



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Cristiane Gottfried Werner

Ampliação e qualificação do acompanhamento pré-natal  
prestado na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich,  
São Luiz Gonzaga-RS

Florianópolis, Março de 2023



Cristiane Gottfried Werner

Ampliação e qualificação do acompanhamento pré-natal prestado  
na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich, São Luiz  
Gonzaga-RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Marina Gasino Jacobs  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Cristiane Gottfried Werner

Ampliação e qualificação do acompanhamento pré-natal prestado  
na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich, São Luiz  
Gonzaga-RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Marina Gasino Jacobs**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A atenção pré-natal é uma ação típica da Atenção Básica e trata-se de um conjunto de medidas de natureza multidisciplinar que permite o desenvolvimento saudável da gravidez, contemplando o cuidado materno desde o momento anterior a concepção e estendendo-se além do período pós-parto. Um pré-natal de qualidade, com diagnóstico da gravidez e início do acompanhamento precocemente, permite a prevenção de patologias e detecção de intercorrências na gestação com intervenções oportunas para um bom desfecho da gravidez, com mulher e recém-nascido saudáveis. **Objetivos:** Com expansão de aconselhamentos pré-concepcionais, início precoce do cuidado pré-natal e ampliação da adesão ao acompanhamento, objetiva-se a qualificação da assistência pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) Aberto Henrich de São Luiz Gonzaga. **Metodologia:** Serão incorporados aconselhamentos pré-concepcionais nas consultas puerperais, nas ações do Programa Saúde na Escola e na busca ativa das mulheres em idade fértil. Buscando reduzir o período entre a concepção e o início do acompanhamento, será facilitado o diagnóstico da gravidez através da difusão de informações de autoconhecimento corporal da mulher e sobre a disponibilidade de teste rápido de gravidez. Com intuito de ampliar a adesão ao acompanhamento pré-natal e aumentar o vínculo com a UBS serão criados grupos de gestantes e puérperas, tanto presenciais quanto virtuais, para a troca de informações e experiências; ocorrerá também a reorganização da agenda da UBS para diminuir a espera e possibilitar consultas mais longas e de maior qualidade. Ainda visando a qualidade da assistência, será realizada capacitação da equipe sobre o uso adequado do cartão da gestante. **Resultados esperados:** Com a implantação da intervenção espera-se contribuir para a redução de gestações não planejadas, de partos prematuros, de doenças neonatais e maternas bem como o mau prognóstico destas, e, por fim, a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré, Gravidez não Planejada, Planejamento Familiar, Saúde Materno, Saúde Reprodutiva



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	15
2.1	Objetivo geral . . . . .	15
2.2	Objetivos específicos . . . . .	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	17
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	25
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	29
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	33



# 1 Introdução

A cidade de São Luiz Gonzaga, onde se situa a UBS na qual trabalho, foi fundada em 1687 na região localizada a noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Região esta onde foram fundadas as Missões jesuíticas, territórios destinados a catequese dos índios guaranis, na época habitantes deste território, por jesuítas. Além da religiosidade, as missões jesuítas acabaram criando uma florescente civilização de construtores, escultores, entalhadores, pintores, músicos e outros artesãos, os quais deixaram marcas que hoje perduram nas ruínas da denominada República Guarani. Sete das 30 missões jesuítas que existiam se fixaram à margem esquerda do Rio Uruguai depois de 1687, dando origem aos Sete Povos das Missões, em cujos territórios hoje se situam os atuais municípios de São Borja, São João Batista, São Nicolau, São Miguel das Missões e Santo Ângelo, inclusive São Luiz Gonzaga.

Com a expulsão e morte da população indígena local pelos invasores, a região passou por uma fase de abandono e estagnação até o século XIX, quando iniciou o desenvolvimento da atividade agrícola e pecuária. O progresso do município foi motivado e mantem-se economicamente incentivado pelo desenvolvimento da pecuária e agricultura. Entre os produtos agrícolas destacam-se o trigo, a soja, a laranja, a tangerina e a uva. A extração da madeira ocupa a primeira posição na silvicultura, na pecuária o rebanho bovino é predominante, com alguma atenção para a suinocultura.

Culturalmente, por ser uma terra de vívida história e fortes tradições, São Luiz Gonzaga desenvolveu uma mentalidade voltada para o estudo e a pesquisa histórica, bem como a pesquisa arqueológica nos variados sítios missioneiros aqui presentes. Possui duas instituições de ensino superior de relativo valor regional, é um município referência para várias localidades menores que se encontram vizinhas, porém, ao contrário do que o IBGE constata no restante do Rio Grande do Sul, a cidade de São Luiz Gonzaga tem apresentado redução alarmante da sua população local, possuindo atualmente cerca de 34 mil habitantes.

De acordo com estimativas do Ministério da Saúde, em 2019 a população do município era de 33.468 habitantes, sendo 5.880 de 0 a 14 anos; 2.115 de 15 a 19 anos, 18.487 entre 20 e 59 anos e 6.986 de 60 anos ou mais (BRASIL, 2020c).

No ano de 2017, o coeficiente de natalidade foi de 12,43 nascidos vivos por 1000 habitantes (BRASIL, 2020b). O coeficiente de mortalidade geral foi de 8,41 óbitos por 1000 habitantes, o coeficiente de mortalidade por doenças crônicas foi de 6,25/1000 habitantes. No mesmo ano não houve qualquer morte materna, mas 4 óbitos de menores de 1 ano de idade (9,17/1000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020a).

Trabalho desde o dia 05 de dezembro de 2018 na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich (ESF 5), no Bairro Presidente Vargas. A Unidade tinha o mesmo nome do bairro

até dezembro de 2018 quando, após anos de espera, ocorreu a inauguração da obra da nova infraestrutura então concluída. Atendendo a mesma população e abrangendo o mesmo bairro da cidade, a mudança não trouxe aparentemente importantes transformações, apesar de notável sentimento de orgulho dos pacientes (que antes frequentavam antigas e provisórias instalações) por agora possuírem um local de atendimento à saúde com certas melhorias principalmente no quesito de estrutura externa.

A Unidade Básica conta com uma equipe de ESF, a Alberto Henrich. Encontra-se bem localizada no bairro Presidente Vargas do município de São Luiz Gonzaga. A Unidade ESF 5 do município é composta por: uma médica do programa Mais Médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de Saúde. Apesar de conter estrutura física preparada para tal serviço, ainda não contamos com o serviço odontológico ou auxiliar de consultório dentário.

A nossa equipe de saúde atende cerca de três mil habitantes cadastrados e possui áreas ainda descobertas do acompanhamento das agentes comunitárias. Os serviços ofertados na unidade são: consulta médica; consulta de enfermagem; sala de vacinas; curativos diários; curativos; visitas médicas domiciliares; atendimento médico de puericultura e pré-natal; realização do Teste do Pezinho; testes rápidos para HIV, sífilis, HCV, HBsAg e Testes rápido de gravidez.

