

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

MANUELA UÂNIA DE ANDRADE

BOM DESPACHO – MINAS GERAIS
2013

MANUELA UÂNIA DE ANDRADE

**O ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

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

Orientadora: Prof^a. Eliana Aparecida Villa

BOM DESPACHO – MINAS GERAIS
2013

MANUELA UÂNIA DE ANDRADE

**O ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

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

Orientadora: Prof^a. Eliana Aparecida Villa

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Eliana Aparecida Villa - Orientadora

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: 13/04/2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Dioni, sempre companheiro e compreensivo, e ao meu filho Miguel razão para que eu procure crescer cada dia mais. Amores da minha vida que sempre estiveram ao meu lado durante esta caminhada.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 com o intuito de reorganizar a estrutura do sistema de saúde brasileiro, tendo como propósito a integralidade da atenção e o impacto sobre os principais problemas de saúde. É composto por equipes mínimas que desenvolvem ações voltadas para a demanda espontânea e programada. Dentre as ações encontra-se o acompanhamento de pré-natal. Observa-se que quando a assistência ao pré-natal de baixo risco foi descentralizada para as Estratégias de Saúde da Família (ESF) um dos objetivos foi o de facilitar o acesso da gestante às ações de saúde. Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema pré-natal vinculando-o à morbi-mortalidade infantil. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa. O modelo de atenção primária Estratégia Saúde da Família vem contribuindo de forma significativa nas melhorias alcançadas na atenção pré-natal. A captação precoce, a disponibilidade de atendimento e as atividades educativas desenvolvidas pelas equipes têm ajudado a diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. Vários estudos apontam que um pré-natal de qualidade evita o baixo peso ao nascer e a prematuridade, culminando com a redução da mortalidade infantil. Estudos também indicam que, quanto mais cedo iniciado o pré-natal e quanto melhor a assistência prestada, menores são as complicações gestacionais, tais como hipertensão arterial, eclampsia e trabalho de parto prematuro. A redução da mortalidade materna e neonatal é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais. Deseja-se, assim, melhorar o nível de atenção às gestantes, apostar em uma conscientização para que estas possam, além de manter um melhor acompanhamento da própria gestação, possam sentir-se seguras no cuidado ao bebê e servirem de multiplicadoras desse saber, interferindo junto às amigas, familiares e vizinhas.

Palavras chave: Programa saúde da família. Pré-natal. Mortalidade infantil.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) was established in 1994 in order to reorganize the structure of the Brazilian health system, with the purpose of comprehensive care and the impact on major health problems. It consists of teams that minimum develops actions for the spontaneous and planned. Among the actions is the monitoring of prenatal care. We observe that when prenatal care to low risk was decentralized to the Family Health Strategy (FHS) one of the goals was to facilitate the access of pregnant ace health actions. This study aims to conduct a literature review on the topic prenatal linking him to child morbidity and mortality. This is a bibliographic narrative. The model of primary care Family Health Strategy has contributed significantly in the improvements achieved in prenatal care. The early uptake, availability of care and the educational activities developed by the teams have helped reduce the rates of maternal and infant mortality. Several studies indicate that a prenatal quality prevents low birth weight and prematurity, culminating in the reduction of infant mortality. Studies also indicate that the sooner started prenatal care and the better the assistance provided, the lower the gestational complications such as hypertension, preeclampsia and preterm labor. The reduction of maternal and neonatal mortality is a challenge for Brazil and Brazilians, since these preventable deaths reach populations with less access to social goods. Want thus, improve the level of care during pregnancy, betting on an awareness so that they can, and keep a better monitoring of the pregnancy itself, can feel secure in the care of baby and act as multipliers of knowledge, interfering with to friends, family and neighbors.

Keywords: Family health program. Prenatal. Infant mortality

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2 OBJETIVO..... | 14 |
| 3 METODOLOGIA..... | 15 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 17 |
| 4.1 Pré-natal e a estratégia saúde da família..... | 17 |
| 4.2 Pré natal e a mortalidade infantil..... | 20 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 26 |
| REFERÊNCIA..... | 28 |

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde em 1994 oficializou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com o objetivo de atendimento do indivíduo no contexto familiar. E como prioridade a prevenção, promoção e recuperação à saúde das pessoas de forma integral e contínua (SILVA et al., 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 com o intuito de reorganizar a estrutura do sistema de saúde brasileiro, tendo como propósito a integralidade da atenção e o impacto sobre os principais problemas de saúde (MARTINS e ARANTES, 2011). As cidades que aderem ao programa recebem um bônus do governo federal para auxiliar na implantação e manutenção do programa.

