

**Promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde  
Esperança I em Batalha-PI**

**Promotion of physical and mental health of pregnant women and mothers of the Basic Health  
Unit Esperança I in Batalha-PI**

Andreia Braga Oliveira<sup>1</sup>

Maria do Amparo Salmito Cavalcanti<sup>2</sup>

- 1- Autora-correspondente: Médica. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde de Batalha-PI. E-mail: E-mail: andreiab\_fisio@hotmail.com
- 2- Orientadora. Doutorado em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é professor titular da Faculdade de Saúde Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí.

## **RESUMO**

O pré-natal almeja a integridade da saúde materna e fetal. Durante toda a gestação, procura-se através de uma anamnese bem elaborada e de exames laboratoriais identificar e tratar patologias que possam causar prejuízo à mãe e à criança. A má qualidade do pré-natal é responsável por cerca de um quarto dos óbitos infantis e quase totalidade dos óbitos maternos. Desta forma, objetiva-se elaborar um projeto de intervenção para a promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde Esperança I do município de Batalha-PI. Trata-se de um projeto de intervenção em que alvo serão 15 gestantes cadastradas e outras que sugerem após o andamento da intervenção. Portanto, pretende-se com essa intervenção capacitar a equipe multiprofissional para promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas, criar um grupo permanente voltado a gestantes e puérperas e melhorar a qualidade da assistência oferecida para mulheres no pré-natal ou no puerpério.

**DESCRITORES:** Pré-natal. Promoção da Saúde. Atenção Primária a Saúde

## **ABSTRACT**

Prenatal care aims at the integrity of maternal and fetal health. Throughout pregnancy, a well-developed anamnesis and laboratory tests are sought to identify and treat pathologies that may harm the mother and child. The poor quality of prenatal care is responsible for about a quarter of infant deaths and almost all maternal deaths. Thus, the objective is to develop an intervention project for the promotion of physical and mental health of pregnant women and mothers of the Basic Health Unit Esperança I in the city of Batalha-PI. It is an intervention project in which the target will be 15 registered pregnant women and others that they suggest after the intervention progresses. Therefore, this intervention intends to train the multiprofessional team to promote the physical and mental health of pregnant women and women who have recently given birth, create a permanent group aimed at pregnant women and women who have recently given birth and improve the quality of care offered to women in prenatal care or in the puerperium.

**DESCRIPTORS:** Prenatal care. Health Promotion. Primary Health Care

## **INTRODUÇÃO**

A proposta de intervenção será realizada no município de Batalha/PI que possui 26.379 habitantes, distribuídos em 1.553,8 km<sup>2</sup> de área. O número de nascidos vivos em 2017 no município foi de 352 indivíduos, enquanto a mortalidade geral nesse mesmo período foi de 171 pessoas. Em 2010 a taxa bruta de mortalidade foi de 5,4 por 1000 habitantes, enquanto em 2017 esse número aumentou para 6,5. A taxa de mortalidade infantil consiste na morte de crianças no primeiro ano de

vida referida ao número de nascidos vivos do mesmo período. No ano de 2010 esse número foi de 24, e em 2017 caiu para 17. A taxa de mortalidade neonatal demonstrou redução dos casos e 6 em 2010 para 0 em 2017. A taxa de mortalidade em 2010 foi de 30 e caiu para 19,9 em 2017, refletindo a melhora no acesso e qualidade dos recursos disponíveis a saúde materna infantil. A razão de morte materna foi de 0 em 2010 e permaneceu assim em 2017, refletindo a qualidade da atenção à saúde da mulher.

Os acidentes de trânsito, homicídios e suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas. Em Batalha, o número de acidentes aumentou de 2010 para 2017, passando de 12 para 16, respectivamente. A taxa de suicídio diminuiu, foi de 3 para 1, e a de homicídio e causas ignoradas se mantiveram. Geralmente essas taxas são maiores na população jovem.

No que se refere aos indicadores de saúde eles subsidiados pela vigilância epidemiológica que fica conectada a secretaria municipal de saúde. Existe uma avaliação interna e em conjunto com as equipes onde é gerado boletins epidemiológicos, são esses dados que direcionam os principais enfoques e abordagens de saúde do município.

