

Ela tem papel fundamental para a educação continuada, pois, permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo. (ROTHER, 2007)

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa: textos – módulos do CEABSF; livros-textos; biblioteca virtual de saúde (bireme), utilizando descritores de ciências da saúde (decs), nas bases Lilacs e Scielo. Isso dentro de um período definido (últimos 5 anos).

Na pesquisa eletrônica foram buscados os Decs: **Pré-natal**, **Saúde da Família** e os dois somados, sendo selecionados 15 artigos. Foram escolhidos os artigos que continham avaliação do atendimento de Pré-natal ou a comparação de serviços de assistência (UBS e ESF) e, ainda, estudos sobre o impacto desses fatores na população.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

No Brasil, a atenção à saúde materna e infantil historicamente, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, com destaque aos cuidados durante a gestação. A partir do ano 1970, tal política teve um incremento substancial, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, com ampliação da atenção ao pré-natal, face ao reconhecido impacto e transcendência que esta produz no estado sanitário da mãe e do feto. (XIMENES NETO et al, 2008)

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil é reconhecida como prioritária. A assistência pré-natal influencia diretamente os coeficientes de morbidade e mortalidade materna e infantil e possui um alto potencial indicativo da qualidade dos serviços de saúde, devido à importância que este serviço tem no conjunto da Atenção Básica, como: oferta mínima e obrigatória; ampla distribuição nacional; exigência da disponibilidade de médico, enfermeiro, exames laboratoriais, agendamento de consultas, instalações e instrumental adequados. Além disso, a cobertura do pré-natal consiste em um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRITO et al, 2008)

Pré-natal é a assistência prestada à gestante desde o início da gravidez, visando melhoria das condições de saúde para mãe e feto, prevenindo problemas que podem afetar ambos durante os nove meses de gestação, possibilitando que no fim da gravidez ocorra o nascimento de uma criança saudável, promovendo bem-estar materno e neonatal. (SILVA e MONTEIRO, 2010)

Em um estudo que buscou o significado do pré-natal para mulheres grávidas, as entrevistadas referiram que o pré-natal significa a real possibilidade de se conhecer e praticar os cuidados necessários, em relação ao bebê e em relação à mãe. Como está o filho e a mãe e a possibilidade de se prevenir doenças e complicações para ambos também foram aspectos destacados por elas. (DUARTE e ANDRADE, 2008)

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for acompanhada adequadamente, existindo a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para mãe quanto para o feto. (BRITO et al, 2008)

O cuidado básico no período pré-natal pode contar com ações que variam do simples ao complexo. A qualidade da assistência não é, necessariamente, proporcional à

sofisticação da tecnologia utilizada, uma vez que a maioria dos agravos pode ser prevenida por tecnologias de pouca complexidade e custo. (COELHO e PORTO, 2009)

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças físicas e emocionais - que cada gestante vivencia de forma distinta. (BRITO, et al, 2008) Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (XIMENES NETO, et al, 2008).

O pré-natal ainda caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato freqüente e planejado da gestante com os serviços de saúde, realiza o rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez, (BRITO, et al, 2008) para promover a segurança da saúde da mãe e do feto oferecendo atendimento diferenciado nos variados graus de exigência, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

A gravidez é considerada de baixo risco quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade e cujas morbidades e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população geral, ou seja, somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. Quando são identificados os fatores associados com pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais freqüentes e com maior complexidade (XIMENES NETO et al, 2008).

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura às gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Constituem uma importante ação programática, uma vez que permitem acompanhar a gravidez da gestante e identificar situações de risco para a mãe ou para o feto, corrigindo-as quando necessário. (MENDOZA-SASSI, et al, 2011)

Uma atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos no recém-nascido, como retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil. (MENDOZA-SASSI, et al, 2011). Contribui, também, para a redução da taxa de óbitos maternos e para a redução dos custos hospitalares, haja vista, que as complicações no pós-parto geram custos adicionais decorrentes dos cuidados com recém-nascidos e puérperas no que se refere às despesas com consumo de medicamentos, materiais e insumos, internações hospitalares e realização de procedimentos de média e alta complexidade. (SILVA e MONTEIRO, 2010)

A mortalidade é um indicador da realidade social de um país e de seu povo, bem como da determinação política de realizar ou não ações de saúde comunitária. (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2006)