O PSF constitui um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção à saúde. O seu exercício se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a uma população territorializada, utilizando de tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade. É através deste que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS (FARIA et al., 2010).

O programa é constituído por uma equipe mínima formada por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista, auxiliar em saúde bucal e por agentes de saúde da família. A equipe trabalha baseada em um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. Essa desenvolve três tipos de ações no dia a dia, voltadas para o atendimento da demanda espontânea onde se enquadra os casos agudos e as urgências; voltadas para o atendimento da demanda programada, onde se encontram situações de risco especiais tais como pré-natal, puericultura, planejamento familiar, diabetes, hipertensão, etc. e ações mais de cunho gerencial e de processamento (FARIA et al., 2010).

Com o objetivo de fortalecer o PSF, foi criado em 2005 o programa Saúde em Casa. Este tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Tem como diretrizes a universalização do acesso à atenção primária à saúde e a ampliação da qualidade dos serviços, com ênfase em ações de promoção, prevenção e atenção à saúde da família. É um projeto estruturador que visa apoiar os municípios mineiros na transição do paradigma da atenção básica à saúde para o da atenção primária à saúde (MINAS GERAIS, 2009).

O programa desenvolve ações de incremento qualitativo da infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho da atenção primária. E tem como principais produtos os seguintes dados: Estrutura + Processo = Resultados. Busca nortear as equipes de saúde para evitar que estas trabalhem de forma vaga sem estabelecer prioridades no atendimento da população (MINAS GERAIS, 2010).

O projeto foi criado após um diagnóstico onde se evidenciou os seguintes aspectos em relação ao modelo de atenção básica ofertado: limitação quantitativa e qualitativa de recursos humanos, oferta tímida de medicamentos, ausência de diretrizes clínicas, fragmentação da rede de assistência; privilegiamento das condições agudas em relação às crônicas; fragilidade gerencial nas unidades, processo de educação permanente fragmentado, carência de controle social e restrita infraestrutura física (MINAS GERAIS, 2009).

O sistema de saúde de Minas Gerais, salvo algumas exceções, encontrava-se com uma atenção à saúde fragmentada voltada para as condições agudas e com baixa resolubilidade e qualidade na atenção primária, culminando com longas filas de espera e altos números de internações por causas sensíveis. Para enfrentar tais problemas, a Secretaria de Estado da Saúde aceitou o desafio de se deslocar para mais próximo dos cidadãos e construir um novo caminho que se iniciava com um planejamento local. Foi então criado o Plano Diretor da Atenção Primária como uma estratégia de implantação do projeto estruturante do governo, o Saúde em Casa (MINAS GERAIS, 2008).

O Saúde em Casa, com sua estratégia do Plano Diretor da Atenção Primária, numa ação cooperativa do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde objetiva dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008, p. 17).

O programa veio para facilitar a implantação das redes de atenção às mulheres e às crianças (Viva Vida), de atenção às urgências e emergências, de atenção às doenças do aparelho circulatório e diabetes (Hiperdia) e de atenção aos idosos (Mais Vida). O mesmo também visa melhorar a qualidade e fazer com que estas redes trabalhem interligadas e não fragmentadas, substituindo a concepção hierárquica vertical pela poliarquia horizontal. Ressalta-se que são todos os pontos igualmente importantes (MINAS GERAIS, 2008).

Os indicadores de resultados do Programa são: ampliar a cobertura populacional do Programa Saúde da Família, aumentar a cobertura de exame citopatológico cérvico-vaginal entre as mulheres de 25 a 59 anos, ampliar a cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal, assim como a cobertura vacinal da terceira dose da vacina tetravalente, em menores de um ano de idade. Os municípios interessados em receber o incentivo assinam um contrato de gestão com o Estado onde são pactuadas as razões a serem alcançadas, no ano seguinte, em relação aos indicadores cobrados (MINAS GERAIS, 2008).

Por meio do Saúde em Casa, o governo de Minas Gerais destina R\$ 61 milhões/ano aos municípios onde as equipes do PSF atuam. Os recursos podem ser aplicados na qualificação de pessoal, obras em postos de saúde, compra de equipamentos médicos e de material de consumo.

Segundo Morais (2011), um dos principais indicadores do pacto pela saúde, que é a cobertura de pré-natal, baseia-se numa cadeia de procedimentos que os serviços de atenção primária devem realizar culminando com a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

As equipes precisam captar a gestante precocemente e cadastrá-la ao pré-natal; o município deve garantir a oferta de exames laboratoriais e as complicações devem ser tratadas o mais precocemente possível. Não se pode esquecer que a infecção do trato urinário e o descontrole da pressão arterial são grandes responsáveis pelo parto prematuro, assim como a falta de suplementação com sulfato ferroso contribui para o baixo peso ao nascer.