Dentro da rotina da unidade ocorre o devido acolhimento dos pacientes por todos os funcionários. Após identificação na recepção, é realizada a verificação dos sinais vitais dos pacientes que são encaminhados à consulta médica. Conforme a necessidade/solicitação também são realizadas intervenções sociais em conjunto com a equipe de enfermagem, busca ativa de pacientes faltosos ou em condições de vulnerabilidade social ou ambiental, reforço das orientações no que diz respeito à gestão do cuidado, incentivo à aderência dos tratamentos e demonstração de interesse de toda a equipe quanto à situação de cada paciente inserido na área de abrangência da ESF.

Com boa aceitação da comunidade, no ESF Alberto Henrich são ofertados a população adscrita importantes serviços de saúde no que diz respeito à promoção ao autocuidado e gestão de cuidado pela equipe e demais profissionais.

Compõem as ações da ESF o Grupo de Diabéticos e Hipertensos, atividade esta aberta a toda população local. Durante essa ação na ESF, a Unidade é frequentada em sua grande maioria pelos pacientes que já possuem diagnóstico e realizam acompanhamento/tratamento das patologias. No grupo são realizadas palestras informativas sobre os diversos temas que de certa forma envolvem medidas de incentivo para o autocuidado, realização de práticas de exercícios físicos e mudanças de hábitos alimentares e comportamentais. Também são realizadas as renovações de receitas das medicações de uso contínuo e avaliações médicas do controle pressórico e glicêmico. Contamos com o apoio de acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física da universidade local (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI) e é realizada nesse dia

---

a dispensação de medicamentos perante receita e avaliação médica. Essa atividade ocorre mensalmente na Unidade e é notável a maior adesão aos tratamentos e o aumento dos frequentadores dessa ação.

A Unidade Básica de Saúde participa do “Programa Saúde na Escola” (PSE) onde são desenvolvidas atividades educativas variadas como: palestras que abordam temas de autocuidado, higiene básica, gestação na adolescência, transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, uso e abuso de drogas, alertas sobre a violência doméstica e escolar, entre outros. Como são realizadas visitas a grupos de diversas faixas etárias, os assuntos abordados são elaborados e escolhidos de acordo com o grau de entendimento e adequação a cada um deles. Também procuramos envolver os mestres e responsáveis (pais, avós, familiares) nas atividades, alertando, enfatizando e realizando a busca ativa referente às imunizações necessárias e apresentando as atividades que estão disponíveis no ESF a todos eles.

A ESF desenvolve também trabalho junto ao Programa Bolsa Família, realizando acompanhamento semestral das famílias que recebem o benefício.

Quanto ao funcionamento das consultas médicas, são em sua maior parte por demanda espontânea através do acolhimento e recentemente iniciamos um sistema de agendamentos feitos de forma presencial ou telefônica. Os atendimentos por demanda espontânea são primeiramente acolhidos pela equipe de enfermagem e, após avaliação, conforme seus diferentes graus de necessidade, são então encaminhados à consulta médica os pacientes por ordem de prioridade, buscando sempre respeitar a equidade e a complexidade de cada caso. Os pacientes são sempre orientados e acolhidos por toda a equipe de maneira respeitosa e visando a harmonia local, mostrando-lhes que cada indivíduo que busca atendimento é único e seus motivos nunca serão desvalorizados, porém algumas vezes podem ser menos ou mais urgentes. Em geral, a população vem sendo cada vez mais colaborativa e solidária com os demais e compreensiva com a atuação da equipe da ESF Alberto Henrich.

A comunidade da área de abrangência da minha unidade conta também com um dia da agenda de serviço da ESF reservado apenas para a realização das visitas médicas domiciliares. Os usuários visitados são aqueles que se encontram acamados, os que estão muito debilitados ou impossibilitados pela grande vulnerabilidade, seja ambiental ou social, de procurarem a unidade básica física. Também são visitados aqueles que são recém saídos de uma alta hospitalar de longa permanência ou complicada e necessitam manter com frequência o atendimento médico. As visitas domiciliares são agendadas conforme informações discutidas entre as agentes comunitárias, enfermagem e médica. Também podem ser agendadas a pedido (durante consulta de um familiar, por telefone ou diretamente na recepção da ESF) por algum parente, vizinho ou familiar que habita na mesma casa. Para a marcação de consultas, elaborei uma folha de requerimento para que nós da equipe tivéssemos maior controle e organização dos pacientes que são conseqüentemente os mais necessitados e vulneráveis da nossa comunidade.

No município de São Luiz Gonzaga nenhuma das ESF possui auxílio do NASF; porém no meu cotidiano não abro mão do serviço excepcional de teleconsultoria do programa Telessaúde RS-UFRGS com o qual posso realizar comunicação dentro e fora da estrutura física da Unidade. Utilizo essa ferramenta sempre que necessito de alguma orientação sobre encaminhamentos mais especializados dos pacientes, para uma segunda opinião ou para a tomada de condutas em casos clínicos possíveis de serem resolvidos via atenção básica. Essa teleconsultoria aumenta a resolutividade da atenção básica e evita a entrada do paciente em uma fila de espera com intermináveis dias de aguardo para consultas em centros de maior complexidade. Evita, conseqüentemente, desgastes desnecessários com deslocamento dos cidadãos do interior até cidades distante de grande e médio porte.

Minha ESF abrange também populações que fazem parte de “extensão” rural, as comunidades de São Lourenço e Laranja Azeda. É reservado um dia da agenda fixa semanal da ESF o atendimento médico e com minha ida até esses dois locais. Essas comunidades recebem a minha visita médica, acompanhada às vezes de uma das técnicas de enfermagem e outras da enfermeira, todas as semanas. São locais bastante afastados do centro urbano e de difícil acesso, principalmente quando ocorrem chuvas que fazem as estradas internas até os locais de atendimento muito propícias ao atolamento. Isso não chega a tornar-se um impedimento, mas um grande desafio compensador e necessário. Estas comunidades rurais são basicamente compostas por famílias que se sustentam da agropecuária própria ou que trabalham para agricultores maiores da região, sendo em geral pessoas mais humildes. Se não fosse ofertado atendimento médico no local, esses usuários certamente não buscariam cuidado de saúde, promoção da mesma e prevenção de doenças tanto por questões socioeconômicas quanto culturais.

Os dados de identificação e de saúde dos usuários da área de abrangência da UBS onde atuo é feito em um sistema diferente no município, o sistema é o SALUTAR (GONZAGA, 2019). Os dados são coletados e lançados por vários profissionais, que muitas vezes encontram dificuldades no manuseio e até mesmo no correto registro das fontes.