A morte materna continua sendo um problema relevante, apesar da comprovação de que 92% dos casos associados ao período gravídico puerperal poderiam ser evitados com uma atenção pré-natal adequada, uma vez que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições da assistência ao pré-natal. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, quase 3/4 das mortes maternas ocorridas em países pobres são evitáveis, 26% com o pré-natal e 48% com a ampliação do acesso aos cuidados obstétricos de qualidade. (VIDAL et al, 2011)

Apesar da importância do cuidado pré-natal, pesquisa realizada em 22 capitais brasileiras em 2002 demonstrou que a assistência pré-natal no país é desarticulada e parcial (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2006). Deste modo, a atenção à saúde da mulher na gestação e parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quantos nos aspectos relacionados ao debate filosófico em torno do cuidado. (COSTA et al, 2009)

Segundo Gonçalves et al (2008), a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. O número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partiu de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no PHPN consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas. (BRASIL, 2006)

Os índices de adequação do pré-natal são baixos, como mostram alguns estudos realizados nos últimos anos (em torno de 33% das gestantes recebem atendimento inadequado) e o trimestre de início do acompanhamento ainda apresenta valor inferior ao desejado (aproximadamente 13% das mulheres iniciam o pré-natal tardiamente). (MENDOZA-SASSI, et al, 2011)

Estudos apontam ainda que, nos países subdesenvolvidos, onde a assistência médica é precária, a atenção pré-natal representa a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. (GONÇALVES et al, 2008)

Ciente da importância da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) lançou por meio da Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderissem a este programa.

O PHPN teve a pretensão de anunciar o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Suas principais estratégias são:

assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. (GONÇALVES et al, 2008)

O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde ao PHPN com intuito de melhorar as condições de atendimento, por meio da mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas, contemplando, além daquilo que se vê e se palpa, também o que se ouve e o que foi descrito pela mulher, de modo que o atendimento seja eficiente e participativo. Ressalta-se, também, a participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério, pois desse modo, a atenção ao pré-natal deixa de ser um ato técnico, centrado no útero gravídico (DUARTE e ANDRADE, 2008)

O profissional que dá assistência pré-natal deve conhecer a fisiologia da gravidez, a fisiopatologia das intercorrências clínicas e as modificações emocionais do ciclo gravídico-puerperal (BENIGNA et al, 2004).

Na hipótese de gravidez, identificam-se sintomas característicos, por exemplo, queixa de atraso menstrual, náuseas e vômitos, sensibilidade mamária, polaciúria, constipação, irritabilidade, entre outros, inclusive o aumento do volume abdominal, segundo o tempo da gestação. Na ocasião é solicitado o teste confirmatório da gravidez (DUARTE e ANDRADE, 2006).

O exame para diagnóstico laboratorial mais comumente utilizado é a dosagem do hormônio gonadotrófico coriônico encontrado na urina ou no sangue materno, sendo solicitado pelo enfermeiro ou pelo médico, de acordo com as rotinas estabelecidas. Com o resultado positivo, procede-se à assistência ao pré-natal propriamente dita. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal, dentre elas figuram desde rotinas preconizadas para consultas até a definição de fatores de risco na gravidez e definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, sendo a garantia dos exames básicos uma destas ações (XIMENES NETO et al, 2008).

Os critérios para avaliação da qualidade da assistência estabelecidos pelo MS são:

- Número de consultas;

O calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. (COELHO e PORTO, 2009).

Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. (BRASIL, 2006)

O aumento no número de consultas de pré-natal é inversamente proporcional a taxas de mecônio no líquido amniótico, de índices de Apgar menores que 7 no primeiro e quinto minutos, de natimortalidade, bem como na incidência dos nascimentos pré-termo e de fetos de baixo peso. (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2006)

- Início do acompanhamento pré-natal o mais precoce possível;

Entre as atividades que os municípios devem desenvolver nas redes de serviço estão os mecanismos estabelecidos de captação precoce da gestante na comunidade, pois o início a atenção pré-natal mostra-se essencial e configura a estrutura e o fortalecimento das ações em atenção básica. A idade gestacional em que a mulher inicia o pré-natal é fator condicionante para o desfecho favorável do processo gestacional. O início precoce do pré-natal é considerado um indicador sensível da adequação e do impacto dos programas de intervenção nesta área, em vista de sua relação estreita com a assistência prestada à gestante. A captação precoce das gestantes significa a identificação, na comunidade, de mulheres grávidas e seu encaminhamento para realizar a primeira consulta de pré-natal até 120 dias, após a detecção da gravidez. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