A saúde é formada por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital local, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sete Unidades Básicas de Saúde e oito equipes de saúde da família.

A UBS que será realizada a intervenção chamasse Esperança I e possui uma equipe formada por uma Enfermeira (Leila); uma Técnica em enfermagem (Rosinha); oito Agentes comunitários de saúde (ACS: Núbia, Oneide, Socorro, Paulo César, Francisco José, Francisco Lucas, Celso Teixeira); uma dentista (Sueli), uma Técnica em saúde bucal (Francisca); uma Nutricionista (Kássia), uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza (Lúcia). A UBS possui uma estrutura física formada por uma sala de acolhimento, uma sala de espera, um Serviço Médico e Estatístico (SAME), uma sala de reuniões/atividades coletivas, uma sala dos ACS, um almoxarifado, uma farmácia. Também possui um consultório médico, um de enfermagem e um de odontológico, uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, quatro banheiros, uma copa, uma sala para esterilização dos materiais, um almoxarifado, um depósito de lixo e expurgo.

A comunidade de responsabilidade dessa equipe de saúde da família possui 160 famílias, 1890 pessoas e é constituída por pessoas com nível baixo a médio de esclarecimento, os quais trabalham no comércio ou agricultora, suas residências são em sua maioria de alvenaria, com água e esgoto canalizado e energia elétrica.

As patologias apresentadas pela população variam conforme a faixa etária: em crianças é comum quadros diarreicos, infecções de vias aéreas superiores, parasitoses intestinais e dermatofitoses; em adultos jovens os principais agravos correlacionam-se com suas atividades laborais como lombalgias e tenossinovites; enquanto que em idosos prevalecem doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Observa-se ainda elevado índice de natalidade, sendo o acompanhamento pré-natal um dos serviços de maior demanda prestados pela equipe.

A intervenção será voltada para as ações de promoção e prevenção da saúde física e mental de gestantes e puérpera da referida UBS. A atenção ao pré-natal acontece de forma regular, pois existe dia específico para essa finalidade, geralmente uma vez por semana, nos dois turnos. Suficiente para atender à demanda. Porém observa-se com frequência gestantes iniciando o pré-natal após os três meses de gestação, com peso elevado e em sofrimento psíquico. As consultas acontecem de forma alternada entre médica e enfermeira. Existe participação do serviço de odontologia, de forma regular. Para o acompanhamento ao pré-natal e puerpério também contamos com o apoio da equipe do NASF. Há controle fidedigno das gestantes em acompanhamento na UBS, sendo 15 cadastradas atualmente.

O pré-natal almeja a integridade da saúde materna e fetal. Durante toda a gestação, procura-se através de uma anamnese bem elaborada e de exames laboratoriais identificar e tratar patologias que possam causar prejuízo à mãe e à criança. A má qualidade do pré-natal é responsável por cerca de um quarto dos óbitos infantis e quase totalidade dos óbitos maternos (COSTA et al., 2018).

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e qualidade desse atendimento. Preconiza-se a realização mínima de seis consultas de pré-natal, sendo distribuídas preferencialmente da seguinte maneira: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. É importante o início precoce da assistência pré-natal, para que se diagnostique e institua terapêuticas para diversas patologias que possam ter repercussões graves na saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2013).

Os Transtornos Mentais (TM) constituem um problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum TM, responsável por 8,8% da mortalidade e 16,6% de incapacidade dentre as doenças em países de baixa e média renda.

Nesse contexto, publicações prévias demonstraram que as mulheres apresentam maiores prevalências em relação aos homens, principalmente quanto aos transtornos depressivos, de ansiedade e somatoformes. A gestação e o puerpério são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento e exacerbação de problemas na saúde mental, com prevalências semelhantes de TM tanto na gravidez quanto no pós-parto. Entretanto, acredita-se que o diagnóstico neste período é negligenciado e há poucas pesquisas que procuram identificar alterações psicológicas durante gravidez e os desfechos obstétricos (AMORIM, 2019).