De acordo com Almeida e Barros (2004), a redução do número de nascimentos com baixo peso é considerada uma estratégia eficaz para a prevenção da mortalidade neonatal, assim como serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade deveriam ser capazes de reconhecer as mortes evitáveis e programar e implementar medidas para reduzi-las. Os profissionais devem ficar atentos e intervir nas situações que podem favorecer o nascimento de crianças com baixo peso. Dentre estas situações pode-se citar o tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e desnutrição materna.

Inúmeras pesquisas vêm estudando o efeito do cuidado pré-natal na mortalidade perinatal, neonatal e infantil. Há um efeito benéfico do número de visitas ao pré-natal para a diminuição da morte no período perinatal e neonatal e para a prevenção dos nascimentos de baixo peso. Estudos mostram que a ausência de

pré-natal, tanto quanto um cuidado inadequado estiveram associados a um incremento na taxa de mortalidade infantil (ALMEIDA e BARROS, 2004).

O pré-natal tem objetivos biológicos, sociais e de saúde pública. Entre os primeiros, destacam-se assegurar a evolução normal da gravidez, preparar a mãe para o parto, e puerpério e a lactação e identificar o mais rapidamente possível as situações de risco (FERRAZ e LIPPI, 2009).

De acordo com Davim et al. (2003), a gravidez é um processo fisiológico que representa a capacidade reprodutiva inerente à mulher e traz ao organismo uma série de mudanças físicas e emocionais que caracteriza este período. Conseqüentemente Silva et al. (2010) acrescenta que durante a gestação, a gestante deve ser acompanhada por uma unidade de saúde, local onde deverá realizar todas as consultas de pré-natal necessárias. A consulta de pré-natal tem como propósito uma gestação tranqüila e sem intercorrências e, caso estas ocorram, que sejam identificadas precocemente e tomadas condutas adequadas (SILVA et al., 2010).

O acompanhamento das gestantes no PSF deve ser realizado de forma cautelosa, acolhedora e com muita qualidade e responsabilidade. O pré-natal deve ser uma das prioridades da equipe. E quando este é de qualidade ele evita tanto a mortalidade materna como a infantil.

Observa-se que quando a assistência ao pré-natal de baixo risco foi descentralizada para as Estratégias de Saúde da Família (ESF) um dos objetivos era facilitar o acesso da gestante às ações de saúde. Uma vez que a acessibilidade se tornaria bem mais fácil ao poder realizar o pré-natal próximo ao seu domicílio. Todo clínico geral e enfermeira conseguem realizar o acompanhamento de uma gestação de baixo risco. Outro fator benéfico da mulher realizar o pré-natal na ESF é o fato que ela e os demais da equipe poderão contar com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que servirão de elo entre paciente e equipe, levando e trazendo informações.

Ao longo dos anos percebe-se que a mulher necessita de um olhar diferenciado durante a fase gravídica e a equipe de atenção básica precisa estreitar seu vínculo com a mulher, acolhendo e orientando-a nessa fase da vida.

No município de Bom Despacho, as gestantes de baixo risco com cobertura de PSF são acompanhadas pelas equipes de saúde da família e o parto das mesmas é realizado pelo plantonista da obstetrícia. As gestantes de alto risco são

acompanhadas no centro de saúde da mulher por um médico obstetra. Caso alguma gestante de baixo risco apresente alguma complicação ao longo da gravidez a mesma é encaminhada para o pré-natal de alto risco. E se alguma gestante tiver risco de parto prematuro ou alguma condição muito grave a mesma é encaminhada para maternidades de alto risco de Belo Horizonte.

No período de pré-natal, a equipe busca fazer com que todas as gestantes realizem no mínimo as sete consultas e faça todos os exames pagos pelo SUS. Com a ajuda dos ACS faz-se a busca ativa das faltosas ao pré-natal e tenta-se captar o mais precocemente possível as gestantes.

A equipe no último mês deu início ao grupo de gestantes para melhor orientá-las sobre os cuidados a serem tomados durante a gestação, os sinais de risco, a importância do aleitamento materno e os cuidados com o bebê.

Para garantir um acompanhamento adequado durante o pré-natal e o controle no primeiro ano de vida está previsto o fortalecimento do Programa Saúde da Família. A equipe é a responsável pelo acolhimento da gestante, a captação precoce para o pré-natal e o desenvolvimento de atividades educativas preparando a gestante para o parto, aleitamento materno e cuidados com o bebê (MINAS GERAIS, 2008).