- Distribuição das consultas durante o pré-natal;

Em uma situação ideal, o intervalo entre as consultas deverá ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando, entre outras ocorrências, a avaliação da pressão arterial, a verificação de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíacos. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

- Solicitação de exames complementares obrigatórios;

Hemograma; tipagem sanguínea e determinação do fator Rh; Coombs indireto (se necessário repetir na 24ª, 28ª, 32ª e 36ª semana); urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum (na 1ª. consulta, na 30ª semana e devendo ser repetido no parto); sorologia para sífilis (no 1º, 2º, e 3º, trimestre); sorologia para toxoplasmose são os exames complementares obrigatórios ao longo da gestação.

Para realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência às gestantes e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes da rede de atenção à saúde, garantir a realização dos exames básicos (XIMENES NETO, et al, 2008).

A garantia de exames básicos que diagnosticam ou previnem agravos/doenças como anemias, sífilis congênita, aids, infecção urinária dentre outros são essenciais para uma satisfatória atenção ao pré-natal e qualidade de vida materna e infantil, permitindo a redução dos riscos de aquisição de morbidades e mortalidade perinatal e neonatal.

Tais avaliações são imprescindíveis na detecção de doenças que podem resultar em problemas para a mãe e para o concepto. Como exemplo tem-se a toxoplasmose que é uma infecção especialmente prejudicial pela gravidade das lesões produzidas, muitas vezes definitivas. Outro exemplo é o exame de glicemia que é fundamental, pois algumas mulheres com níveis glicêmicos normais, anterior à gravidez, podem desenvolver o diabetes gestacional responsável, quando não tratado, por elevado índice de morbimortalidade perinatal, sobretudo a macrossomia fetal. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

O pré-natal poderá ganhar muito em qualidade se também fizerem parte da rotina os seguintes exames: pesquisa de HbsAg, ultrassonografia fetal e exame imunológico para rubéola. Considerando-se que não existe nenhuma ação ou tratamento que possa interferir na transmissão vertical da rubéola, esse exame serve para diagnóstico sorológico materno, predição de risco para rubéola congênita e indicação de futura vacinação. (COELHO e PORTO, 2009)

Segundo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO para que o acompanhamento da gestante seja efetivo, a estrutura da unidade precisa, ainda, permitir o acesso aos exames laboratoriais especializados, quando pertinentes.

No que se refere aos exames laboratoriais, outros autores recomendam a solicitação de outros exames: sorologia para rubéola IgM e IgG, sorologia para hepatite B, sorologia para hepatite C, sorologia para citomegalovírus, exame parasitológico de fezes. (GONÇALVES et al, 2008; SILVA e MONTEIRO, 2010).

- Realização do exame obstétrico durante o pré-natal;

Realizar medida do peso, verificação pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal e toque vaginal quando necessário.

- Realização de atividades educativas;

Participação de, pelo menos, um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata com orientação quanto a amamentação e parto.

A assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem. (DUARTE e ANDRADE, 2008)

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Quanto às práticas educativas com gestantes e familiares, o Ministério da Saúde destaca as discussões realizadas em grupos, com trocas de experiências entre os

componentes do grupo, além de dramatizações. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes. As palestras muitas vezes não problematizam os temas relacionados ao período perinatal e percebe-se em vivências, que a linguagem utilizada é técnica e não a coloquial própria da comunidade, o que pode dificultar o entendimento ou produzir ruídos de comunicação (XIMENES NETO et al, 2008).

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar.

