

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MAYSA CARLA DE PAULA**

**DIFICULDADES NA ADESÃO AO PRÉ-NATAL NA ZONA RURAL DE  
PERDIZES/MG: uma proposta de intervenção**

**UBERABA/MG**  
**2013**

**MAYSA CARLA DE PAULA**

**DIFICULDADES NA ADESÃO AO PRÉ-NATAL NA ZONA RURAL DE  
PERDIZES/MG: uma proposta de intervenção**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Sabrina Martins Barroso

**UBERABA/MG  
2013**

**MAYSA CARLA DE PAULA**

**DIFICULDADES NA ADESÃO AO PRÉ-NATAL NA ZONA RURAL DE  
PERDIZES/MG: uma proposta de intervenção**

Banca Examinadora

Prof. Mário Antônio de Moura Simim

Prof<sup>a</sup>. Sabrina Martins Barroso

Aprovado em Uberaba, em 28/01/2014.

## RESUMO

A gestação é um período do ciclo feminino, que traz alterações fisiológicas e psicossociais para a mulher e a família em geral, sendo fundamental que uma assistência pré-natal efetiva e de qualidade seja prestada. É nesse sentido, que o Ministério da Saúde preconiza a assistência pré-natal como direito da mulher e dever do Estado, priorizando um atendimento humanizado e qualificado. Essa proposta de intervenção tem como objetivo principal desenvolver ações de promoção à saúde às gestantes atendidas na unidade de saúde, visando um aumento na adesão ao pré-natal em uma área da zona rural do município de Perdizes/MG. Foi elaborado um diagnóstico situacional, destacando as principais dificuldades e limitações na assistência pré-natal. A partir daí, foi possível propor medidas de intervenção a curto e médio prazos, visando a maior adesão ao pré-natal, garantindo uma assistência humanizada e qualificada no período pré e pós-parto. Espera-se com essa proposta de intervenção, um aumento da assistência pré-natal, de forma que, as gestantes da referida zona rural, possam ser acompanhadas durante todo o período gestacional e puerperal na UBS próxima à suas residências. Para isso, é necessário o envolvimento de toda a equipe da UBS, bem como a capacitação dos profissionais, garantida pelas políticas públicas de atenção à mulher e à gestante. A equipe de saúde e as gestantes atendidas devem estar envolvidas nesse processo, possibilitando um momento de troca de informações e compartilhamento de experiências, favorecendo práticas de inclusão e ações de promoção em saúde.

Descritores: gestante, pré-natal, intervenção.

*(Resumo de Trabalho de Conclusão de Curso, autorizado pelo autor, DE PAULA, M.C. Dificuldades na Adesão ao Pré-Natal na Zona Rural de Perdizes/MG: uma proposta de intervenção).*

## **ABSTRACT**

Pregnancy is a period of the female cycle, which brings physiological and psychosocial changes for women and the family in general, it is essential that an effective and quality prenatal care is provided. In this sense, the Ministry of Health recommends prenatal care as women's right and duty of the State, a humanized and prioritizing skilled attendance. This proposed intervention aims to develop actions to promote health to pregnant women at the clinic, seeking an increase in adherence to prenatal care in an area of rural municipality of Perdizes/MG. A situational diagnosis was made, highlighting the main difficulties and limitations in prenatal care. From there, it was possible to propose intervention measures in the short and medium term in order to better adherence to prenatal care, ensuring a humane and skilled assistance in the pre and postpartum. It is hoped that this proposed intervention, increased prenatal care, so that pregnant women referred to the countryside, can be followed throughout the pregnancy and postpartum in UBS close to their homes. For this, the involvement of the entire team at UBS, as well as professional training, guaranteed by public policy attention to women and pregnant women is needed. The healthcare team and assisted pregnant women should be involved in this process, allowing a moment of exchanging information and sharing experiences favoring inclusion practices and actions for health promotion.

Keywords: pregnant, prenatal, intervention.

## SUMÁRIO

<b>1INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	9
2.1 Gravidez e pré-natal.....	9
2.2 Mortalidade materna e neonatal.....	12
2.3 Perdizes e cracterização dos serviços de saúde.. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	5
2.4 Diagnóstico situacional da UBSJosé Ferreira Guimarães .....	16
<b>3OBJETIVOS</b> .....	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Específicos .....	17
<b>4JUSTIFICATIVA</b> ..... <b>Erro! Indicador não definido.</b>	8
<b>5MÉTODO</b> ..... <b>Erro! Indicador não definido.</b>	9
5.1 Contextualização do local da intervenção .....	19
5.2 Desenvolvimento da proposta de intervenção.....	19
<b>6PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	21
<b>7CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>8REFERÊNCIAS</b> .....	27

## 1INTRODUÇÃO

No início dos anos 1980, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância de ações educativas no atendimento à mulher, tais como a assistência pré-natal e a prevenção e controle do câncer de mama e colo de útero. Tais ações educativas, devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), ocorrendo em qualquer contato entre o profissional e a população. Essas ações visam gerar reflexões acerca da saúde, a adoção de práticas para sua melhoria, manutenção e a proposição de ações que promovam mudanças no estilo de vida (RIOS, VIEIRA, 2007).