O diagnóstico situacional permitiu a identificação da mortalidade infantil como um dos problemas que deveriam ser enfrentados pela equipe. Ao analisar os dados percebe-se que essas crianças morreram no primeiro ano de vida.

Uma das maneiras de diminuir a taxa de mortalidade infantil é melhorando a qualidade do pré-natal e das orientações ofertadas.

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é utilizado internacionalmente como um indicador das condições de vida e de saúde de uma população, resultando da interação e da disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços de saúde e das condições de saneamento, renda, entre outros. Esse componente pode ser desdobrado em: taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNP), taxa de mortalidade neonatal tardia (TMNT) e taxa de mortalidade pós-neonatal (TMPN). Os dois primeiros influenciados pelas condições da gestação e da assistência ao parto e nascimento. O último além das condições anteriormente descritas é também influenciado pelas condições do meio onde a criança se desenvolve (MINAS GERAIS, 2004).

Vários estudos já revelaram uma ação protetora da atenção pré-natal sobre a mortalidade infantil. Deve se começar o pré-natal no início da gravidez, facilitando a detecção e tratamento precoce de qualquer complicação. Os indicadores de qualidade do pré-natal, tais como vacinação antitetânica e posse e uso do cartão da gestante, não estão disponíveis de forma regionalizada e há evidências que a qualidade deixa a desejar. Na PNDS-1996, mais de um terço das gestantes brasileiras não recebeu nenhuma dose de toxóide tetânico. Quanto ao cartão, metade das mulheres relatou que o possuía, sugerindo má qualidade na assistência (MINAS GERAIS, 2004, p. 27).

O município de Bom Despacho tem conseguido alcançar a meta do programa Saúde em casa de 06 ou mais consultas, contudo tem apresentado um número elevado de natimorto.

A morte de uma criança mexe com toda uma estrutura familiar, muitas das vezes ocasionando uma depressão na mãe o que prejudica o cuidado aos outros filhos e ao seu lar. Devido à grande repercussão e impacto que o óbito infantil traz para a família, comunidade e aos serviços de saúde, percebe-se a necessidade de levantar as formas de evitar tais mortes e de buscar na literatura provas de que o pré-natal atua como fator de proteção contra a mortalidade infantil.

A enfermeira atua de diferentes formas no pré-natal, geralmente é esta profissional que faz a captação e cadastro da gestante no SISPRENATAL. Ela é a responsável pela primeira consulta solicitando os exames de rotina e já diagnosticando se é uma gestante de baixo risco ou alto risco e assim definindo a necessidade da paciente de dar continuidade no pré-natal no centro de saúde da mulher. É também a enfermeira que em quase todas as unidades realiza o grupo de gestantes para orientar e prepará-las para o parto e os cuidados com o bebê. Esta profissional também é responsável por monitorar o SISPRENATAL e solicitar a busca ativa das gestantes para realizar consultas de pré-natal, vacinação e ou exames.

Diante do exposto, podemos questionar: em que medida a atenção ao pré-natal na unidade de saúde da família pode contribuir para reduzir a mortalidade infantil?

2 OBJETIVO

Analisar, na bibliografia nacional, os trabalhos publicados sobre o acompanhamento do pré-natal como medida de prevenção à mortalidade materno-infantil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, tendo como questão norteadora o acompanhamento de pré-natal. Buscou-se as informações em livros, impressos diversos, publicações em periódicos, linhas guias, e demais publicações do Ministério da saúde, disponíveis em meios eletrônicos, bem como nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), além de Manuais da Secretaria de Saúde de Minas Gerais para embasar este Trabalho de Conclusão de Curso.

A pesquisa bibliográfica constitui-se em um estudo cuja trajetória metodológica a ser percorrida apóia-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, bem como em sua revisão, contribuindo para o processo de síntese e análise das produções de vários autores, criando um corpo de literatura compreensível (ARAGÃO, 2008)

A pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito sobre determinado assunto (GIL, 2002).

De acordo com Almeida Junior (1989), uma pesquisa bibliográfica é uma atividade de consulta e localização de fontes de informações escritas a respeito de determinado tema. Lakatos e Marconi (1991) acrescentam que a pesquisa bibliográfica visa colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. E que se entende por pesquisa um procedimento de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico para reconhecer a realidade ou descobrir verdades parciais.

A revisão narrativa não informa as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constitui, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado

assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (BERNARDO, NOBRE e JATENE, 2004).

Uma leitura crítico-analítica foi realizada para seleção do material. Os conteúdos selecionados foram utilizados para refletir sobre a assistência de pré-natal prestada nas unidades de saúde da família e os benefícios que este traz, quando de qualidade. A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2012 a dezembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: artigos relacionados ao tema e aos objetivos propostos, ou seja, aqueles cujo conteúdo inter-relaciona o pré-natal e a mortalidade infantil, bem como a influência que esse exerce na diminuição da morbi-mortalidade materna.