- Vacinação anti-tetânica (VAT):

É verificado na primeira consulta a situação vacinal, imunizando a gestante, se indicado, na mesma oportunidade. A vacinação tem por finalidade proteger a gestante e o recém-nascido contra o tétano. É utilizada a vacina dupla, tipo adulto (dT) ou, na falta desta, com o toxóide tetânico (TT). O esquema vacinal é feito de acordo com a história de vacinação anterior e a gestante que não recebeu nenhuma dose do imunobiológico com o toxóide tetânico DPT, DT, dT ou TT, ou que não completou o esquema proposto deverá ser considerada não vacinada. Providencia-se a atualização, cujo esquema básico consta de três doses com intervalos de 60 dias entre elas, podendo este esquema ser alterado de acordo com a idade gestacional e o risco potencial para o binômio. Se a gestante estiver imunizada (aquela que recebeu as três doses de vacinas que contenham o toxóide tetânico), verifica-se se há necessidade de vacina de reforço que, no caso da grávida, é de cinco anos após a última dose. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

Uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para obtenção de bons resultados da gestação. (BENIGNA et al, 2004)

Deve-se garantir que a puérpera seja avaliada no quinto dia (ou, no máximo, até o 10º dia) após a alta, quando ela terá oportunidade de trazer notícias do parto e de ser acompanhada para avaliação de complicações, cuidados com o recém-nascido, vacinação e orientações no caso de dificuldades na amamentação. Uma avaliação mais tardia (entre 30 e 40 dias) deve ser agendada para revisão do parto e planejamento familiar. (COELHO e PORTO, 2009)

A avaliação da assistência é uma estratégia importante para a melhoria da qualidade dos serviços e indicada pelo MS que recomenda sua monitorização contínua, por meio da observação de indicadores, utilizando-se o conceito de qualidade da atenção de Donabedian, considerando a tríade **estrutura, processo e resultado**, com maior ênfase no processo. (MIRANDA e FERNANDES, 2010) Faz parte do processo de atenção o conteúdo

dos cuidados realizados durante o pré-natal, e a avaliação é realizada mediante a comparação das práticas observadas com as recomendações do Ministério da Saúde sobre a atenção ao pré-natal, divulgadas por meio de manual técnico. (MENDOZA-SASSI et al, 2011)

O melhoramento da atenção pré-natal é essencial para prevenir mortes por doenças hipertensivas (24% das mortes maternas), hemorragia, sepsis e por outras causas diretas, além de permitir a indicação correta de cesarianas, ou seja, um pré-natal adequado é essencial para redução da morbi-mortalidade materna e neonatal, como já mencionado. (BENIGNA et al, 2004)

Ressalta-se a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Os temores mais comuns na gravidez têm relação íntima com as fantasias que surgem no período final da gestação, tais como medo da morte, da dor, do esvaziamento e da castração. Já a ansiedade pode estar associada a uma vivência negativa da experiência de pré-natal e parto. O medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade desenvolvidos durante o período gestacional e está associado ao aumento do risco de que a gestante tenha uma experiência de parto negativa, assim como de um novo pré-natal (DUARTE e ANDRADE, 2008).

É fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente a gestante trabalhadora, que contribui para a manutenção financeira da família e divide o tempo entre o trabalho e a assistência à saúde.

A literatura destaca a importância da atenção à saúde mental da gestante e sua relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-filho. Entretanto, ainda é escassa sobre programas de pré-natal que abordem efetivamente as questões emocionais, visando auxiliar a mulher a lidar com o processo de gestação e a maternidade. (MAÇOLA; VALE e CARMONA, 2010)

As atividades de comunicação/informação em saúde devem ser priorizadas no transcurso da atenção ao pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestar, repassando orientações/informações às gestantes, incluindo, também, seu companheiro e familiares (XIMENES NETO, et al, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as mulheres estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal e, respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando os serviços de saúde. Depositam sua confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas.

4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o arcabouço das políticas de saúde do país, regulamentado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988). A efetivação do SUS proporcionou a reversão do modelo assistencial centrado na doença, dando ênfase para atenção primária à saúde. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

Na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde e em substituição ao então modelo assistencial, o Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Nesse modelo, a família passa a ser objeto primário de atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive e de sua interação com o mesmo. (MOIMAZ et al, 2011)

Em meados de 2005, a nomenclatura programa saúde da família foi substituída por Estratégia Saúde da Família (ESF), o que representa um marco importante para demonstrar não apenas um novo programa de governo, mas sim a consolidação efetiva de um conjunto de ações destinadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, da família e da comunidade, de forma integral e contínua. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