Estudos epidemiológicos são quase consensuais em pontuar que TM, tais como ansiedade e depressão, podem resultar em risco aumentado para desfechos negativos ao feto (FONSECA et al., 2014). Pesquisas identificaram prevalência de depressão no período gestacional de aproximadamente 7% a 15% e ansiedade em torno de 20%; esses quadros não tratados durante a gravidez aumentam também o risco de exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e a dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal, diminuindo inclusive a frequência às consultas, o que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal (GUIMARÃES et al., 2019; AMORIM, 2019).

No que se refere a saúde física na gestação, é importante considerar que, de acordo com a situação nutricional inicial da gestante (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada por trimestre. É importante que na primeira consulta a gestante seja informada sobre o peso que deve ganhar. Pacientes com baixo peso devem ganhar 2,3 kg no primeiro trimestre e 0,5 kg/semana nos segundo e terceiro trimestre (CRIVELLENTI; ZUCCOLOTTO; SARTORELLI, 2019).

Da mesma forma, gestantes com IMC adequado devem ganhar 1,6 kg no primeiro trimestre e 0,4 kg/semana nos segundo e terceiro trimestres. Gestantes com sobrepeso devem ganhar até 0,9 kg no primeiro trimestre e gestantes obesas não necessitam ganhar peso no primeiro trimestre. Já no segundo e terceiro trimestre as gestantes com sobrepeso e obesas devem ganhar até 0,3 kg/semana e 0,2 kg/semana, respectivamente (GUIMARÃES et al., 2019).

Mulheres que ganham peso dentro dos limites propostos têm menor chance de ter filhos nos extremos de peso para idade gestacional. No entanto, cerca de 2/3 das mulheres ganham mais peso que o recomendado, o que leva a complicações durante a gestação além de contribuir para a retenção de peso pós-parto e, assim, para o desenvolvimento da obesidade e suas complicações ao longo da vida (DIAS et al., 2017).

Levando em consideração os problemas mentais e físicos que podem acarretar as gestantes, é importante mencionar que a principal porta de entrada da gestante e demais usuários no sistema público de saúde é a Atenção Básica de Saúde (ABS), que é o primeiro nível da atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A atenção básica de saúde é o centro de comunicação com a RAS, que coordena o cuidado e ordena ações e serviços existentes (BRASIL, 2017).

Portanto, a equipe de atenção básica no pré-natal tem papel importante em todo o processo. Os cuidados de saúde à gestante são baseados num pré-natal adequado, que compreenda a gestação como um período de grandes transformações físicas e psíquicas na mulher. Um pré-natal específico para cada mulher leva em consideração suas particularidades, comorbidades e riscos que possa ter ou desenvolver (BRASIL, 2013).

Portanto, o objetivo geral é elaborar um projeto de intervenção para a promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde Esperança I do município de Batalha-PI. Os objetivos específicos são: capacitar a equipe multiprofissional para promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas, criar um grupo permanente voltado a gestantes e puérperas e melhorar a qualidade da assistência oferecida para mulheres no pré-natal ou no puerpério.

## **PLANO OPERATIVO**

Trata-se de um projeto de intervenção para a promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde Esperança I do município de Batalha-PI. Serão alvo da intervenção 15 gestantes cadastradas e outras que sugerem após o andamento da intervenção.

Inicialmente a médica da equipe ficará responsável por realizar uma capacitação para os profissionais a respeito da saúde física e mental das gestantes e puérperas. Essa capacitação ocorrerá em dois encontros com a equipe da UBS e do NASF, por um tempo máximo de duas horas. Será utilizado o Manual do Ministério da Saúde. No último encontro da capacitação a médica esclarecerá sobre as metas e prazos pretendidos com a intervenção. Nesse dia também serão distribuídas as tarefas de cada membro da equipe.

No que se refere a ausência de grupos educativos, serão desenvolvidas 4 palestras ou ações educativas, sendo que a primeira será realizada pela médica, a segunda pela enfermeira, a terceira será em conjunto entre o psicólogo e nutricionista do NASF e a quarta ação será realizada pela psicóloga por meio de uma roda de conversa. Cada profissional responsável pela palestra terá que se responsabilizar pelos recursos audiovisuais que serão necessários, bem como pela produção de folders ou outros informativos para a distribuição nas palestras. Será mantido como rotina a realização de grupos educativos de no mínimo 30 min. Esses grupos serão realizados antes das consultas, no intuito de otimizar o tempo dessas mulheres.