Após leitura dos dados, os temas foram divididos dentro dos temas: Programa Saúde da família, Pré-natal e Mortalidade infantil. Uma reflexão foi desenvolvida sobre a importância de um pré-natal de qualidade na atenção primária, as dificuldades para a realização de tal e como este atua na prevenção da mortalidade infantil.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Pré-natal e a estratégia saúde da família

O modelo de atenção primária Estratégia de Família vem contribuindo de forma significativa nas melhorias alcançadas na atenção pré-natal. A captação precoce, a disponibilidade de atendimento e as atividades educativas desenvolvidas pelas equipes têm ajudado a diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. A gestante coberta por uma equipe de PSF tem mais facilidade em iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, é atendida por profissionais conhecidos e não necessita percorrer grandes distâncias para ser atendida.

A gestante deve ser acolhida pela unidade e encontrar neste local um espaço onde possa expressar suas preocupações, angústias e o seu medo. Os profissionais devem garantir a essa um atendimento humanizado, resolutivo, integral e articulado com outros serviços que assegurem a continuidade do atendimento. É, também, atribuição da equipe prestar este cuidado considerando a realidade local e as condições socioculturais de cada mulher incentivando o auto cuidado e a autonomia.

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do pré-natal consiste em uma assistência a mulher durante o período gravídico e puerperal, de forma que esta possa ser acolhida desde o início da gravidez, assegurando-lhe, até o final, o nascimento de um conceito saudável e o bem estar da mãe. O mesmo preconiza uma assistência qualificada e humanizada em um serviço de fácil acesso e que integre todos os níveis de atenção: prevenção, promoção e assistência da saúde da puérpera e do recém-nascido, desde a unidade básica até o atendimento hospitalar de alto risco (MORAIS, 2011).

A Secretaria Estadual de Saúde (MINAS GERAIS, 2008) estabelece que os municípios, por meio das suas unidades de saúde, devem realizar a atenção pré-natal assegurando os seguintes parâmetros:

- Captação precoce da gestante, menos de 120 dias, pelo ACS ou através de procura direta da mulher com suspeita de gravidez.
- Realização do cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, através do preenchimento da ficha de cadastramento do SISPRENATAL.

- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação.
- Realizar durante a gravidez atividades de escuta da mulher e seu acompanhante, atividades educativas em grupo ou individual, estímulo ao parto normal, anamnese e exame clínico da gestante, exames laboratoriais, imunização antitetânica, avaliação do estado nutricional, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais, prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e mama.
- Suplementação vitamínica com ácido fólico e sulfato ferroso.
- Tratar as intercorrências da gravidez, utilizando a classificação do risco da gravidez na primeira consulta e nas subseqüentes.
- Atender as comorbidades e garantir o vínculo e acesso à unidade de referência ambulatorial e ou hospitalar especializado.
- Registrar os atendimentos no prontuário e no cartão da gestante.
- Atender a mulher e o neonato no pós parto imediato e realizar a consulta puerperal.
- Realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante.

A consulta de pré-natal deve se basear no acolhimento de qualidade e humanizado, destinando à mulher uma atenção qualificada com procedimentos benéficos tanto para a mãe quanto para o feto e que atendam todas as necessidades e dificuldades apresentadas no decorrer da gravidez. O profissional deve utilizar dos seus conhecimentos para reconhecer os momentos onde sua intervenção seja necessária para garantir o bem estar do binômio mãe e filho (AMARAL, 2011).

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a materna, identificação de riscos, para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbi-mortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intrauterino e mortalidade (PUCCINI et al., 2003, p. 36).

Segundo Duarte e Andrade (2006), a captação precoce da gestante, na maioria das vezes, é feita pelo ACS durante a visita domiciliar. Este profissional deve

reforçar o vínculo entre a equipe e a paciente. É o agente de saúde que fará o acompanhamento domiciliar mensal da gestante, sendo o responsável por levar até a equipe qualquer alteração ocorrida no meio em que a gestante vive. Após ser captada pelo agente, a gestante passará a receber cuidados de todos os integrantes da equipe. Passará por consulta médica e de enfermagem e por uma avaliação odontológica.

A atenção pré-natal deve ser iniciada assim que a possibilidade de gravidez for considerada, geralmente pelo atraso menstrual. Visto que os resultados alcançados serão melhores quanto antes o acompanhamento for iniciado. É na primeira consulta que se identificam patologias e fatores de risco que podem contribuir para uma evolução negativa da gravidez; assim como é feito o exame físico e solicitado os exames laboratoriais preconizados. É, também, na primeira consulta que se inicia a formação do vínculo da gestante com a equipe de saúde (AMARAL, 2011).