A ESF é caracterizada pela ação contínua junto às atividades de saúde pública voltadas para a comunidade e visa a integração das ações entre os diversos profissionais e suas articulações com as reais demandas e necessidades da população, elegendo como ponto fundamental o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para tanto, fez-se necessária a mudança do objeto de atenção, desta vez voltada a grupos humanos, forma de atuação e organização dos serviços, sob novas bases e critérios. (MOIMAZ et al, 2011)

A Estratégia Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais. Procura reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada. (ALVES e AERTS, 2011)

Para a operacionalização da ESF, é necessária a criação de equipe multiprofissional que atue numa área delimitada. As práticas vão para além da unidade de saúde, envolvem a comunidade local em seu habitat, permitem o conhecimento da realidade e o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo. (DUARTE e ANDRADE, 2006) As ações básicas a serem executadas pelos profissionais da ESF estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) e constam de: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do Diabetes Mellitus, controle da Hipertensão Arterial, controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase e ações de saúde bucal.

Conforme as diretrizes da ESF, a cobertura da equipe é a proporção da população (famílias cadastradas) no modelo de atenção SF com relação à população geral do município. As equipes de ESF são compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. (BRASIL, 2011)

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de forma não somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, a desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não freqüentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que conheçam o seu território e as pessoas moradoras nessa área e tenham como rotina de trabalho a realização da visita domiciliar. (ALVES e AERTS, 2011)

As equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isso, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde. (ALVES e AERTS, 2011)

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no

Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias (BENIGNA et al, 2004).

4.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ESF NO PRÉ NATAL

A ESF possui uma linha de atendimento diferenciado para as gestantes e que envolve a identificação, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das mulheres com atraso menstrual na comunidade, o que pode indicar um provável diagnóstico de gravidez. Ao detectar uma mulher com atraso menstrual, o ACS agenda, imediatamente, a primeira consulta (MIRANDA e FERNANDES, 2010). Consegue-se assim a captação precoce das mulheres grávidas durante as visitas domiciliares.

O agente deve começar ou reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a equipe e, embora a atenção esteja voltada para a gestante, ele deve sempre lembrar que a assistência no domicílio é de caráter integral e, sistematicamente, deve abranger toda a família e o contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fatores de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser registrada e discutida com a equipe na Unidade de Saúde (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Importante salientar que o modelo adotado pela ESF preconiza a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde tornando possível detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no programa de Pré-Natal (GONÇALVES et al, 2008).

A adesão de 100% das gestantes ao Pré-Natal, sem abandono e/ou óbitos maternos requerem o estabelecimento de mecanismos efetivos de regionalização do sistema local de saúde, que ocorre na ESF, como forma de qualificar a assistência. (GONÇALVES et al, 2008)

A intervenção de enfermagem e médica inicia-se muitas vezes quando a mulher procura o serviço de saúde com medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber se está grávida. Na consulta, devem ser valorizadas as queixas referidas, ou seja, a escuta à gestante, visto que possibilitam a criação de ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança pela mulher. A maioria das questões apresentadas pela gestante, embora pareça elementar para quem escuta, pode ter um grande significado para quem fala. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

O enfermeiro realiza, a partir de então, o cadastramento da gestante, que é uma ferramenta fundamental de seguimento norteador para todos os profissionais da equipe. O cartão da gestante deverá ser preenchido com as informações necessárias que servirão de referencial para a detecção de riscos maternos e fetais, além de outros parâmetros desejáveis para o pré-natal adequado; enquanto que a ficha B-GES é preenchida pelo ACS. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

Em uma Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará, em comparação com outra na mesma linha realizada anteriormente, observou-se que houve um acréscimo no número de consultas do pré-natal no interior do Estado, fato que pode ser atribuído ao crescente número de equipes de ESF no interior do Estado (XIMENES NETO, et al, 2008).

Segundo o MS, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. Uma escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranqüilo e saudável do bebê e manutenção da saúde da mãe (COSTA et al, 2009).

As estratégias educacionais e comportamentais visam aumentar a consciência sobre os riscos e sobre a importância de comportamentos seguros, além de oferecer incentivos e modelos positivos. No entanto, o que se pode perceber a despeito das práticas de educação em saúde é que a elaboração das atividades está ainda fundamentada no modelo tradicional, em que os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. (COSTA et al, 2009)

Freire (2004) revela: “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção”.