De todo modo, de acordo com os dados registrados no sistema SALUTAR, a área de atuação da minha equipe de saúde tem população total de 3007 pessoas, sendo 1646 do sexo feminino e 1361 do sexo masculino. O número de mulheres em idade fértil é de 810, sendo 21 gestantes, o número de mulheres entre 25-64 anos é de 885 e entre 50-69 anos é de 448 usuárias. A população de menores de 1 ano é de 62 crianças, menores de 5 anos são 205 crianças, pessoas entre 5-14 anos são 326, o número de pessoas entre 15-59 anos é de 1792 e a quantidade de pessoas entre 20-59 anos é de 1618. Já a população de idosos (maiores de 60 anos) é de 715 pessoas. Como o sistema suporta apenas dois dígitos no campo da idade, esse dado é subestimado, já que há usuários com mais de 100 anos (GONZAGA, 2019).

O sistema tem limitações, como a impossibilidade de acesso a informações da cobertura vacinal das crianças até 1 ano de vida e a prevalência de diabetes nos idosos. Essas

informações foram solicitadas e sua disponibilização no sistema será discutida pela gestão, já que tem papel importante no planejamento de ação elaboradas pela equipe de saúde local.

As consultas de pré-natal são agendadas em um dia específico da semana, apenas no turno da tarde. Ainda assim, em qualquer horário ou dia que a gestante procurar a UBS, ela é prontamente atendida, principalmente se for devido a problemas de saúde agudos. Ao se identificar uma gestação de alto risco ou outra intercorrência obstétrica que necessite acompanhamento complementar, a gestante é referenciada para realizar o pré-natal de alto risco no Posto Central, que dispõe de obstetra, mas continua sendo acompanhada simultaneamente pela equipe da ESF.

Em toda consulta médica de pré-natal é realizada aferição de sinais vitais e peso para monitoramento e preenchimento do prontuário e carteira da gestante. A carteira de pré-natal é solicitada em todas as consultas e são preenchidas e revisadas todas as informações atuais.

Em relação às ações desenvolvidas na saúde da gestante, embora não existam grupos de orientações, durante as consultas médicas de pré-natal/puerpério há tentativa de abordar todos os tópicos previstos para uma atenção adequada: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e de problemas de saúde mental; controle dos cânceres do colo de útero e mama; imunizações, com conferência da data das vacinas na carteira da gestante em todas as consultas; planejamento familiar; promoção da saúde mental, incentivo à saúde bucal, atividade física, hábitos alimentares saudáveis e aleitamento materno.

Em relação os motivos de procura ao serviço da UBS de mães de crianças menores de 1 ano de vida no mês de dezembro de 2019, as cinco queixas mais comuns relatadas nas consultas médicas são: dificuldade na amamentação com ganho ou perda de peso excessivos; problemas gastrointestinais (diarreia ou constipação) relacionados ao tipo de alimentação disponibilizada a criança (fórmula infantil, aleitamento materno insuficiente em período ou não aderente, início precoce da introdução alimentar errônea, entre outros); problemas respiratórios como tosse, secreção nasal aumentada, rinite alérgica, IVAS); dúvidas quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança; febres de origens indeterminadas e auto resolutivas, algumas destas não chegando a ser aferidas no domicílio, apenas relatadas pelas mães durante a consulta de rotina.

De acordo com a estimativa de que 0,7% da população total da área é composta por gestantes, possuímos cerca de 21 gestantes no bairro Presidente Vargas, sendo que até o mês de dezembro de 2019, data da realização da análise situacional em pré-natal, 16 gestantes estão cadastradas no programa de pré-natal na unidade de saúde (GONZAGA, 2019). Ou seja, a UBS não está acessando 19% das gestantes da sua área. Considerando início oportuno do pré-natal e o número de consultas realizadas, o município de São Luiz Gonzaga tem pré-natal inferior ao ofertado no restante do estado, da região Sul ou

mesmo do país, apresentando em 2018 26,8% das gestações com acompanhamento aquém do adequado (BRASIL, 2020b)

À luz dessas informações, percebemos que ainda que a ESF dedique-se ao acolhimento das gestantes, ainda há trabalho a ser feito. Dessa forma, o problema escolhido para intervenção é a fraca e inconsistente adesão ao acompanhamento pré-natal observada durante o período que realizei o trabalho como médica da ESF Alberto Henrich de São Luiz Gonzaga. Uma melhor adesão ao pré-natal das gestantes da comunidade da ESF assim como um precoce início do acompanhamento gestacional permitem a identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade neonatal que pode auxiliar no planejamento de ações para a reestruturação e melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos, visando à redução da mortalidade infantil. A diminuição desses óbitos não depende de novos conhecimentos, como ocorre com outros problemas de saúde, mas de garantia da acessibilidade e da utilização mais efetiva do conhecimento científico e prático já existente.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Qualificar a assistência pré-natal na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich (ESF 5) em São Luiz Gonzaga, Rio Grande do Sul.

### 2.2 Objetivos específicos

- Expandir a cobertura de aconselhamentos pré-concepcionais;
- Captar precocemente as gestantes para o acompanhamento pré-natal; e
- Ampliar a adesão ao acompanhamento das usuárias já vinculadas.



### 3 Revisão da Literatura

Instituído pelo Ministério da Saúde, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou uma ruptura de conceitos que até o momento eram enfatizados na assistência a gestante como um meio de melhorar indicadores da saúde infantil. A PAISM propõe ações voltadas à saúde da mulher em sua integridade e cuidados globais em todas as fases da sua vida. Nesse Programa, pela primeira vez o Estado brasileiro se ocupa de planejamento familiar e contracepção. Os cuidados ao período gestacional se mantêm destacado, dado o reconhecimento do impacto dessa ação à morbimortalidade materna. A implantação do PAISM representou também a introdução de outras bases filosóficas que abrangiam conceitos na atenção à saúde da mulher como a integralidade e a autonomia corporal (OSIS, 1998).

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi significativa no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos das mulheres e dos homens. O planejamento familiar, conforme consta na referida lei, contempla um “conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Art. 2º)(PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 1996).

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil na medida em que: diminui o número de gestações indesejadas e de tentativas de abortos; reduz o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais; aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados; possibilita o planejamento cauteloso e precavido da gravidez de mulheres com patologias crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outra (BRASIL, 2012).

No que diz respeito a gestações indesejadas, segundo um estudo nacional de base hospitalar (VIELLAS et al., 2014a), mais da metade das mulheres gestantes entrevistadas não desejava ter engravidado no determinado período e um terço apresentavam sentimentos negativos ou ambivalentes em relação àquela gravidez. Também foi relatada a tentativa de interromper a gestação por cerca de 2% das mulheres entrevistadas (correspondendo a mais de 50 mil mulheres na amostra expandida). O planejamento da gestação também esteve associado ao cuidado pré-natal. Houve menor cobertura pré-natal e um início mais tardio da assistência às mulheres que não desejavam a atual gestação, bem como as mulheres sem companheiro (VIELLAS et al., 2014a), dado que já fora apresentado em um estudo por Bassani, Surkan e Olinto (2009). Demonstra-se a importância da assistência antes da concepção e abordagem de ações como a ampliação do planejamento reprodutivo para melhoria da assistência pré-natal.