As ações educativas implantadas durante todo o ciclo gravídico-puerperal são fundamentais. No pré-natal, essas ações tornam-se imprescindíveis para que o parto e puerpério sejam vivenciados de forma positiva, com menos riscos de complicações para a mãe e recém-nascido, além de possibilitar o incentivo à amamentação (RIOS, VIEIRA, 2007). Para Alves (2005), educar para a saúde implica dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais, em espaços coletivos, como por exemplo, em grupos educativos ou espaços individuais, como as consultas. Dessa forma, o pré-natal é uma oportunidade para que os profissionais de saúde desenvolvam a educação como dimensão do processo de cuidar, sendo um momento único de troca de experiências e conhecimentos entre a equipe de saúde e as gestantes.

O pré-natal deve ser desenvolvido, considerando-se as reais necessidades das gestantes, utilizando conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. As ações de saúde devem envolver toda a população de abrangência da unidade de saúde, garantindo a continuidade no atendimento, o acompanhamento e avaliação dessas ações na saúde materna e perinatal (BRASIL, 2000).

Apesar de a assistência pré-natal estar presente no escopo das ações do Ministério da Saúde, algumas questões permanecem e devem ser discutidas, tais como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da assistência e as

taxas, ainda elevadas, da mortalidade materna e perinatal (PUCCINI, et. al., 2003; OBA, TAVARES, 2000).

Alguns fatores interferem diretamente na falta de adesão das gestantes à assistência pré-natal. Dentre eles, podemos citar: baixo nível socioeconômico e cultural, a adolescência, a gravidez indesejada, os distúrbios emocionais e mentais, o difícil acesso às unidades de saúde pela localização geográfica de suas residências, entre outros (AGNESE, GEIB, 2003). Para garantir saúde às mulheres, as políticas públicas deveriam ir além do eixo materno-infantil e, de forma integral, educar e prevenir algumas situações de risco para a prevenção de doenças e agravos nas diversas etapas da vida da mulher. Dessa forma, seria fundamental levar em consideração a dependência econômica, a pobreza, a dupla jornada de trabalho, a violência doméstica, a discriminação, a falta de alimentos, situações que dificultam tanto a saúde da mulher em geral, quanto a adesão ao pré-natal (AGNESE, GEIB, 2003).



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Gravidez e pré-natal

A gestação é um fenômeno fisiológico na vida da mulher, transcorrendo, na maioria das vezes, sem intercorrências. Porém, determinadas situações requerem cuidados especiais, proporcionados por meio de assistência pré-natal adequada.

A gravidez, independente das características da gestante, tais como sua idade, nível educacional e social, representa na vida da mulher um período marcado por uma grande transformação e sobrecarga emocional. Nesse momento, vários sentimentos são aflorados, tais como alegria, medo e ansiedade, somados a mudanças corporais e na dinâmica familiar (RIOS, VIEIRA, 2007). O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher e acompanhar a mulher durante sua gestação, um período caracterizado por transformações físicas e emocionais, vivenciadas de forma particular por cada gestante (NEME, 2000).

No contexto do atendimento à gestante, devem ser levadas em consideração não somente as mudanças fisiológicas, advindas da gestação, mas também as alterações psicossociais decorrentes desse processo de adaptação. Portanto, faz-se necessária a articulação entre a equipe multiprofissional envolvida no atendimento pré-natal a esse grupo (BRASIL, 2000). Dentre os variados conceitos que buscam expressar a definição de pré-natal, o Ministério da Saúde afirma:

O pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito. (BRASIL, 2004: 19-20)

A assistência pré-natal é um direito assegurado à mulher, sendo um dever do Estado oferecer um sistema estruturado, para acompanhamento do pré-natal, parto, puerpério e assistência neonatal. Essa assistência deve ser organizada e ocorrer nos três níveis de atenção, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2000).

É necessário enfatizar que a atenção pré-natal, por não envolver procedimentos de grande complexidade, favorece a interação entre o profissional, a gestante e sua família. Essa interação contribui para que a gestante mantenha vínculo com o serviço de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo substancialmente os riscos de intercorrências obstétricas (NEME, 2000).

Nos dias atuais, o acompanhamento e assistência que se busca prestar à gestante não é constituído apenas de conceitos médicos, diagnósticos e intervenção em intercorrências. Envolve, sobretudo, o conceito de promoção à saúde da mulher, diferentemente da concepção inicial do pré-natal, que chegou ao país por volta das décadas de 1920 e 1930. Naquela época, pensava-se apenas em diminuir os agravos à saúde da mulher, sem se preocupar com a criança e com as atividades de promoção à saúde (BRASIL, 2004).