Também foram identificadas como situações problemas a ausência de padronização para a assistência das gestantes e puérperas; ausência de acompanhamento odontológico e o acolhimento a essas gestantes não condiz com as determinações do ministério da saúde. Desta forma, para melhorar a qualidade da assistência oferecida para mulheres no pré-natal ou no puerpério, durante as consultas médicas e de enfermagem as gestantes receberam avaliação clínica completa e anamnese todas as informações pertinentes serão anotadas no cartão da gestante e nos prontuários das mesmas. A enfermeira realizará o controle das gestantes ou puérperas que faltaram as consultas programas para que os seus nomes fossem repassados aos ACS, os quais irão realizar busca ativa e estimulá-las a manter a regularidade das consultas.

Esses dois profissionais também irão avaliar a parte física e mental destas gestantes e caso seja identificada alguma alteração nesses seguimentos encaminharão essas mulheres para o atendimento com o psicólogo ou nutricionista do NASF. Desde a recepcionista até a equipe multiprofissional serão estimulados em relação ao desenvolvimento de um colhimento humanizado e empático. Após as consultas médicas e de enfermagem todas as gestantes e puérperas serão estimuladas a realizar avaliação odontológica. Por fim, a enfermeira ficará responsável por monitorar e avaliar as ações programadas. Desta forma, o quadro 1 mostra as diferentes situações problemas para o acompanhamento de gestantes e puérperas, bem como os objetivos, as metas e os prazos, as ações e estratégias e os responsáveis por executá-las.

**Quadro 1: síntese das ações programadas.**

<b>SITUAÇÃO PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESP.</b>
Despreparo da equipe multiprofissional para a promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas.	Capacitar a equipe multiprofissional para promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas;	Realizar uma capacitação para 100% da equipe multiprofissional e equipe do NASF/ Duas semanas. Explicar todas as etapas da intervenção e incentivar a participação de todos/ Duas semanas	A médica da equipe ficará responsável por realizar uma capacitação para os profissionais a respeito da saúde física e mental das gestantes e puérperas.	1-Médica

Ausência de grupos educativos voltado a gestantes e puérperas.	Criar um grupo permanente voltado a gestantes e puérperas;	Realizar 4 grupos educativos com temáticas voltadas à saúde física e mental de gestantes e puérperas com a participação de 90% desse público/ 3 meses	Serão desenvolvidas 4 palestras ou ações educativas.	1-Médica; 2-Enfermeira 3-Equipe do NASF: nutricionista, educador físico e psicólogo
1-Ausência de padronização para a assistência das gestantes e puérperas;  2-Ausência de acompanhamento odontológico  3-Acolhimento não condiz com as determinações do ministério da saúde.	Melhorar a qualidade da assistência oferecida para mulheres no pré-natal ou no puerpério.	1-Padronizar 100% da assistência por meio das consultas médicas e de enfermagem/ 3 meses 2-Realizar avaliação física e mental de 100% das gestantes e puérperas durante as consultas médicas e de enfermagem/ 3 meses 3-Melhorar o acolhimento a 100% delas/ 3 meses 4-Realizar avaliação e tratamento odontológico de 90% das gestantes e puérperas. 5-Melhorar as anotações nos prontuários a 100% delas. 6-Realizar busca ativa de 100% delas faltosas as consultas.	Durante as consultas médicas e de enfermagem as gestantes receberam avaliação clínica completa e anamnese todas as informações pertinentes serão anotadas no cartão da gestante e nos prontuários das mesmas.	1-Médica; 2-Enfermeira  3-Dentista  4-ACS