Nunes (2011) acrescenta que o acompanhamento de pré-natal além de proporcionar o diagnóstico de patologias desenvolvidas durante a gravidez e ou daquelas que já estavam presentes no organismo da mulher ele proporciona a detecção de problemas fetais precocemente, principalmente os relacionados à má-formação. Alguns problemas fetais diagnosticados são passíveis de intervenção intra útero o que possibilita ao recém-nascido uma vida normal.

As consultas de pré-natal têm o objetivo de preparar a mulher física e psiquicamente para a maternidade, disseminar informações educativas sobre o parto e cuidados com a criança, orientando-a sobre os hábitos de vida, higiene e alimentação. Além disso, o pré-natal favorece a orientação sobre o uso de medicamentos que podem afetar a saúde do feto, como à da mulher e a evolução do parto; e também o tratamento das queixas relacionadas á gravidez tais como azia, câimbras, náuseas e dores lombares (NUNES, 2011).

As ações do pré-natal são direcionadas pelas linhas guias que conduzem o profissional na prestação da assistência do pré-natal, evitando possíveis deficiências no cuidado prestado. Contudo, grande parte dos profissionais não utiliza desses materiais durante o atendimento da gestante, fato que favorece a adoção de medidas errôneas que podem culminar com a morte da mãe e ou do bebê.

4.2. Pré-natal e a mortalidade infantil

A gravidez é um processo fisiológico, mas produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Logo, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto, caso a gestante não seja adequadamente acompanhada. No Brasil a mortalidade perinatal ainda persiste como a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil (TREVISAN et al., 2002).

Silva, Santos e Soares (2001) relatam que os principais problemas relacionados à qualidade da assistência dedicada ao pré-natal, apontados em estudos da literatura, referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades. Já Backes e Soares (2007) acrescentam que a rapidez das consultas faz com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e impedem que as mulheres possam manifestar suas dúvidas e medos o que piora a qualidade do pré-natal.

Para Ribeiro et al. (2009), no Brasil, dentre as dificuldades relacionadas com a atenção à gestante e ao RN encontra-se a iniquidade no acesso, a desorganização e fragmentação do sistema de saúde e as inadequações técnico-científicas da assistência. Em relação ao pré-natal, a hierarquização, a garantia do acesso e a qualidade do atendimento e não apenas a quantidade de consultas são inegavelmente pontos-chave na melhoria da atenção. Goulart, Somarriba e Xavier (2005) acrescentam que para muitas mães, a descontinuidade da assistência iniciada no pré-natal e a falta de vínculo com os profissionais que as assistem durante o parto geram medo, insegurança e ansiedade.

Precisa-se considerar a importância da melhoria do atendimento de pré-natal capaz de prevenir grande parte das complicações obstétricas, com conseqüências tanto para a mulher quanto para o recém-nascido (MINAS GERAIS, 2004).

Indicadores de conclusão da assistência mostram um número reduzido de gestantes que cumpriram todos os passos preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, indicando a necessidade de melhorar a organização da atenção primária à saúde e de integrar os diferentes níveis de atenção (MINAS GERAIS, 2004).

As equipes precisam estar preparadas para implementar ações de divulgação do programa, trabalhar com prioridades, buscar gestantes faltosas, cumprir com as normas e rotinas, saber interagir como equipe multidisciplinar e implementar atividades educativas. As equipes que contam com o NASF (Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família) devem saber aproveitar das várias categorias profissionais para realizar grupos educativos voltados aos interesses das gestantes.

Em 2006, na perspectiva de superar as dificuldades e fragmentação da rede foi criado pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde que define prioridades articuladas entre os três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS. Um dos objetivos do pacto pela saúde é reduzir a mortalidade infantil e materna. Contudo, em 2005, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais já havia criado o Programa Saúde em casa com o objetivo de desenvolver ações sistemáticas para promoção da ampliação do acesso à atenção primária onde um dos objetivos a serem alcançados pelos municípios é a cobertura de pré-natal (MINAS GERAIS, 2010).

A redução das taxas de morbidade e mortalidade perinatal depende da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos (MOURA, HOLANDA e RODRIGUES, 2003).

A atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal é indispensável para que ela possa exercer a maternidade com segurança e sem riscos. Os profissionais de saúde devem desenvolver ações interdisciplinares que favoreçam a autoconfiança e cuidado da mulher e de sua família durante a gestação e no pós-parto (AMARAL, 2011).