Nos anos de 1950 e 1960, entretanto, com a diminuição das taxas de morte materna, a atenção voltou-se à saúde fetal. Assim, com os avanços tecnológicos e sociais, o pré-natal constituiu-se e se firmou, transformando-se na prática assistencialista desenvolvida atualmente (BRASIL, 2004).

A assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável. Ou seja, deve proporcionar condições para que o processo gestacional se desenvolva adequadamente, culminando em um parto e nascimento sem intercorrências, além de trazer informações sobre a gestação e a saúde em geral à parturiente (BRASIL, 2000). Tem, ainda, o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intrauterino (LOPES, PORTELLA, LIMA, PENNA, 2000).

O início do acompanhamento pré-natal deve ser precoce, segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Este acompanhamento deve ter cobertura universal, sendo realizado de forma periódica, integrado com as demais ações preventivas e curativas, a fim de proporcionar um diagnóstico e terapêutica precoce, juntamente com um sistema de referência hospitalar rápido e eficaz, além da assistência ao parto qualificada. Esses são os principais determinantes dos indicadores de saúde, relacionados à gestante e à criança, fundamentais no combate à mortalidade materna e também neonatal (BRASIL, 2012).

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com ações direcionadas à redução da morbimortalidade materna e melhora dos resultados perinatais, pautados na assistência humanizada e qualidade do atendimento prestado (BRASIL, 2002). Pelo conceito de humanização, o acolhimento da gestante deve acontecer favorecendo a construção do diálogo. O profissional responsável pelo atendimento não deve minimizar o conceito de educar em saúde como um mero repasse de informações. Deve, primeiro, conhecer os conceitos obtidos por essas mulheres ao longo de suas vidas, para que possa orientar e esclarecer, proporcionando a troca de conhecimentos e experiências. A capacidade de entender e se solidarizar com o outro, faz parte das condições necessárias ao acompanhamento das gestantes (BRASIL, 2000).

Para garantir a qualidade da assistência ao pré-natal, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes e protocolos que contemplam desde o número mínimo de consultas, até a definição de fatores de risco na gravidez, a saber: 1- Estabeleceu-se o número mínimo de seis consultas; 2- Início do acompanhamento pré-natal o mais precocemente possível, sendo obrigatório até a 14ª semana de gestação; 3- Distribuição das consultas durante o pré-natal, sendo, no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério; 4- Solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma, tipagem sanguínea, determinação do fator Rh, Coombs indireto, urina I, teste anti-HIV, glicemia de jejum, sorologia para sífilis, medida do peso, verificação da pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal e toque vaginal, quando necessário, coleta de citopatológico de colo uterino e outros exames laboratoriais: sorologia para toxoplasmose, sorologia para rubéola, sorologia para hepatites B e C, sorologia para citomegalovírus e parasitológico de fezes; 5- Realização de atividades educativas representadas pela participação em, pelo menos, um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata, orientação quanto amamentação e parto; e 6- Vacinação antitetânica (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

## 2.2 Mortalidade materna e neonatal

A mortalidade materna é classificada como obstétrica direta e indireta. A primeira ocorre por complicações durante a gestação, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma sucessão de eventos associados a qualquer um desses fatores. As causas indiretas se dão por condições ou comorbidades anteriores ao período gestacional que foram agravadas pelos efeitos da gravidez (BRASIL, 2012). No final de 2011 foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera, para a prevenção da mortalidade materna. As gestantes e puérperas passaram a ser cadastradas nesse sistema, num banco de dados nacional, possibilitando a identificação e intervenção em casos de risco e o acompanhamento da assistência prestada (BRASIL, 2012).

Políticas públicas de atenção à mulher e à gestante e ações de promoção em saúde e vigilância gestacional, podem estar relacionadas à redução das mortes por causas obstétricas diretas, observadas desde 1990. Entretanto, essas mortes ainda são numerosas e se apresentam como um desafio ao sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2012). Os coeficientes de mortalidade materna e infantil sofrem influências de alguns fatores. Dentre eles, podemos destacar as condições de assistência ao pré-natal e parto, aspectos biológicos da reprodução e doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal (TANAKA, 2004).

Dentre os indicadores de qualidade em saúde no Brasil, existe a razão de mortalidade materna. Tal indicador estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto, ou até 42 dias após o parto. Este índice sofre influências do grau de desenvolvimento econômico, cultural e tecnológico da população, sendo estimado a partir das mortes maternas declaradas, obtidas por meio das declarações de óbito preenchidas pelos médicos, não abrangendo os casos mascarados ou não declarados (LAURENTI et. al., 2004). Entre as mortes por causas maternas, prevalecem as que são classificadas como mortes evitáveis. Essas mortes são assim chamadas, pois poderiam não ocorrer, mediante o cumprimento de medidas simples, visando à melhoria da assistência perinatal e a garantia de acesso aos serviços de saúde (TANAKA, 2004).