## REVISÃO DE LITERATURA

### Saúde mental de gestantes e puérperas

O estado de saúde mental de uma mãe afeta o desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e deve ser considerado durante a assistência à saúde materna. Durante a gravidez, o parto, e após o parto nota-se aumento do risco de problemas de saúde mental entre puérperas. Normalmente, durante a gestação e no período pós-parto, observa-se aumento dos níveis de ansiedade e estresse. Tal aumento pode ser isolado ou vir acompanhado de outros problemas que afetam a saúde mental da mulher (STEEN; STEEN, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como: "...estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva, e contribuir para sua comunidade" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Contudo, o bem-estar não é frequentemente avaliado, e muitas gestantes e puérperas que estão sob risco não são diagnosticadas quando em estado negativo de bem-estar, e, portanto, perde-se a oportunidade de identificar situações de ansiedade, estresse e problemas de enfrentamento. A depressão pós-parto (DPP) está sendo objeto de avaliação em muitos países e em alguns, inclusive, há suporte para diagnóstico da depressão pré-natal (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

Porém, algumas preocupações existem sobre a eficácia da estratégia de avaliação da depressão para detectar problemas de saúde mental entre gestantes e novas mães, considerando que a avaliação é, em geral, realizada em um período específico e, portanto, tem limitações e pode disponibilizar somente uma descrição do estado emocional dos indivíduos (MCKELLAR; STEEN; LORENSUHEWA, 2017).

Além disso, há também dúvidas de que a avaliação das mulheres colabora para medicalização do parto e da maternidade, sendo importante reconhecer que há um possível estigma associado a identificação da DPP (MCKELLAR; STEEN; LORENSUHEWA, 2017).

A escala de bem-estar mental de *Warwick-Edinburgh* (WEMWBS) foi utilizada com eficácia por gestantes e novas mães em estudo conduzido na Inglaterra que mediu o bem-estar por meio de investigação de como a resiliência para melhoria a saúde mental. A WEMWBS é baseada em cinco conceitos principais: satisfação com relacionamentos interpessoais, funcionamento positivo, afeto positivo, perspectiva hedônica e perspectiva eudemônica (STEEN et al., 2015).

A depressão é um dos distúrbios mentais mais prevalentes na gravidez e no pós-parto, afetando cerca de um quinto das mulheres. A depressão pré-natal é o principal fator de risco para depressão pós-parto, e é geralmente uma continuidade da depressão que se iniciou no período pré-natal (STEEN et al., 2015).

No Brasil, a prevalência das depressões pré-natais é cerca de 20% o que é similar em países de alta renda, e considerando os problemas de algumas mulheres em idade reprodutiva que tem de enfrentar problemas para acessar o sistema de saúde, a assistência pré-natal é vital para prevenção da depressão pós-parto e promoção do bem-estar mental das gestantes e puérperas (S O'CONNOR et al, 2016).

Um importante aspecto da assistência materna é o apoio à gestante para capacidade de adquirir, desenvolver e manter a resiliência e estratégias de enfrentamento para promoção da saúde e bem-estar. Ser resiliente contribui para gestante desenvolver estratégias de enfrentamento, lidar com a ansiedade e estresse, reduzir o medo associado ao parto e ajudá-las a manter saúde e bem-estar ao longo da maternidade (STEEN et al., 2015).

É interessante notar que o conceito "igualdade de oportunidades" tem sido relatado. Esse conceito enfatiza a importância de avaliar a saúde mental e dar importância similar aos problemas de saúde física. A piora na saúde física materna após o parto pode levar à problemas de saúde mental e piora da saúde mental pode levar a problemas de saúde física, considerando que essas questões são inter-relacionadas (STEEN; GREEN, 2016).

Por exemplo, quando o indivíduo está ansioso e estressado, muitos sintomas físicos poderão estar presentes como, tensão muscular, tontura, enxaquecas, palpitações, problemas gástricas e urinárias, inquietação, insônia, e aumento da susceptibilidade à dor (STEEN et al., 2015).

Durante a gravidez, os altos níveis de cortisol podem aumentar as chances das mulheres de desenvolverem hipertensão, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento uterino, nascimento de feto prematuro e dificuldade durante o parto. Sendo assim, é vital que os links entre a saúde mental e saúde física sejam levadas em consideração na gestação e após o parto no momento da assistência à saúde materna. Parece ser evidente a necessidade de disponibilizar importância igualitária a saúde

mental e a saúde física da mulher, também como promover o bem-estar durante a gravidez e após o parto (STEEN; GREEN, 2016).