Estudos indicam que o aumento da cobertura pré-natal pode proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência do baixo peso e da prematuridade culminando com a redução da mortalidade visto que crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças a termo e com peso superior a 2.500 gramas. (KILSZTAJN et al., 2003).

Corroborando com esse raciocínio, estudos de Coimbra et al. (2003, p. 457):

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos

biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico puerperal.

No Brasil, portanto, mais da metade dos óbitos infantis e maternos são considerados por causas evitáveis, denunciando assim a fragilidade e a deficiência no atendimento da mulher grávida.

Segundo Coelho e Porto (2009), a morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias, todas estas preveníveis. As gestantes devem aderir às consultas de enfermagem no pré-natal com responsabilidade e interesse, visto que são duas vidas e que o momento da consulta é o momento ideal de promoção de saúde e prevenção de possíveis agravos.

Já a mortalidade neonatal resulta de uma cadeia complexa de determinantes biológicos, socioeconômicos e relacionados à atenção à saúde. Nos últimos anos, diversos autores têm analisado o papel destes fatores de acordo com modelos hierarquizados de determinação nos quais cada agrupamento de fatores apresenta interferência sobre os outros, permitindo a compreensão individual e coletiva de sua importância (RIBEIRO et. al., 2009).

Geib et.al. (2010) exemplificam que os determinantes sociais em saúde têm um impacto direto no coeficiente de mortalidade infantil por estruturar outros determinantes que incidem sobre esses indicadores. Existem vários modelos desenvolvidos para demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde, classificando os determinantes da saúde em estruturais, intermediários, proximais e distais.

No que diz respeito aos determinantes estruturais, são os que geram estratificação social e incluem fatores ligados à renda e educação. Os intermediários determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a agravos de saúde e compreendem as condições de vida, de trabalho, a disponibilidade de alimento, os comportamentos, o estilo de vida e o próprio sistema de saúde – este especialmente quando diminui o acesso aos fatores de proteção, como assistência pré-natal, por exemplo. Os determinantes proximais constituem as causas imediatas de morte, como as condições perinatais (GEIB et.al., 2010).

Estudos prévios encontraram como determinantes distais da mortalidade infantil, a escolaridade dos pais inferior a oito anos, a situação conjugal das mães e o trabalho materno fora do lar.

Entre os determinantes intermediários, observaram-se a multiparidade, a ordem e o intervalo de nascimentos, a situação conjugal materna e a baixa qualidade da atenção a saúde, o número de consultas pré-natais inferior a seis e o fumo na gestação. Como proximais, tanto da mortalidade neonatal quanto da pós-neonatal, estudos apontam o sexo masculino, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o escore de Apgar inferior a sete no primeiro e quinto minutos de vida (GEIB et.al., 2010). A escala ou o índice de Apgar é um teste desenvolvido para avaliar as condições de vitalidade e adaptação à vida extra-útero do recém-nascido no primeiro, quinto e décimo minuto de vida. Avaliam-se cinco sinais que são: a frequência cardíaca, tônus muscular, cor da pele, irritabilidade reflexa e frequência respiratória. Cada um destes sinais recebe uma pontuação de 0 a 2. Crianças com Apgar maior que sete nasceram em ótimas condições; Apgar 7 com dificuldade leve; de 4 a 6 com dificuldade de grau moderado e de 0 a 3 com dificuldade de ordem grave. Essas dificuldades se não tratadas podem levar ao óbito (KILSZTAJN, S.; et al , 2007).

A identificação desses determinantes em cada município brasileiro continua a ser um processo imprescindível para acelerar a atuação destinada a modificá-los e a minimizar o possível impacto das políticas públicas sobre as iniquidades em saúde (GEIB et. al., 2010).

A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o Brasil, conforme Cavalcanti (2010).

Alguns fatores como: a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; as práticas de cuidado hegemônicas; e a forma como têm se organizado a gestão dos serviços de saúde, o que inclui a gestão do trabalho das equipes de saúde, têm contribuído para a não melhoria dos indicadores. Dentre estes fatores, destaca-se a cultura hegemônica do cuidado médico, centrada na realização de procedimentos sem evidências científicas e em práticas que desconsideram o protagonismo da mulher e sua família no cuidado, tendendo a “medicalizar” o processo de gestação, parto e nascimento (CAVALCANTI, 2010).