O Brasil tem registrado redução da mortalidade materna, que em 2010 declinou para 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Porém, para atingir a meta do

quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil deverá apresentar uma razão de mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012). Apesar da redução da mortalidade materna observada, os resultados oficiais apontam para uma realidade caracterizada por uma assistência pré-natal deficiente e um sistema de investigação mal estruturado. Dessa forma, o Brasil ainda apresenta dois graves problemas: ser um país em desenvolvimento e, portanto, sujeito a todas as dificuldades inerentes a esta condição, e não ter um sistema de registro adequado para os casos de morte materna (LAURENTI et. al., 2004).

Outro índice relacionado à qualidade do serviço pré-natal é a taxa de mortalidade infantil. Essa taxa tem sido analisada segundo dois componentes: a mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias a 1 ano). A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de desenvolvimento de um país. Apesar da redução importante observada nas últimas décadas no Brasil, que entre os anos de 2000 a 2010 caiu de 17 para 11,2/1000 nascidos vivos, os indicadores de óbitos neonatais apresentam índices alarmantes e eticamente inaceitáveis (BRASIL, 2012).

A redução observada tem sido atribuída a diversos fatores, tais como: queda da fecundidade, maior acesso ao saneamento e serviços de saúde, aumento da prevalência do aleitamento materno, ações de imunização, antibioticoterapia, reidratação oral, entre outras (SIMÕES, 2003). Contudo, não houve mudança do componente neonatal nas últimas décadas, o que o torna o principal componente da taxa de mortalidade infantil no Brasil, aproximando-se da realidade dos países desenvolvidos (SIMÕES, 2007).

No Brasil, nos últimos anos, aumentaram os estudos sobre os fatores de risco da mortalidade neonatal, devido à melhoria da qualidade e do acesso aos dados dos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos e ao emprego de técnicas de vinculação de bases de dados (BRASIL, 2004). São identificadas variáveis de mortalidade neonatal, relacionadas ao modo de vida das gestantes, tais como: nível de escolaridade, acesso ao pré-natal e condições socioeconômicas, que, somadas aos fatores de risco, expressam aspectos biológicos da gestação e do recém-nascido (BRASIL, 2004). Esses fatores estão relacionados a questões biológicas, sociais, culturais e de falhas no sistema de saúde. Portanto, as intervenções dirigidas à redução e controle, dependem de mudanças estruturais relacionadas às

condições de vida da população, bem como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (FRANÇA, LANSKI, 2008).

Com o avanço do entendimento da rede de fatores de risco envolvidos na mortalidade neonatal, dois desdobramentos têm ganhado destaque. O primeiro é a inclusão de outras variáveis, que expressam a dimensão socioeconômica, além da escolaridade materna, tais como: ocupação do pai, renda e tipo de habitação. O segundo desdobramento, é a valorização e inclusão de fatores psicossociais nos estudos. Esses fatores atuam na mortalidade neonatal, como situações deflagradoras de estresse, podendo influir sobre as condições da gestação, entre elas, a ausência de companheiro e de apoio familiar, a violência doméstica, o hábito de fumar e o consumo de drogas ilícitas (BRASIL, 2004).

Diversos estudos indicam a relação entre os maiores riscos de mortalidade neonatal e a qualidade da atenção pré-natal, o atendimento ao parto e os cuidados com o recém-nascido, sendo tais aspectos influenciados diretamente pelo desenvolvimento econômico e social da sociedade. A desigualdade econômica e social brasileira determina o diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, de forma que a concentração de óbitos se dá em classes sociais de baixa renda (LANSKI et. al., 2007).

Considerando as desigualdades sociais e as precárias condições de vida de uma parcela significativa da população, a assistência pré-natal nos moldes atuais, mesmo quando disponível, poderia ser considerada tardia, já que a atenção à saúde durante os poucos meses de gestação, não seria suficiente para superar as adversidades, devido à precária condição de saúde das mulheres antes da gestação. Assim, maior atenção deveria ser disponibilizada à saúde da mulher, sendo compreendida de maneira mais abrangente, envolvendo todos os estágios de vida e, não somente a gravidez (EDWARDS et. al., 2001). A maior qualificação do cuidado pré-natal, a regulação da assistência hospitalar no setor público e privado e a estruturação de sistemas de informação efetivos em saúde, devem ser ações prioritárias para a redução da mortalidade materna e neonatal (FRANÇA, LANSKI, 2008).