## **Saúde física na gestação**

Quanto à saúde física na gestação, a atividade física vem sendo considerada um importante componente para um estilo de vida saudável, devido a sua associação com o bem estar físico e mental. Estudos epidemiológicos, baseados em evidências, confirmaram o papel decisivo desta prática na promoção da saúde, na qualidade de vida e na prevenção ou controle de diversas doenças (MARTINEZ et al., 2016).

Nas últimas décadas, a prática de exercícios físicos vem ganhando ênfase entre mulheres, principalmente durante o período gestacional. Em um passado pouco distante, esta prática era proibida para gestantes, devido ao risco de complicações para a mãe e para o feto. Atualmente, a aversão à obesidade e o culto ao corpo, levam a gestante quando possível, ter uma vida mais ativa. (SILVA et al., 2016).

Mulheres sedentárias e de baixa renda apresentam um considerável declínio de condicionamento físico durante a gravidez e estão mais susceptíveis a maiores doenças durante e após a gestação. O aumento do peso materno e fetal sobrecarrega a coluna, exigindo assim uma adaptação do sistema músculo esquelético (SILVA et al., 2016).

Essa adaptação é melhor alcançada por gestantes que mantiveram uma atividade física regular antes e durante o período gestacional, além de proporcionar mais disposição para exercer atividades normais. As chamadas lombalgias são queixas comuns das gestantes. O exercício físico melhora a postura materna e contribui para redução da incidência de dores lombares. A falta do mesmo está relacionada ao aumento dessas intercorrências principalmente se estas são anteriores a gravidez (SILVA et al., 2016).

Há um consenso na literatura científica de que a execução de um estilo de vida saudável e um programa de exercícios físicos regulares proporciona benefícios durante o período gestacional. Dentre estes benefícios podemos citar o controle do peso, redução de parto prematuro, edema e fadiga, melhora da função cardiovascular, estabilidade da frequência cardíaca e pressão arterial e fortalecimento da musculatura pélvica (SILVA et al., 2016).

O ganho de peso gestacional é uma das principais mudanças que ocorrem ao longo da gravidez. Distribuem-se, desde a concepção até o termo, entre vários componentes, tais como: feto, placenta, líquido amniótico e sangue materno, além do aumento uterino e da glândula mamária, cada qual modificado gradativamente ao longo da evolução da gestação (POSTON, 2016).

A identificação precoce de possíveis fatores de risco modificáveis associados ao ganho de peso inadequado durante a gestação é indispensável para permitir intervenções oportunas e eficazes, que podem reverter ou amenizar desfechos gestacionais desfavoráveis (GOMES et al., 2014).

## **Políticas Públicas na Atenção à Saúde da Mulher**

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 adequadamente

acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito através das políticas públicas vigentes (ANVERSA et al., 2012).

No Brasil, a atenção à saúde materna e a infantil, historicamente, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, com destaque dos cuidados durante a gestação. A partir dos anos 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, em face ao reconhecido impacto e transcendência que esta produz no estado sanitário da mãe e do feto (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2015).

Sendo assim, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal (COSTA et al., 2018).

Desta forma, é importante mencionar que no Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (BRASIL, 2013).

Fazendo-se uma retrospectiva histórica à primeira metade do século XX, a saúde materno-infantil foi marcada pelos avanços na consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos (BRASIL, 2014).

Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal, ou seja, por uma atenção qualificada.

Segundo o relatório técnico produzido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a atenção qualificada diz respeito ao processo pelo qual uma mulher e seu bebê recebem a assistência adequada durante o ciclo gravídico puerperal, devendo o provedor de cuidados, contar com condições que facilitem sua atuação nos vários níveis do sistema de saúde, além de apresentar comportamentos, conhecimentos e habilidades que tornem sua prática obstétrica segura e capaz de reduzir a mortalidade materna (LAZARIU et al., 2017).

No intuito de melhorar a assistência à saúde da mulher, através de políticas públicas, surgiu um novo paradigma, concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo MS em 1983 e também a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em

1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2015).