A assistência pré-natal se constitui em um conjunto de ações de natureza médica, social, psicológica e de cuidados gerais, as quais são simultaneamente preventivas, promotoras da saúde, diagnósticas e curativas, visando um bom desfecho da gestação, tanto para a mãe quanto para seu recém-nascido.

Nas últimas décadas o conceito de cuidado pré-natal vem ampliando-se. A ampliação conceitual dessa assistência apresenta um aumento de sua abrangência e uma expansão dos seus limites cronológicos; uma vez que deve ser iniciada preferencialmente com a avaliação pré-gestacional, e o acompanhamento materno pós-parto deveria estender-se por um maior período de duração (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

O período gestacional na vida de uma mulher representa uma fase de sobrecarga tanto física quanto psíquica. Para que esse processo possa se dar de forma saudável a assistência pré-natal deve idealmente ser iniciada anteriormente à concepção, a fim de avaliar, orientar e garantir que a mulher em seu contexto esteja preparada para suportar a sobrecarga da gestação com saúde e para gerar um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012). O cuidado anterior à concepção é de grande importância para que sejam abordados e orientados o momento ideal para iniciar o período gestacional, com ênfase na redução de riscos de malformações congênitas, avaliar o uso de medicações que possam ser teratogênicas, consumo de álcool e outras drogas, buscar mudança de hábitos mais saudáveis, como uma nutrição adequada, estimular a prática de atividades físicas adequadas (BRASIL, 2012). Esse período é o ideal na abordagem do profissional de saúde para enfatizar, incentivar o tratamento ou ao menos compensar a presença de doenças pré-existentes da paciente (PEIXOTO, 2014).

A adequada assistência pré-natal, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, são importantes determinantes dos indicadores de saúde, relacionados a gestante e ao recém-nascido, com potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal, bem como um ágil sistema de referência hospitalar, vinculação da gestante a maternidade, além da assistência ao parto qualificada (BRASIL, 2012).

Visando o bem-estar materno e neonatal, a atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada é realizada pela incorporação de ações acolhedoras e que não haja intervenções desnecessárias; com o fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com incorporação em todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde a assistência no atendimento da Unidade Básica até o encaminhamento para necessário atendimento em meio hospitalar quando houver identificação de alto risco (BRASIL, 2005).

Conforme referido, o pré-natal deve se iniciar o mais rapidamente possível, preferencialmente até os 120 dias de gestação. Isto permite que doenças sejam identificadas e tratadas imediatamente, reduzindo assim os riscos e conseqüências tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda que, sempre que possível, as consultas sejam realiza-

das com a seguinte periodicidade: mensalmente até a 28<sup>a</sup> semana de gestação; quinzenalmente da 28<sup>a</sup> semana até a 36<sup>a</sup> semana; e semanalmente da 36<sup>a</sup> semana até a 41<sup>a</sup> semana (BRASIL, 2012). Como parâmetros mínimos, é estabelecida a realização de seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2005).

Como parte do pré-natal estão a escuta ativa, atividades educativas e esclarecimento de dúvidas, deve ser estimulado o parto normal e resgatado a percepção do parto como ato fisiológico (BRASIL, 2005).

Segundo o Caderno de Pré-Natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a participação do pai nas consultas pré-natais deve ser sempre estimulada e a presença paterna representa parte do planejamento familiar durante o preparo do casal para o parto. O Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde pelo Ministério da Saúde reforça os benefícios advindos da participação do acompanhante da gestante na assistência pré-natal e sua inclusão no contexto de trabalho de parto e parto, os quais são defendidos pela Organização Mundial da Saúde desde 1985. Como muitos homens apresentam ainda uma percepção limitada acerca de sua função nos serviços de assistência a gestante, é importante que o profissional de saúde mostre ao futuro pai que, ao participar do parto, ele pode ajudar a: garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional; estimular o parto normal; diminuir a duração do trabalho de parto; diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor; aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto; diminuir a ocorrência de depressão pós-parto; favorecer o aleitamento materno; fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê (BRASIL, 2018).

Para Souza e Gualda (2016) o envolvimento do companheiro durante a gravidez, o nascimento e os cuidados ao recém-nascido podem ser facilitados com realização de cursos de preparação para o parto; porém, optar em estar presente durante o trabalho de parto e parto deve ser resultante de uma decisão consciente. Este preparo anterior para acompanhar o parto traz maior segurança para o acompanhante, que saberá como proceder e poderá utilizar técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, traz benefícios à mulher que receberá um apoio pautado em evidências científicas, bem como para os profissionais de saúde, que encontrarão no acompanhante um aliado, resultando em numa vivência de parto mais gratificante para todos os envolvidos

De forma geral, a presença de acompanhante durante a assistência pré-natal traz benefícios à gestante no momento do parto e na vivência do puerpério. É apontada maior segurança e confiança das gestantes durante o parto quando existiu a presença de acompanhantes, somada a menor necessidade de uso de medicações para alívio da dor, menor duração do trabalho de parto e redução no número de cesáreas. Sugere-se, ainda, a possibilidade de outros efeitos como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2012). Segundo HOLANDA et al. (2018), a presença e a participação do acompanhante da ges-

tante resultam em desfechos positivos nas diversas fases do período perinatal mostrando-se como uma tecnologia não invasiva durante o trabalho de parto com efeitos positivos sobre a tomada de decisões pela parturiente.

Devem compor as consultas pré-natal a anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante, adiantando informações sobre as mudanças corporais e sintomas que podem ocorrer com a evolução da gestação a fim de tranquilizá-la (BRASIL, 2005).

Quanto a exames laboratoriais, são fundamentais: ABO-Rh, hemograma completo, glicemia de jejum, VDRL, exame de urina tipo 1, testagem para HIV, sorologias para hepatite B e toxoplasmose (BRASIL, 2005).

Destaca-se no mesmo manual a importância da atenção quanto a imunização anti-tetânica da gestante, que consiste na aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos (BRASIL, 2005).

A avaliação do estado nutricional da gestante e seu monitoramento são importantes desde a primeira consulta e deverão ser controlados, assim como a prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2005).

Por fim, é crucial garantir que seja feita a prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama (BRASIL, 2005).

É de fundamental importância que os profissionais da saúde que realizam a assistência da gestante no pré-natal da classificação de risco, a cada consulta, considerando que o risco pode aparecer em qualquer momento da gestação. Os profissionais precisam atentar-se à existência destes riscos ou prever uma evolução desfavorável, de modo a determinar o encaminhamento à assistência especializada ou realização de interconsultas com outros profissionais.

Elaborando o encaminhamento no momento adequado dos usuários aos serviços de média e alta complexidade com o objetivo de garantir a efetividade no atendimento em todos os níveis de atenção. Para que a paciente retorne ao seu serviço de origem e consiga exigir a continuidade da sua assistência após ser encaminhada para um serviço de maior nível de complexidade, é fundamental que cada nível de atenção tenha suas funções bem definidas; e que ocorra sempre o registro dos procedimentos e encaminhamentos de maneira adequada (CORRÊA; DÓI, 2014).