### 2.3 Perdizes e caracterização dos serviços de saúde

Perdizes, município de interesse do presente trabalho, está situado no estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, na microrregião de Araxá. Localiza-se a mil metros de altitude, tendo clima tropical de altitude. Abrange uma área total de 2.450.145Km<sup>2</sup>e uma população total de 14.787 habitantes, predominando a população na zona urbana. As principais atividades socioeconômicas de Perdizes são a pecuária e a agricultura. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,77, com taxa de crescimento da população de 0,91e densidade demográfica de 6 habitantes/Km<sup>2</sup>(IBGE, 2013).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em meados de 1820, um rico proprietário da região chamado Francisco Pereira Xavier, cedeu algumas de suas terras e ajudou a construir uma igreja em homenagem a Nossa Senhora da Conceição. A partir de então, começou a crescer ao redor da capela um núcleo populacional pequeno, inicialmente conhecido como Nossa Senhora da Conceição. O povoado passou a distrito pela Lei Provincial nº 2594 de 03/01/1880, confirmada pela Lei nº 2 de 14/09/1891, integrando o município de Araxá. Em 1920, em publicação do Serviço Nacional de Recenseamento, o distrito aparece com o nome de Conceição do Araxá. A Lei Estadual nº 148 de 17/12/1938 elevou o distrito à categoria de município com o nome atual de Perdizes (IBGE, 2013).

Os serviços de saúde do município compreendem a assistência básica, distribuídos em nove Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Atenção Primária à Saúde (UBS/UAPS), sendo três localizadas na zona urbana e seis na área rural. Os atendimentos especializados são prestados nas próprias UBS's e quase sempre, com demanda reprimida, sendo estes pacientes referenciados para o município de Uberaba/MG. Existe um pronto-socorro com atendimento 24 horas, para o serviço de urgência e emergência. O município não dispõe de um sistema de atendimento móvel de urgência – SAMU, mas conta com uma frota de ambulâncias próprias, com dez veículos.

O presente trabalho foi desenvolvido especificamente para uma UBS do município, a UBS José Ferreira, situada no povoado de Antinha, na zona rural de Perdizes. Há 2.663 pessoas cadastradas nessa UBS, que dispõe de uma equipe de saúde da família. Tal equipe é multiprofissional e composta por um médico, um

agente comunitário de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de limpeza, um auxiliar de saúde e um odontólogo.

#### 2.4 Diagnóstico situacional da UBS José Ferreira Guimarães

No ano de 2013, passei a integrar a equipe multiprofissional da UBS José Ferreira, como médica, acompanhando e prestando atendimento às famílias assistidas nessa unidade. Nesse mesmo ano, durante os atendimentos na unidade de saúde e a partir das visitas domiciliares realizadas, foi possível, junto à equipe de saúde, realizar o levantamento de algumas situações que têm dificultado o acesso e adesão das mulheres à assistência pré-natal. Entre elas, podemos citar:

- Dificuldade de acesso e locomoção, visto que os domicílios da zona rural estão situados a uma distância relevante da unidade de saúde. Além das condições climáticas, que influenciam na qualidade das estradas;
- Horário de funcionamento da unidade, que coincide com o horário de trabalho da população atendida;
- Baixa escolaridade da população atendida, dificultando a adesão às atividades e programas de educação em saúde ofertados na unidade;
- Falta de continuidade da assistência no período puerperal, o que tem levado as gestantes à não-adesão ao pré-natal;
- Política de humanização deficiente, dificultando a inserção e o acolhimento das gestantes nos atendimentos da unidade.

Com base nos pontos apresentados até o momento, o presente trabalho apresenta a proposta de uma intervenção para a UBS José Ferreira, visando minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de pré-natal, integrando as gestantes ao atendimentos na unidade, bem como propondo medidas para assistência domiciliar.



### **3OBJETIVOS**

#### 3.1 Geral:

- Elaborar uma proposta de intervenção para a adesão ao pré-natal das gestantes da UBS José Ferreira, situada no povoado de Antinha, pertencente ao município de Perdizes/MG.

#### 3.2 Específicos:

- Desenvolver propostas de ações de promoção à saúde às gestantes atendidas na unidade de saúde;
- Definir formas de avaliação das ações interventivas na UBS José Ferreira.

#### **4JUSTIFICATIVA**

A baixa adesão ao pré-natal é uma realidade presente em nosso país. Apesar dos índices de mortalidade materna e infantil estarem em declínio, a assistência pré-natal qualificada se coloca como o grande desafio para o controle e redução efetiva desses índices (TANAKA, 2004). Essa proposta de intervenção se justifica pelo elevado impacto e custo ocasionado pela não realização do pré-natal, bem como na proposição de ações de promoção em saúde, no âmbito individual e coletivo, visando à participação e controle social e a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças do município de Perdizes.

Partimos do pressuposto de que a identificação dos fatores relacionados à não adesão ao pré-natal possibilitaria a proposição de intervenções efetivas, para a implantação do acompanhamento gestacional preconizado pelo Ministério da Saúde. A inserção de novas atividades voltadas para as gestantes atendidas, bem como a maior adesão aos cuidados gestacionais, reduzindo as chances de complicações no período pré-parto, intraparto e puerperal, esboçadas no presente trabalho, podem representar essa intervenção ou um início de mudança nas condições de saúde das gestantes da zona rural de Perdizes.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 Contextualização do local da intervenção**

A UBS José Ferreira Guimarães, situada no povoado de Antinha, município de Perdizes/MG, foi fundada em 1978, prestando atendimento também aos povoados vizinhos de Bom Sucesso, Ranchos e Óleo. O acesso à unidade se dá pela Rodovia Araxá/Patos de Minas. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00 horas.