As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa (SILVA et al., 2012).

Além dessas medidas, para uma política de acompanhamento da mulher, o Ministério da Saúde, ciente da importância da atenção ao pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo assim critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa (ANVERSA et al., 2012).

Silva et al. (2012), também concordam que a garantia do cuidado integral está fundamentada nas políticas de saúde da mulher (PHPN e PAISM) e implementadas nas redes assistenciais de saúde. Na atenção pré-natal, o serviço de saúde deve fornecer as bases do cuidado, mediante o atendimento articulado, humanizado e com resolubilidade das ações.

No entanto, a criação do PHPN serviu para estabelecer um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país, o qual foi resultado da política de enfrentamento às questões ainda sem resolução após vários anos da instituição do PAISM.

Segundo Silva, Cecatti e Serruya (2015), até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. O PHPN estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo. No entanto, o Programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

## CONCLUSÃO

Pretende-se com essa intervenção capacitar a equipe multiprofissional para promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas, criar um grupo permanente voltado a gestantes e puérperas e melhorar a qualidade da assistência oferecida para mulheres no pré-natal ou no puerpério.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, A. Fr. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 32, n. 4, p. 23-33, jul-ago. 2019.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

COSTA, D. L. et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 691-700, set. 2018.

CRIVELLENTI, L. C.; ZUCCOLOTTO, D. C. C.; SARTORELLI, D. S. Associação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 19, n. 2, p., jun. 2019.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 7, p. 32-41, set. 2017.

FONSECA, C. R. B. et al. Adequacy of antenatal care and its relationship with low birth weight in Botucatu, São Paulo, Brazil: a case-control study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 2, p. 255-61, set. 2014.

GOMES, R. N. S. et al. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. **Rev Interd.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 81-90, set. 2014.

GUIMARÃES, F. et al., Adoecimento mental em gestantes. **Enfermería Global**. São Paulo, v. 12, n. 53, p. 511-21, mai. 2019.

LAZARIU, V. et. al. Severe maternal morbidity: A population-based study of an expanded measure and associated factors. **Published online**, v. 7, n. p. ago. 2017.

MARTINEZ, G. et al. Effects of exercisebased interventions on neonatal outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Health Promot.** v. 30, n. 4, p. 214-23, mai. 2016.

MCKELLAR, L.; STEEN, M.; LORENSUHEWA, N. Capture my mood: a feasibility study to develop a visual scale for women to self-monitor their mental wellbeing following birth. **Evid Based Midwifery**. v. 15, n. 2, p. 54-9, set. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELENCE (NICE). **Ant enatal and postnatal mental health**: clinical management and service guidance (clinical guideline CG192). London: NICE; 2014. Disponível em:<from: nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0598>. Acesso em: 23 dez. 2019.

POSTON, L. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. **Lancet Diabetes Endocrinol.** v. 4, n. 12, p. 1025, mai. 2016.

SILVA, A. F. et al. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 267-76, ago. 2012.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 103-05, mar. 2015.

SILVA, S. G. et al. Leisure-time physical activity in pregnancy and maternal-child health: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and cohort studies. **Sports Med** 2016 Jun 9.

S O'CONNOR, E. et al. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**. v. 315, n. 4, p. 388-406, set. 2016.

STEEN, M. et al. Pre- and post-survey findings from the Mind 'Building resilience programme for better mental health: pregnant women and new mothers'. **Evid Based Midwifery**. v. 13, n. 3, p. 92-9, mai. 2015.

STEEN, M.; GREEN, B. (Mental Health during pregnancy and parenthood. In: **Mental health: Across the Lifespan**. Steen M, Thomas M, editors. London, UK: Taylor & Francis; 2016.

STEEN, M.; STEEN, S. Striving for better maternal mental health. **Pract Midwife**. v. 17, n. 3, p. 11-4, set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: strengthening our response**. Genève: WHO; 2016. Disponível em:<[who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en](http://who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en)>. Acesso em: 23 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report**. People with mental disabilities cannot be forgotten. 2017. Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017en/>>. Acesso em: 04 dez. 2019.