A falta de integração entre os níveis causa ruptura das ações iniciadas nas UBS, e peregrinação de mulheres em trabalho de parto, à procura de vagas nos hospitais, com repercussões negativas para o processo de nascimento (MELLEIRO; GUALDA, 2004). Mesmo que a gestante seja encaminhada a outro serviço, de acordo com a proposta da Equipe de Referência e apoio Matricial do MS, é necessário haver comunicação entre a equipe e os especialistas. Isto além de ampliar o olhar sobre o usuário aumenta o compromisso no acompanhamento das gestantes (BRASIL, 2004) (COSTA, 2009).

Deve ser realizado o registro completo no prontuário e Cartão da Gestante, incluindo

o registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar e em situações que não necessitem de internação (BRASIL, 2005). O Cartão tem como propósito armazenar as informações da gestante e facilitar a comunicação entre os níveis de atenção para que no momento do parto sejam evitados exames e intervenções desnecessários e nem negligenciados (BRASIL, 2002).

Após o parto, se dá a atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral”, consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2005).

Ainda que as recomendações os parâmetros de qualidade do pré-natal sejam os mesmos para todo o Brasil, há diferenças regionais. Viellas et al. (2014) descreve em um estudo de abrangência nacional que a realização da assistência pré-natal com número igual ou maior que seis consultas foram de 57% na região Norte, 65% na região Nordeste, 76% na região Centro-Oeste, 77% na região Sul e 79% na região Sudeste (VIELLAS et al., 2014a). A partir da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 Mario et al. (2019) constatou que tanto no que diz respeito ao número de consultas e início oportuno do pré-natal, quanto à realização de exames clínicos, laboratoriais e de imagem, as mulheres das regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores frequências de pré-natal adequado, enquanto a região Sudeste seguida da região Sul apresentaram as maiores frequências; dados compatíveis com outros estudos nacionais (VIELLAS et al., 2014b)(DOMINGUES et al., 2015) . Reforçando, assim, a existência de iniquidade regionais no acesso ao atendimento pré-natal de qualidade.

Em estudo na Região Metropolitana da Grande Vitória a partir da completude do Cartão da Gestante, viu-se que menos da metade dos cartões apresentou sete ou mais consultas registradas. Percentuais em torno de 70% foram descritos por coutinho et al. (2003) em Juiz de fora, Minas Gerais, e valores em torno de 30% foram encontrados por Lima, Costa e Dourado (2008) em Salvador, Bahia. Aqui destaca-se que o registro das informações maternas e antecedentes obstétricos é negligenciado nos Cartões das Gestantes, sugerindo o desprezo dos profissionais da saúde por eles. A mesma insuficiência nos registros foi encontrada em todos os Cartões de Gestantes do ESF avaliados no estudo de COSTA (2009) e NETO et al. (2012). revelou que os registros dos exames clínicos foram negligenciados no cartão da gestante por mais de 90% dos profissionais que conduziram o pré-natal. De modo semelhante, percentuais próximos a esse foram encontrados no SUS do Município de Rio Grande, Rio Grande do Sul (GONÇALVES et al., 2009).

A abordagem da sífilis no pré-natal é considerada um dos marcadores da qualidade da assistência. Embora o nível de completude para repetição do exame VDRL tenha sido considerado muito ruim no estudo de NETO et al. (2012), aproximadamente 35%, está próximo dos descritos em outros estudos (CAMPOS, 2010)(COUTINHO et al., 2010). A sífilis congênita é altamente prevenível durante o período do pré-natal por meio do diagnóstico e tratamento adequado das gestantes e seus parceiros. Porém, no Brasil este

ainda é um desafio por problemas que vão da demora na disponibilização do resultado do exame ao despreparo das equipes de saúde na tomada de correta conduta frente ao diagnóstico positivo; somados ainda à falta de adesão ao tratamento pelo parceiro e à falha do seguimento clínico e sorológico da doença na rede. Devido a fatores evitáveis e contornáveis como estes a sífilis congênita persiste como um relevante problema de saúde pública no país (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Domingues et al. (2015) aponta, ainda, que mesmo com um aumento da assistência pré-natal no Brasil, as mulheres gestantes que recebem o cuidado conforme os procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde foi de apenas um quinto. O precoce início da assistência pré-natal é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, pois, para muitas intervenções essenciais, tais como a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, diagnóstico de gravidez tubária, controle da anemia e manejo da hipertensão arterial e do diabetes, é fundamental a identificação precoce (no primeiro trimestre) desses agravos. O início precoce foi o componente da assistência pré-natal que apresentou menor adequação, apenas 53,9% no estudo de Domingues et al. (2015). Acredita-se que os principais fatores associados ao início tardio da assistência pré-natal no país são a dificuldade de diagnóstico da gravidez, questões pessoais e barreiras de acesso.

Quanto ao cuidado pré-natal na população adstrita às unidades básicas de saúde (UBS), o estudo realizado por Tomasi et al. (2017) com a totalidade das unidades do Brasil demonstrou que 89% de mulheres adstritas realizaram 6 ou mais consultas durante seu pré-natal. Porém, quando acrescentadas informações sobre situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, procedimentos de exame físico, orientações fornecidas e exames complementares realizados, a frequência de pré-natal adequados reduziu para 15%. Isto representa que, apesar do número de consultas durante o pré-natal estar de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sua qualidade estaria sendo insuficiente e precária. Durante o mesmo estudo, também foram associados a piores índices na qualidade da assistência pré-natal aquelas gestantes mais jovens e entre aquelas com menor renda.

Melo e Rio (2007) encontraram que a redução do número de consultas de pré-natal não se associou a resultados adversos maternos ou perinatais como pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, mortalidade materna ou baixo peso ao nascer. Esta constatação demonstra que não é a quantidade de consultas em si o fator mais importante, mas a qualidade da atenção oferecida no pré-natal. Porém, a redução no número de consultas associou-se à insatisfação manifestada pelas gestantes em relação aos cuidados pré-natais (MELO; RIO, 2007). Ainda nesse sentido, de acordo com KLEIN et al. (2012), estabelecer um número ideal de consultas no pré-natal e determinar um intervalo fixo entre elas é questionável pois não há comprovação de que estes fatores asseguram a assistência de qualidade. Entretanto, quantidade de consultas possivelmente está relacionada ao número de procedimentos técnicos realizados e à necessidade de garantir a adesão da gestante ao

---

serviço de saúde. Modelos tradicionais de assistência a gestante em países desenvolvidos realizam de sete a quatorze atendimentos, número variável conforme a paridade da mulher e a necessidade de intervenções específicas para cada gestante (KLEIN et al., 2012).