A média de atendimentos da unidade é de vinte consultas diárias, abrangendo o atendimento a todas as faixas etárias. Outros serviços assistenciais e educativos são prestados, compreendendo: aferição de pressão arterial e glicemia capilar, nebulização, realização de curativos, administração de medicamentos, vacinação, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares.

### **5.2 Desenvolvimento da proposta de intervenção**

Com base no diagnóstico situacional e na revisão da literatura, elaborou-se uma proposta visando intervir na adesão ao pré-natal na UBS José Ferreira Guimarães.

Essa proposta foi delineada ao longo do ano de 2013, com intenção de ser implementada a partir de 2014, englobando ações de todos os profissionais de saúde da UBS José Ferreira Guimarães. A partir dos atendimentos realizados, nas consultas e visitas domiciliares, as situações para intervenção foram identificadas e analisadas, para a proposição de ações que favorecessem a adesão das gestantes ao pré-natal.

Dentre os serviços prestados na UBS e, de acordo com a operacionalização da unidade de saúde, a baixa adesão ao pré-natal, foi uma situação que despertou nosso interesse, particularmente, pelo fato de ser uma ação de fácil implementação, necessitando de poucos recursos humanos e financeiros e, portanto, deveria ser incentivada e preconizada pela UBS em questão. Porém, a partir da análise situacional, o que percebemos foi a baixa adesão ao pré-natal, atingindo índices

irrisórios, se consideradas a taxa de natalidade da região e a disponibilidade dos recursos na unidade de saúde.

A partir da ideia inicial de realizar um levantamento dos principais problemas na UBS, toda a equipe multiprofissional foi envolvida, a fim de identificar e avaliar tais situações, fornecendo subsídios para a elaboração dessa proposta de intervenção. A equipe de enfermagem e a agente comunitária de saúde identificaram as situações relacionadas à dificuldade de acesso e locomoção, bem como a baixa escolaridade da população atendida, em virtude das visitas domiciliares, por meio das quais é possível um contato mais íntimo com a realidade dos indivíduos atendidos.

A partir das consultas realizadas na UBS, durante a entrevista e anamnese, dentro do consultório, ficou evidente a necessidade da busca ativa por essas gestantes e de um acolhimento mais efetivo, visando a adesão e permanência no atendimento pré-natal. Foi possível também identificar a descontinuidade da assistência no período pós parto, em que várias mulheres puderam relatar a deficiência no atendimento puerperal e referente aos cuidados e assistência ao recém nascido.

Dessa forma, estabelecemos algumas ações, que deverão ser implantadas, preferencialmente, a curto e médio prazo, visando maior adesão ao pré-natal, garantindo uma assistência humanizada e qualificada no período pré e pós parto.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

De acordo com o levantamento e diagnóstico situacional, algumas propostas foram elaboradas, visando a adesão das mulheres ao serviço de acompanhamento pré-natal, bem como propondo medidas de inserção de toda a família no atendimento da unidade de saúde.

Essas propostas consistem em:

**A. Aquisição de veículo próprio para transporte das gestantes à unidade de saúde;**

Esse veículo deverá ser destinado ao transporte das gestantes à UBS, bem como aos atendimentos que forem referenciados para os municípios vizinhos, garantindo a continuidade e integralidade da assistência prestada. Será solicitada à Secretaria de Saúde a compra desse veículo, ou até mesmo algum veículo que já realiza atendimento no município, de forma que seja exclusivo para o transporte dessas gestantes.

**B. Formulação de campanhas educativas/informativas acerca do pré-natal e cuidados com o recém-nascido;**

Por meio das campanhas educativas, de forma individual e coletiva, por meio de grupos de gestantes, salas de espera e intervenções comunitárias, utilizando material impresso, vídeos e o diálogo, envolvendo toda a equipe de saúde, abordando principalmente: o incentivo ao aleitamento, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas e o uso de medicações na gestação, o que possibilitaria a troca de experiências, bem como a formação de laços de confiança mútua. Essas ações educativas serão divulgadas na própria UBS, por meio de cartazes e convites e durante as visitas domiciliares realizadas pelos agentes de

saúde. Essa intervenção será avaliada a partir da abordagem das gestantes nas consultas, acerca da orientação recebida, das dúvidas e inseguranças existentes, a fim de que o diálogo com a equipe de saúde seja efetivo.