As atividades em grupo são uma das metodologias utilizadas pela ESF, com o intuito de estimular a inserção das gestantes no pré-natal. Esse espaço de discussão permite a continuidade da consulta. Os assuntos mais comuns são a importância do pré-natal, sexualidade, orientação de higiene e dieta, desenvolvimento da gestação, alterações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, direitos trabalhistas, cuidados com o recém nascido, amamentação, puerpério e planejamento familiar. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, não deixando, contudo, de serem vistas em seu contexto familiar e social. (DUARTE e ANDRADE, 2006)

No que se refere às orientações prestadas às gestantes durante a consulta pré-natal, as orientações mais ofertadas são: aleitamento materno e os cuidados com o recém-nascido. O aleitamento materno é uma atividade que repercute em vários outros campos da saúde, como prevenção das diarreias, infecções respiratórias agudas e outros processos infecciosos localizados ou sistêmicos. (BENIGNA et al, 2004)

Dada a importância da qualidade do cuidado pré-natal na redução da morbimortalidade materna e perinatal, foram realizados diversos estudos de avaliação da qualidade da assistência prestada às gestantes. Os resultados evidenciaram que a Estratégia de Saúde da Família propicia assistência pré-natal de qualidade, e que o vínculo estabelecido entre os profissionais da Unidade e os Agentes Comunitários de Saúde com as

gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal. (GONÇALVES et al, 2008)

No estudo de Miranda, et al (2009), os resultados da assistência pré-natal das unidades ESF mostraram-se melhores do que os do Centro de Atendimento e Atenção Materno- Infantil. As unidades da ESF, portanto, atendem aos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A ESF obteve, em todos os indicadores, melhores resultados que o Centro de Atendimento e Atenção Materno- Infantil. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

Isso se deve especialmente às ACS, que desempenham papel importante para a consolidação dos preceitos desta estratégia, especialmente no que diz respeito à captação das gestantes na comunidade para iniciar a atenção pré-natal. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

Quanto à assistência pré-natal oferecida pelas equipes de ESF, Brito, et al, (2008), revelam que os resultados indicam um acompanhamento satisfatório, apesar da acessibilidade limitada. A maioria das gestantes cadastradas tem sido captada precocemente, iniciando o pré-natal no primeiro trimestre, com um número de consultas dentro do preconizado e uma boa cobertura da vacinação antitetânica.

A Estratégia de Saúde da Família teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil, no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura da ESF, a mortalidade infantil caiu 4,5%. (BRITO, et al, 2008)

As gestantes atendidas dentro da ESF receberam mais cuidados que no modelo tradicional. Nesse grupo estão incluídos a cobertura de vacinação antitetânica, o uso do sulfato ferroso e a orientação sobre a amamentação, mostrando que a ESF pode ter uma qualidade similar ou superior a outros serviços de saúde. A orientação sobre a amamentação tem um significado especial porque predispõe a gestante ao aleitamento exclusivo, obtendo assim benefícios nutricionais e diminuindo a morbi-mortalidade da criança. (MENDOZA-SASSI, et al, 2011)

Esse melhor desempenho da ESF nessas práticas indica que as equipes de Saúde da Família realizam o processo do pré-natal de uma forma mais completa, incluindo práticas educativas, como orientação sobre a amamentação.

A prevenção do câncer de colo e o exame das mamas, em que a ESF apresentou melhores resultados e suas gestantes indicaram maiores probabilidades de realização. Mas essa chance maior ocorreu com prevalências muito baixas. (MENDOZA-SASSI, et al, 2011) Esses procedimentos devem ser melhorados na atenção, seja pela ESF ou pelo serviço tradicional.

Estudos comparando os dois modelos, em nível nacional ou regional, confirmam a existência de um processo de atenção ao pré-natal mais completo no modelo da ESF quando comparado com o tradicional. Também identificou vários procedimentos que não

são realizados na rotina dentro da ESF e que exigem correções, como preventivo e exame das mamas. (MENDOZA-SASSI, et al, 2011)

Há outro grupo de procedimentos que é mais freqüentemente realizado entre as gestantes atendidas na ESF. Nele, os procedimentos são do tipo preventivo e educativo, como o uso de sulfato ferroso, vacinação antitetânica e orientações sobre a promoção de práticas saudáveis.