Em sua revisão sistemática quanto ao desempenho dos indicadores do PHPN ANDREUCCI e CECATTI (2011) consideram que para a maioria dos municípios brasileiros a humanização da atenção obstétrica, ainda é quase utópico, distante de ser atingida. O atendimento ideal às mulheres gestantes será conquistado caso exista acolhimento e vínculo entre o usuário e o sistema de saúde e disponibilizada de maneira universal a educação em saúde, com estratégias de documentação e da informação eficientes, o que são parte do que é definido como humanização no Programa. Porém, são relatados com frequência pelas mulheres dificuldades de acesso ao atendimento básico e desconhecimento da maioria das propostas do PHPN; sendo que uma das diretrizes da humanização é informar sobre as metas propostas pelo Programa às mulheres e integrá-las como corresponsáveis pelo cuidado (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Conforme descrito, a atenção pré-natal e puerperal é fundamental para a saúde materna e neonatal, entretanto, a qualidade e humanização dessa atenção ainda está aquém do desejado para o cuidado adequado das gestantes e recém-nascidos. Essa realidade repete-se na cidade de São Luiz Gonzaga, com captação deficiente e tardia para acompanhamentos pré-concepcionais e pré-natais como um todo, assim como a adesão frágil aos mesmos. Dessa forma, o pré-natal foi selecionado como prioridade de atuação pela equipe da Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich, visando, por meio da qualificação do vínculo entre as usuárias do território e a equipe, maior cobertura de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez, início precoce do pré-natal e de adesão ao acompanhamento. Melhorar a assistência pré-natal, em nossa Unidade, iniciado no momento anterior a concepção, não significa apenas melhorar a saúde materna e neonatal mas principalmente tem como propósito assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, a facilidade de acesso aos serviços necessários e em tempo oportuno visando o bom desfecho gestacional com mãe e recém-nascido saudáveis.



## 4 Metodologia

Visando qualificar a assistência pré-natal na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich (ESF 5), será desenvolvida uma intervenção ampla, composta por um grupo de atividades menores. Serão apresentadas a seguir as atividades a serem desenvolvidas a fim de alcançar cada objetivo específico.

A fim de expandir a cobertura de aconselhamentos pré-concepcionais será utilizado do momento da consulta médica no puerpério imediato para orientar as mulheres e casais a adotar um intervalo até uma próxima gestação, assim como apresentar os riscos potenciais caso não ocorra um período de intervalo. Em toda consulta será informado sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis pelo SUS e que são dispensados na própria Unidade Básica. Toda consulta puerperal deverá sempre incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança, porém, não poderá ser considerado como método contraceptivo confiável e eficaz em todos os casos. Será então realizada a avaliação individual de cada mulher para orientar e prescrever o melhor método anticoncepcional. Para isso a médica deverá considerar os riscos e benefícios de cada método, ter cuidado para que o mesmo não prejudique ou interfira durante o período da lactação e avaliar a probabilidade de adesão e uso correto de cada método para cada mulher. A estratégia terá início em dezembro de 2020 e ocorrerá em toda consulta puerperal, que deverá ocorrer em até 42 dias após o parto, e caso não ocorra durante esse prazo, será realizada visita domiciliar com a médica, agente comunitária de saúde e enfermeira. A agente comunitária de saúde fará busca ativa das mulheres logo após o parto, entre 3-7 dias, para orientar quanto a consulta puerperal e a necessidade de avaliação do recém-nascido, assim como a realização do teste do pezinho.

Ainda com foco nos aconselhamentos pré-concepcionais, serão incorporadas ações educativas sobre a saúde sexual e reprodutiva nas atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) que se dão anualmente no município. Serão organizadas palestras pela médica e enfermeira da Unidade nas escolas de ensino médio e realizadas rodas de discussão com os alunos onde os mesmos poderão tirar suas dúvidas, compartilhar experiências e receber informações quanto a utilização de métodos anticoncepcionais, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e de transmissão de DSTs), e sobre acompanhamento pré-natal. As atividades serão realizadas anualmente e as datas acompanharão o calendário definido entre a Secretaria da Educação e da Saúde (durante o presente ano letivo de 2020 não ocorrerá devido o contexto de pandemia da Covid-19).

A Unidade também passará a adotar como prática informar todas as mulheres em idade fértil adstritas no território da unidade sobre os métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS e que são distribuídos na própria Unidade Básica de Saúde. Isso se dará durante a realização de visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde e durante a consulta

com a enfermeira para a realização do exame preventivo de colpocitopatologia oncótica. Terá início em dezembro de 2020.

Para captar precocemente as gestantes para o acompanhamento pré-natal será facilitado o diagnóstico precoce da gravidez por meio do teste rápido realizado na própria Unidade. Com esse fim, será divulgada em consulta e sala de espera a disponibilidade do teste rápido na Unidade, assim como serão incentivadas a realizar o teste aquelas mulheres que apresentam sintomatologia suspeita de gravidez e atraso menstrual maior que 15 dias. A ação terá início em dezembro de 2020. Ficarão responsáveis a técnica de enfermagem, enfermeira e médica.

Ainda buscando a captação precoce, será realizada durante das visitas domiciliares busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde de prováveis gestantes sem acompanhamento ou ainda sem diagnóstico. A ação terá início em dezembro de 2020.

Serão, ainda, afixados cartazes na sala de espera do posto e distribuídos panfletos com informações sobre sintomas e alterações que sugiram uma provável gestação, assim como orientação para procura de acompanhamento o mais cedo possível. A elaboração do material gráfico será conduzida pela Secretaria de Saúde, em parceria com a equipe da Unidade. A produção terá início em dezembro de 2020.

Para ampliar a adesão ao acompanhamento das usuárias já vinculadas, será criado em grupo presencial de gestantes e puérperas para troca de informações, experiências e aumento do vínculo com a unidade. As atividades deste grupo serão, em sua essência, voltadas para as mulheres, mas, ao decorrer da sua realização será avaliada a melhor maneira de incluir em ações específicas a presença do acompanhante; um exemplo seria a realização de cursos preparatórios para os futuros pais; que podem abordar diversos temas, juntamente com a companheira gestante, que abordem desde os cuidados básicos com o recém-nascido, o preparo e incentivo para amamentação, orientação nutricional durante a gestação e amamentação quanto sobre temas relacionados a saúde reprodutiva e sexual do casal neste período e após o nascimento da criança, utilizando de maneira estratégica essa oportunidade para trazer informações de incentivo ao planejamento familiar e ampliar os conhecimentos do casal quanto aos diversos métodos anticoncepcionais que estão disponíveis. Também serão organizadas as visitas do grupo das gestantes à maternidade local de referência. O grupo será iniciado em dezembro de 2020 e terá reuniões mensais realizadas na própria unidade de saúde. A condução do grupo será feita pela médica, enfermeira, e técnicas de enfermagem, com convites a participação de outros profissionais disponíveis no município que atuem nas áreas de nutrição, psicologia, obstetrícia e ginecologia, entre outros.