**C. Promover o acolhimento imediato da gestante na UBS, com avaliação integral e oportuna;**

O acolhimento da gestante implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir da recepção da usuária com escuta qualificada, favorecendo a formação de vínculos e a avaliação da vulnerabilidade, garantindo a privacidade e a confidencialidade de informações. Essa função será atribuída especificamente à enfermeira da unidade. Ao entrar em contato com a gestante, na UBS, buscar-se-á compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, levando em consideração sua história de vida e o contexto dessa gestação, vivenciados, sobretudo, pela mulher e seu parceiro. A presença do pai no pré-natal e no parto deverá ser estimulada durante todas as atividades de consulta e de grupo, preparando o casal para o parto e para os cuidados com o recém-nascido. A enfermeira da UBS realizará individualmente, o acolhimento a essas gestantes e nos retornos será avaliada sua assiduidade e do pai, desenvolvendo em cada encontro ou atividade habilidades para o cuidado com o recém-nascido e as transformações advindas da gestação, enfatizando a importância da assistência pré-natal.

**D. Implantar a atenção integral à saúde da mulher, antes da concepção;**

As mulheres em idade fértil serão estimuladas e encorajadas a participar das ações de promoção e prevenção em saúde, desenvolvidas na unidade, envolvendo a prevenção do câncer do colo de útero e de mama e o aconselhamento e planejamento familiar, favorecendo o contato e estimulando a participação nas atividades, preparando-as para o processo gestacional e promovendo a integração com a equipe de saúde e demais mulheres. Essas ações serão desenvolvidas na UBS, a partir da formação de um grupo de mulheres, em que, semanalmente, serão discutidos diversos temas sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, planejamento familiar, entre outros, desenvolvidos pelo médico e a enfermeira da UBS. A partir das listas de presença será possível avaliar o número de mulheres que compareceu, de forma que as que estiveram ausentes receberão

na visita domiciliar novos esclarecimentos acerca da importância dessas ações, sendo encorajadas a participarem das próximas atividades realizadas na UBS.

- E.** Formação de Grupo de Apoio às Gestantes, constituído por médico, enfermeira e psicóloga, visando o acompanhamento das gestantes e, possível encaminhamento àquelas que apresentarem gestação de alto risco, complicações gestacionais ou vítimas de violência;

Tal proposta envolve a contratação de um profissional psicólogo, que atuará junto com a equipe de saúde, detectando os possíveis casos de desajuste psicológico individual e familiar, prestando o atendimento adequado, bem como a vigilância dos casos de alto risco, facilitando o rápido encaminhamento e o atendimento efetivo, diminuindo as chances de complicações intraparto e perinatais. A solicitação do profissional psicólogo será encaminhada à Secretaria de Saúde do município, de acordo com a disponibilidade do município para contratações ou nomeação de concurso público.

Essa proposta será avaliada periodicamente, em que os casos ditos especiais receberão o acompanhamento direto dos profissionais de saúde, identificando rapidamente os agravos e encaminhando para o atendimento especializado.

- F.** Busca ativa de todas as gestantes na comunidade, por meio das visitas domiciliares e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que se dê ainda no terceiro trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas;

Para isso, todas as gestantes serão cadastradas no sistema SisPreNatal, do Ministério da Saúde e receberão o Cartão da Gestante, além de contarem com o acompanhamento periódico e contínuo na unidade de saúde, em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar complicações obstétricas e sofrimento fetal. Realizar busca ativa também às gestantes faltosas com as visitas domiciliares.

Através do cadastro das gestantes no sistema, será possível acompanhar a assiduidade das gestantes nas consultas de pré-natal, bem como nas atividades de

educação em saúde, possibilitando o controle da frequência e adesão à assistência pré-natal.

- G.** Promover a capacitação contínua da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o atendimento às gestantes e detecção de agravos gestacionais;

Processos de capacitação e atualização permanente deverão ser implantados, buscando-se a parceria com profissionais de saúde de outras regiões, possibilitando a troca de experiências e a garantia de um atendimento de qualidade. Os profissionais deverão ser estimulados à participação em cursos de capacitação ao atendimento às gestantes, através de parcerias com centros de referência de maior porte e com os centros obstétricos de referência, recebendo o incentivo e o custeio das despesas pela Secretaria de Saúde do município.

Tais atividades de capacitação serão avaliadas na UBS a partir do atendimento de cada profissional, a partir da sua capacidade de estabelecer e manter um vínculo com as gestantes e avaliando-se a assistência prestada, através dos questionários de avaliação do atendimento recebido.

- H.** Horário especial para atendimento de gestantes de baixo risco.

As gestantes de baixo risco que não puderem ser atendidas no horário de funcionamento padrão da unidade, serão acompanhadas pela enfermeira aos sábados, com horário agendado, garantindo a continuidade e integralidade da assistência.

Os instrumentos de registro, processamento e análise dos dados, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, permitem o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, mediante a análise dos dados obtidos em cada encontro. Essa facilidade, por si só, constitui-se uma ferramenta eficaz de avaliação da assistência pré-natal prestada. Para tanto, devem ser utilizados e realizados os seguintes instrumentos e procedimentos (BRASIL, 2012):

- Cartão da gestante: deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação;



- Mapa de registro diário: instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada;
- Ficha perinatal: deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;
- Avaliação permanente da assistência pré-natal, segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registro diário da UBS, nos relatórios obtidos no SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência.