Parte dos avanços ocorridos na atenção à saúde no Brasil e em particular na atenção pré-natal deve-se à Estratégia Saúde da Família (ESF), que vem substituindo gradativamente o modelo tradicional de atenção primária nas unidades básicas de saúde (UBS). Entre os aspectos que diferenciam a ESF de outros modelos de atenção está o fato de que, a programação de serviços de saúde oferecidos pela ESF à comunidade e a grupos específicos obedece a recomendações e orientações do Ministério da Saúde. As avaliações realizadas sobre o desempenho da ESF em diversos desfechos mostram que, mediante ações programáticas bem definidas, a estratégia está aumentando a equidade dos cuidados à saúde da população brasileira. (MENDOZA-SASSI, et al, 2011)

No que concerne aos cuidados que a gestante deve receber durante o pré-natal e no parto, as equipes de Saúde da Família trabalham com normas e regras sobre como deve ser realizada a atenção ao pré-natal, mediante a utilização de protocolo, que contempla todos os procedimentos e exames que devem ser realizados (BRASIL, 2006).

Já no modelo tradicional de atenção, a programação de serviços de saúde e a atenção à saúde não necessariamente seguem as recomendações do Ministério da Saúde ou utilizam protocolo de atenção.

A cobertura à atenção pré-natal tem aumentado no Brasil, e segundo dados do Ministério da Saúde o atendimento pré-natal realizado na atenção básica aumentou em mais de 350% nos últimos 10 anos (MENDOZA-SASSI, et al, 2011) devido à ESF.

A organização do serviço tem sido um elemento fundamental para execução da atenção ao pré-natal, pois uma atenção humanizada necessita, além de trabalhadores de saúde qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das famílias, sujeitos e comunidades, como também de ferramentas tecnológicas comuns ao desenvolvimento da consulta, a atenção especializada e a dinâmica do cuidado nos diferentes níveis de atenção e o seguimento desse cuidado de maneira integral e holística (XIMENES NETO, et al, 2008).

Vale ressaltar a importância da busca ativa e dos registros em prontuário relacionados ao resultado do processo gestacional, ou seja, do acompanhamento puerperal, chamando a atenção para o fato de que a proximidade geográfica facilita o contato dos usuários com a Unidade de Saúde da Família. (GONÇALVES et al, 2008)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se alcançar uma provisão (resolutividade, eficiência e qualidade) na assistência de saúde para a maioria da população brasileira, as políticas de saúde devem estar direcionadas para uma assistência integral, enfocando o nível primário de saúde, atendendo as reais necessidades dos serviços e da população, alocando e preparando seus profissionais para assistir à população conforme estabelece as políticas públicas.

A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Não deve ser encarada como simples assistência médica e sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional.

A atenção básica na gravidez inclui a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas ocorridos durante o período gestacional até o pós-parto, tanto na mulher quanto no bebê. Os aspectos biopsicossociais devem ser considerados, não mais se concebendo a assistência à mulher grávida restrita a modelos biomédicos, devendo ser levados em consideração os seus sentimentos acerca da experiência em suas múltiplas dimensões, visto que a gestação é um momento único e singular na vida das mulheres.

Inúmeros são os estudos que tratam da avaliação da assistência pré-natal. Alguns contemplam os procedimentos mínimos aos quais a mulher grávida deve ser submetida de forma que se identifique condições de risco à saúde materno-fetal, além da monitoração do estado de saúde do binômio e o tratamento de eventuais distúrbios. E eles evidenciam uma melhor adequação de assistência pré-natal oferecida pela ESF.

Encontrou-se um desempenho superior do atendimento pré-natal da ESF comparado ao modelo tradicional, em alguns procedimentos, mas também foi identificado que existem outros que estão aquém do esperado, mostrando que as práticas dos profissionais de saúde na atenção ao pré-natal devem continuar sendo aperfeiçoadas.

Este trabalho permite destacar as especificidades do modelo de assistência preconizado pela ESF, no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos mesmos profissionais a cada oportunidade de contato do usuário com o serviço de saúde. Esta característica proporciona, no caso das gestantes, a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez. No entanto, tal conforto ainda não é garantido por ocasião do parto.

É importante alertar os profissionais de saúde para que se sensibilizem sobre a importância da gestação na vida das mulheres, transformando um ato técnico em algo mais abrangente, abordando os aspectos sociais e culturais que envolvem o fenômeno da gravidez.