Além do grupo presencial, será criado um grupo virtual de gestantes e puérperas no aplicativo WhatsApp com incentivo de interação entre as usuárias e permitindo que expressem suas dúvidas, compartilhem seus medos e inseguranças. A intervenção profissional será menor e exercendo o papel de mediação para o surgimento de troca de boas

---

informações, direcionando-as para o tema do período gestacional e maternidade. O grupo será administrado pela médica e enfermeira da unidade; porém participarão do mesmo todas as agentes comunitárias e técnicas de enfermagem com disponibilidade. As usuárias gestantes, puérperas ou mães e que mostrem interesse em participar para troca enriquecedora de informações serão adicionadas e instruídas sobre o conteúdo a que se destina o grupo, maternidade e afins. O grupo será montado em dezembro.

Ainda com foco na adesão, também em dezembro será reorganizada a agenda a fim de garantir tempo para que, especialmente, a primeira consulta de pré-natal torne-se uma excelente experiência para a paciente gestante, que seja satisfatória e atrativa. De maneira que a presença do acompanhante seja incentivada em todas as consultas, com ênfase na sua participação ativa durante as consultas, os profissionais devem atuar de maneira positiva para que ocorra a maior aproximação entre o casal e sempre buscar aumentar/ criar o vínculo entre os pais e o bebê em desenvolvimento. A atuação de toda a equipe da Unidade é essencial para um bom acolhimento dos futuros pais e sempre deverá demonstrar-se facilitadora à presença do acompanhante, não criando barreiras para tal. As primeiras consultas de pré-natal acontecerão nas quartas-feiras pela tarde e um tempo de duração de 40 minutos. A consulta deverá ir além do rotineiro exame físico, anamnese, prescrição de medicações e solicitação de exames, assegurando tempo suficiente reservado para o acolhimento e escuta cuidadosa. Na primeira consulta será entregue o Cartão da Gestante, apresentando-o de maneira didática, sanando todas suas dúvidas e antecipando os possíveis sintomas, sentimentos, sinais e modificações corporais que surgirão com a evolução da gestação. Serão informadas as diferenças entre o que pode ser considerado comum, dentro da normalidade em cada período da gestação, do que deve ser motivo para procurar atendimento médico. Serão esclarecidos todos os sinais de alerta, assim como o local de referência que deverá buscar em caso de intercorrências ocorridas fora do período de atendimento da unidade básica de saúde. Essa reorganização se dará em dezembro e terá envolvimento da médica, da enfermeira e do agente administrativo.

Por fim, será realizada capacitação sobre o uso pela equipe do Cartão da Gestante e definição de registro padronizado a fim de aprimorar a comunicação entre os profissionais e conseqüentemente o cuidado pré-natal. A capacitação à equipe será ministrada pela médica da Unidade no mês de janeiro e o tema terá espaço nas reuniões de equipe sempre que necessário. Será abordado o bom uso e a análise tanto das informações já contidas no Cartão quanto das que devem ser corretamente registradas pela própria gestante, pela médica, pela enfermeira e demais profissionais que atenderão a paciente durante todo o período da gestação. Todos os profissionais da equipe deverão ser capazes de orientar a paciente grávida sobre a importância de incorporar o Cartão da Gestante à sua rotina, tanto para seu próprio uso, como para verificar as datas de futuras consultas ou utilizar as informações contidas no mesmo para sanar suas dúvidas, quanto a necessidade de apresentar o Cartão a todo profissional que a atenda. A completude correta dos dados no

Cartão da Gestante deve ser realizada por todos os profissionais a fim de identificar o andamento da gestação, intervir no momento adequado e possuir registros sobre a evolução da gravidez como um todo. A realização de tratamentos, de procedimentos, resultados de exames, informações sobre as consultas anteriores e registros sobre os históricos obstétricos são fundamentais que estejam presentes no Cartão da Gestante de maneira clara e precisa pois, poderão orientar o profissional no momento de realizar qualquer decisão que não coloque mãe e filho em risco desnecessariamente. A capacitação à equipe poderá ser repetida sempre que houver dificuldade em utilizar ou informar sobre o Cartão Gestante.

Para a implementação da intervenção não serão necessários recursos materiais, espaços físicos ou profissionais para além dos já disponíveis à rede de saúde do município.

## 5 Resultados Esperados

Ao eleger para projeto de intervenção a qualificação da assistência pré-natal que é prestada na Unidade Básica de Saúde Alberto Henrich de São Luiz Gonzaga reconheceu-se que será necessário incluir ações voltadas ao planejamento reprodutivo, além das essenciais preocupações que são inerentes à efetiva assistência pré-natal, tais como a sua precocidade, a assiduidade do cuidado e da qualidade do atendimento a gestante e puérpera.

Com os aconselhamentos pré-concepcionais objetiva-se abranger os mais diversos grupos da comunidade, sejam casais, adolescentes, mulheres em idade fértil e até mesmo aquelas que estão gestantes ou encontram-se no período puerperal. Espera-se que assuntos como sexualidade, direitos reprodutivos e a importância de planejamento familiar sejam sempre debatidos e devem ser eliminadas todas e quaisquer barreiras ao acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais.

Com uma população melhor informada almeja-se obter grandes benefícios futuros para a saúde de maneira geral. Evitar uma gravidez indesejada ou não planejada permitirá uma redução de mulheres com diagnóstico e início tardio do acompanhamento pré-natal. Conseqüentemente, diminuirão riscos de evolução de uma gestação com pior desfecho materno e neonatal. Tendo em vista que as gestações que não precedem de planejamento estão associadas ao início tardio da assistência pré-natal e possuem maior risco de frágil adesão ao acompanhamento.

As ações que visam a ampliação do planejamento reprodutivo, como os aconselhamentos pré-concepcionais, são, portanto, medidas essenciais para melhoria da assistência pré-natal.

Espera-se aumentar consideravelmente os conhecimentos das mulheres em idade fértil sobre os riscos reprodutivos e a importância do uso correto dos meios anticoncepcionais.

Para inúmeras mulheres, a consulta do pré-natal representa a primeira ou a única oportunidade que possuem para avaliar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como um meio de captação desta paciente e uma possibilidade de criar o vínculo da mesma com a equipe da Unidade para que, assim, seja atendida de maneira integral, visando atuar na promoção e, eventualmente, na recuperação da saúde desta mulher.

Devido aos grandes benefícios associados ao bom acolhimento e a criação de vínculos entre a gestante, seu acompanhante e a equipe de profissionais da unidade serão esperados que a criação dos grupos, com as atividades educacionais e de interação resultem em maior adesão da assistência pré-natal.

Esperam-se evitar a peregrinação da gestante e consolidar a vinculação à maternidade por meio das ações que permitam que a gestante visite e conheça a maternidade de referência. É reconhecido que a adequada conexão entre os níveis de atenção ambulatorial e hospitalar é de extrema importância, sendo que essa medida contribui positivamente

para o bem estar da futura mãe, assim como um bom andamento do trabalho de parto.