Como processo complementar de acompanhamento e avaliação das ações propostas, sugere-se a inclusão, na rotina da UBS, do preenchimento de questionários pelas gestantes, nos quais serão abordados: a satisfação, qualidade, humanização e efetividade dos serviços prestados. A partir desses instrumentos será possível acompanhar a adesão das gestantes à assistência pré-natal, bem como identificar possíveis situações que dificultam ou comprometem a qualidade do atendimento.

O sistema de avaliação do Ministério da Saúde é alimentado pela enfermeira da unidade, de acordo com os instrumentos e procedimentos descritos acima. Dessa forma, a enfermeira será responsável pela análise mensal desses dados, realizando ainda a divulgação dos resultados à equipe multiprofissional, buscando alternativas para o aperfeiçoamento da assistência prestada, segundo as necessidades identificadas.

Para que essa proposta de intervenção seja efetiva, é necessário o envolvimento de toda a equipe da UBS, bem como a capacitação desses profissionais, garantida pelas políticas públicas de atenção à mulher e à gestante. É fundamental que tanto a equipe de saúde, quanto as gestantes atendidas, estejam envolvidas nesse processo, possibilitando um momento de troca de informações e compartilhamento de experiências, favorecendo práticas de inclusão e ações de promoção em saúde.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração desse projeto de pesquisa possibilitou o estreitamento dos vínculos entre os profissionais da UBS em questão e usuários, além da detecção dos principais problemas e limitações à assistência pré-natal, fornecendo subsídios para a proposição de estratégias para a melhoria da adesão e qualidade do pré-natal.

A partir da implantação da proposta de intervenção, espera-se, fundamentalmente, um aumento da assistência pré-natal, de forma que, as gestantes da referida zona rural, possam ser acompanhadas durante todo o período gestacional e puerperal na UBS próxima à suas residências. Dessa forma, espera-se que, além do aumento das consultas pré-natais, haja uma redução em complicações gestacionais, intraparto e puerperais, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neonatal.

A possibilidade de implantação dessa proposta de intervenção também favorecerá o melhor acompanhamento da qualidade do atendimento prestado, visto que os instrumentos de avaliação relacionam-se diretamente com a qualidade e efetividade dos atendimentos prestados, possibilitando ainda, um acompanhamento sistematizado pelo Ministério da Saúde, mediante o processamento e análise dos dados gerados em protocolos e sistemas de informação em saúde.

## 8 REFERÊNCIAS

AGNESE, E.L.D.; GEIB, L.T.C. Absenteísmo ao Programa de Assistência Pré-Natal: motivos alegados por mães de crianças prematuras. **Boletim da Saúde**; v. 17, n. 1, 2003.

ALVES, V.S.A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**; v.9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Técnico. **Assistência Pré-Natal**. 3ª edição, 66p, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2: 69-71, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Assistência Pré-Natal**. 3ª ed., 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. 318p. 2012.

EDWARDS, J.R.; KRIEGER, N.; MAJZOUB, Z.; ZIERLER, S.; LIEBERMAN, E.; GILLMAN, M. Maternal experiences of racism and violence as predictor of preterm birth: rationale and study design. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**. 15(s2): 124-135, 2001.

FRANÇA, E.; LANSKI, S. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas**. Informe de Situação e Tendências: Demografias e Saúde. Textos de Apoio, Texto 3, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**, Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=314980&search=minas-gerais|perdizes|infograficos:-historico>. Acesso em 20/09/2013.

LANSKI, S.; EVANGELISTA, P.; DRUMMOND, E.; ALMEIDA, M.C.; ISHITANI, L. Mortalidade Infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, 16 (4 Supl. 2): 105-112, 2007.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P., GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; 449-60, 2004.

LOPES, G.T.; PORTELLA, V.B.; LIMA, M.L.; PENNA, L.H.G. Construindo uma proposta terapêutica de enfermagem no pré-natal de baixo risco. Esc. Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, 4(1): 115-28, 2000.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2ª edição. São Paulo: Sarvier, p.118-120, 2000.

OBA, M.D.V.; TAVARES, M.S.G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto/SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 8(2): 11-17, 2000.

PUCCINI, R.F.; PEDROSO, G.C.; SILVA, E.M.K; ARAÚJO, N.S.; SILVA, N.N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da região metropolitana de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(1): 35-45, 2003.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2): 477-486, 2007.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G; LAGO, T.G. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**. 20(5): 1281-89, 2004.

SIMÕES, C.C. **A mortalidade infantil na década de 90 e alguns condicionantes sócio-econômicos**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.

SIMÕES, C.C. **Estimativas da mortalidade infantil para Estados e Regiões do Brasil**. Brasília: SVS/MS, 2007.

TANAKA, A.C.A. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. **J. Rede Saúde**. 5-8, 2004.