Uma vez que o grau de auto-estima da gestante é apontado na literatura como um dos fatores importantes para vinculação ao filho, o acompanhamento pré-natal oferece oportunidade de investigação deste aspecto, com conseqüente proposição de intervenções. A gestação é um período ideal para intervenções que visem, entre outras coisas, um trabalho de descoberta da futura mãe sobre si mesma e sobre o novo papel. O profissional deve demonstrar compreensão e atenção quanto aos sentimentos da gestante, o que também favorece o seu bem-estar e o vínculo com o filho.

Seria interessante garantir na assistência pré-natal momentos para discussões sobre expectativas relacionadas à maternidade, sentimentos durante a gestação, participação ou não do companheiro e preocupações com a gestação ou decorrentes dela: condição sócio-econômica; dificuldades para conciliar emprego, serviço de casa e desempenho de outras atividades diárias e o papel de mãe; problemas de saúde durante a gestação, entre outras questões. Isso poderia favorecer a verbalização de incômodos e sentimentos que estejam conturbando o processo de gestação e que não poderiam, de outra forma, ser expostos e acolhidos.

A tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento e o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência e favorecem a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal, ao sentirem-se acolhidas.

É necessário que haja empenho dos governantes para aumentar a abrangência da população atendida pela ESF, já que esta estratégia mostra-se cada vez mais eficiente no atendimento da população brasileira, em particular, as gestantes.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar a temática, mas sim mostrar que é possível realizar um atendimento humanizado, como geralmente é feito na ESF, com a finalidade de melhorar a saúde da população, juntando esforços para aperfeiçoar o Pré-Natal realizado por esta estratégia.

Conseguiu-se com este trabalho realizado, a oportunidade de avaliar o atendimento Pré-Natal feito pela Equipe de ESF do bairro BH, Pouso Alegre. Neste local, o Pré-Natal é conduzido pela Médica da ESF (autora deste trabalho). Pode-se concluir que deficiências no serviço foram detectadas e, então, mudanças serão realizadas a fim de aperfeiçoar esta atividade, apesar de grande parte dos elementos chaves preconizados pelo MS e utilizados como critérios de avaliação do Pré-natal, já serem instituídos no local.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G.G.; AERTS, D.. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, núm. 1, jan, 2011, 319-325p. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63015361030.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2011.
- BENIGNA, M.J.C. et al. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enferm** 2004 jun/dez; 9(2): 23-31p.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 24 Nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 19 Out. 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569rep.htm>. Acesso em: 02 set 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF), 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- BRITO, A. et al. Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 4, set 2008. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfcc/article/view/193>>. Acesso em: 19 Out. 2011.
- CARDOSO, FC; FARIA, HP; SANTOS, MA. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2008. 58-88p.
- COELHO, S.; PORTO, Y.F.. **Saúde da mulher**. 1ª. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 41-58p
- CORDEIRO, A. M. et al . Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, Dez. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2011.
- COSTA, G. D. da et al . Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2011.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O.. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, Abril. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2011.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O.. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v.17, n.2, Junho 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência Pré-natal: manual de orientação**. São Paulo: FEBRASGO; 2005.

FREIRE, P. - **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004. 12p.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, Junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2011.

GUIA DE POUSO ALEGRE. **Histórico da cidade**. Disponível em: <<http://www.guiadepousoalegre.com.br/historicocidade.html>>. Acesso em: 02 Set. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**.

MAÇOLA, L.; VALE, I.N.; CARMONA, E.V.. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2011.

MENDOZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4):787-796, abr, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/18.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério**. Programa Viva vida. 2ª. Edição. Belo Horizonte, 2006

MIRANDA, F.J.S.; FERNANDES, R.A.Q.. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):179-84. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2011.

MOIMAZ, S.A.S. et al . Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2011.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M.. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2011.

ROTHER, E.T.. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2011.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Dados da ESF do Bairro Belo Horizonte e de Pouso Alegre, MG, 2011.

SILVA, M.B.; MONTEIRO, P.S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Com. Ciências Saúde**. 2010;21(1):21-30. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol21_1_04adequacaoprenatal.pdf>. Acesso em: 19 Out. 2011.

VIDAL, S.A. et al . Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2011.

XIMENES NETO, F.R.G. et al . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Set. 2011.