Ainda buscando ampliar a permanência da gestante na atenção pré-natal, com a adoção de medidas que agreguem qualidade e permitam prioridade à primeira consulta pré-natal espera-se despertar nas gestantes a real importância e a necessidade da continuidade e da sua adesão nas ações de pré-natal.

Através da adoção de medidas que visam a qualificação e capacitação da equipe sobre o uso e para registro adequado do Cartão da Gestante espera-se que o mesmo sirva como um excelente instrumento de dados à medida que todos os profissionais da equipe estejam aptos para interpretar, identificar ou ao menos suspeitar as situações que possam representar risco ou uma necessidade de avaliação complementar da gestante. Espera-se que, com o registro adequado de informações presentes no Cartão da Gestante, além de desempenhar o papel de instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde que acompanham a gestante no pré-natal, sirva também para melhorar a tomada de decisões e em tempo hábil para evitar a evolução de intercorrências. Com a completude correta dos dados e registros no Cartão da Gestante resultará na possibilidade da continuidade do cuidado em qualquer contexto e local que a grávida seja atendida.

Espera-se, por meio do trabalho de toda equipe, obter conhecimento sobre todas as mulheres pertencentes ao território de abrangência da Unidade que estão grávidas ou encontram-se no período puerperal, inclusive aquelas que realizem o seu acompanhamento em serviços privados de saúde.

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer é um preditor da sobrevivência infantil. O baixo peso ao nascer geralmente expressa prematuridade e, portanto, representa ser um dos maiores fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantil no primeiro ano de vida. O nascimento pré-termo que resulta em um recém-nascido com baixo peso pode e deve ser evitado por uma qualificada assistência pré-natal. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a inadequada assistência materno-infantil.

Consideram-se como aceitáveis, internacionalmente, valores desta proporção abaixo de 10%, sendo que em países desenvolvidos a proporção encontrada varia em torno de 6%. Porém, em nosso município de São Luiz Gonzaga a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascimento está acima do considerado como aceitável, sendo que 23,4% dos nascidos vivos foram registrados como de baixo peso ao nascimento no período (segundo dados do DATASUS, 2017). Almejamos, com a intervenção proposta, que ocorra importante redução do valor quanto a proporção de nascidos vivos de baixo peso no município.

Em suma, com a intervenção proposta almeja-se a oferta de cuidados desde o período anterior à gestação, tanto com redução de gestações não planejadas quanto aumento de acompanhamento pré-concepcional. Espera-se, ainda, com a captação precoce das mulheres grávidas e acompanhamento de qualidade da saúde materno-fetal que as gestações acompanhadas pela equipe da Unidade tenham bons desfechos com redução da morbi-

mortalidade materna e infantil.



# Referências

- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1053–1064, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 23.
- BASSANI, D. G.; SURKAN, P.; OLINTO, M. Inadequate use of prenatal services among brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*, v. 35, p. 15–20, 2009. Citado na página 17.
- BRASIL, D. M. da Saúde do. *Mortalidade – 1996 a 2018, pela CID-10*. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-1996-a-2017-pela-cid-10-2/>>. Acesso em: 12 Ago. 2020. Citado na página 9.
- BRASIL, D. M. da Saúde do. *Nascidos Vivos - 1994 a 2018*. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-1994-a-2017/>>. Acesso em: 12 Ago. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 14.
- BRASIL, D. M. da Saúde do. *População residente*. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/>>. Acesso em: 12 Ago. 2020. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da S. *Área Técnica Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde*: Programa de humanização no pré-natal e nascimento. rev bras saúde matern infant. Brasília: Rev Bras Saúde Matern Infant, 2002. Citado na página 21.
- BRASIL, M. da S. *Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Citado na página 20.
- BRASIL, M. da S. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Citado 4 vezes nas páginas 18, 19, 20 e 21.
- BRASIL, M. da S. *Atenção ao pré-natal de baixo risco: série a: normas e manuais técnicos cadernos de atenção básica, nº 32*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.
- BRASIL, M. da S. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*.: Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Citado na página 19.
- CAMPOS, A. A. Epidemiologia da sífilis gestacional em fortaleza, ceará, brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 1747–1755, 2010. Citado na página 21.

CORRÊA, A.; DÓI, H. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em cuiabá. *Cienc Cuid Saude*, v. 13, n. 1, p. 104–110, 2014. Citado na página 20.

COSTA, G. D. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do programa saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1347–1357, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema Único de saúde em juiz de fora - mg. *Rev Bras Ginecol Obstet*, p. 717–724, 2003. Citado na página 21.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema Único de saúde em município do sudeste brasileiro. . *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 32, p. 563–569, 2010. Citado na página 21.

CRUZ, S. B. L.; CAMINHA, M. D. F. C.; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 18, n. 1, p. 87–94, 2014. Citado na página 18.

DOMINGUES, R.; LEAL, M. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no brasil. *Cad Saúde Pública*, p. 32–40, 2016. Citado na página 22.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 22.

GONÇALVES, C. et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras*, v. 55, p. 290–295, 2009. Citado na página 21.

GONZAGA, S. L. *SALUTAR*. 2019. Disponível em: <<http://saudeslg.gespamweb.com.br/Home/Sistema>>. Acesso em: 31 Dez. 2019. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 13.

HOLANDA, S. M. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: Satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto contexto - enferm*, v. 27, n. 2, p. 1–10, 2018. Citado na página 19.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. *Revista da AMRIGS*, v. 56, n. 1, p. 11–16, 2012. Citado na página 22.

LIMA, B.; COSTA, M.; DOURADO, M. Avaliação da qualidade do rastreamento de hiv/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 17, p. 123–153, 2008. Citado na página 21.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do pré-natal no brasil: Pesquisa nacional de saúde 2013. *Cienc. saúde coletiva*, v. 24, n. 3, p. 13–1232, 2019. Citado na página 21.

MELLEIRO, M.; GUALDA, D. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. *Rev. Latino-am enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 503–510, 2004. Citado na página 20.

- MELO, V. H. de; RIO, S. M. P. do. Assistência pré-natal parte ii. *Rev. Assoc. Med. Bras*, v. 53, n. 6, p. 479–481, 2007. Citado na página 22.
- NETO, E. T. dos S. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do sus da região metropolitana da grande vitória, espírito santo, brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 9, p. 1650–1662, 2012. Citado na página 21.
- OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 25–32, 1998. Citado na página 17.
- PEIXOTO, S. *Manual de assistência pré-natal*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014. Citado na página 18.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL. Lei nº 9.263/96. regula o § 7º do art. 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*, Brasília, n. 1, 1996. Citado na página 17.
- SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto contexto - enferm*, v. 25, n. 1, p. 1–10, 2016. Citado na página 19.
- TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica*, v. 33, n. 3, p. 1–10, 2017. Citado na página 22.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 85–100, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 21.
- VIELLAS, E. F. et al. Prenatal care in brazil. *Cad Saude Publica*, v. 30, p. 1–15, 2014. Citado na página 21.