Embora os fatores que levam ao óbito neonatal sejam variados e interajam entre si com diferentes intensidades, observa-se, entre os fatores de risco identificados, a importância dos relacionados com a atenção à saúde das gestantes e dos nascidos vivos, redutíveis pela atuação do setor saúde. Torna-se necessário, portanto, um olhar mais aprofundado para a atenção pré-natal e para a assistência ao parto e ao recém-nascido, sendo fundamental avaliar a estruturação da rede de atenção perinatal e a qualidade da atenção oferecida pelo município (RIBEIRO et.al., 2009).

O acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, no entanto, apresentar qualidade satisfatória. Segundo o Ministério da Saúde, em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). No entanto, a incidência de sífilis congênita, as síndromes hipertensivas como primeira causa de morte materna e a existência de mortalidade por causas perinatais são evidências concretas da necessidade de qualificar a assistência pré-natal (CAVALCANTI, 2010).

Vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada à maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que, ao contrário das nações desenvolvidas, onde as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (TREVISAN et al., 2002).

Em janeiro de 2006, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil foi reafirmada como uma das prioridades operacionais do Pacto pela Vida, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Este pacto visa reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. Esse Pacto está contribuindo muito para o serviço das equipes de saúde do meu município, pois tendo as metas, todos se sentem comprometidos em cumpri-las (MINAS GERAIS, 2010).

A redução dos indicadores de mortalidade infantil demanda ações de caráter político-institucional, incluindo, além da detecção precoce de problemas existentes antes ou durante a gravidez, o término da dissociação entre a assistência pré-natal e

a do parto e puerpério, enfocando o princípio da integralidade da assistência à mulher e à criança (GASTAUD, HANER e CUNHA, 2008).

A redução da mortalidade materna e neonatal é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais, buscar meios pra diminuir esses índices deve ser um compromisso de todos. Tal fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral (AMARAL, 2011).

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e saúde de uma população, logo um índice elevado é influenciado pelas condições socioeconômicas, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, pelo grau de escolaridade da mulher e pela presença de violência doméstica. A atenção pré-natal qualificada reflete nas condições da gravidez e do parto contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil (AMARAL, 2011).

As causas da mortalidade infantil podem ser evitadas com adoção de medidas de prevenção e promoção, tais como imunização, pré-natal, puericultura e planejamento familiar. Assim com ações de qualificação das estruturas de saúde e recursos humanos, principalmente nas unidades básicas de saúde. Abordando uma avaliação preventiva e qualitativa e, não uma avaliação curativa e quantitativa (GASTAUD, HANER e CUNHA, 2008).

De acordo com Cavalcanti (2010), os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil devem estar conectados e funcionar em rede. Assim, pretende-se minimizar a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que se busca garantir a integralidade da assistência culminando com a redução da mortalidade infantil e materna.

As causas mais comuns do óbito infantil neonatal são o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer. Ambos influenciados pela condição da mãe na gestação e o desenvolvimento das patologias de hipertensão arterial e infecção do trato urinário. A condição socioeconômica também interfere no coeficiente de mortalidade infantil visto que este é maior nas famílias de baixa renda, e o acesso aos serviços de saúde também é fator de proteção, mas no caso de famílias carentes muitas das vezes o acesso não é fácil (CAVALCANTI, 2010).

Portando, conclui-se que a atenção pré-natal é fator de proteção contra a mortalidade infantil, desde que esta seja de qualidade e faça parte de uma rede

interligada dos serviços, que permita o acompanhamento da gestante em cada etapa, por profissionais capacitados para essa atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da revisão da literatura mostraram que o PSF foi criado com o intuito de atender a população em seu contexto social, desenvolvendo ações de promoção e prevenção. Uma das prioridades do programa é o atendimento à mulher no período gravídico. Com o intuito de melhorar a qualidade do pré-natal ofertado nas unidades de saúde, o governo criou programas que estipulam metas para as equipes em relação à cobertura de pré-natal com seis ou mais consultas e realização de todos os exames laboratoriais e a imunização antitetânica.

Observa-se que, quando a assistência ao pré-natal de baixo risco foi descentralizada para as Estratégias de Saúde da Família (ESF), um dos objetivos era facilitar o acesso da gestante às ações de saúde, uma vez que a acessibilidade se tornaria bem mais fácil ao poder realizar o pré-natal próximo ao seu domicílio.

Percebe-se, ainda, que quanto mais cedo iniciado o pré-natal e quanto melhor a assistência prestada, menores são as complicações gestacionais, tais como hipertensão arterial, eclampsia, infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro.

O pré-natal tem como finalidade proporcionar que a gravidez transcorra de forma tranquila, culminando com o nascimento de um recém-nascido saudável. Também prioriza manter a saúde da mulher evitando complicações passíveis de intervenção e prevenção.

Vários estudos apontam que um pré-natal de qualidade evita o baixo peso ao nascer. O acompanhamento das gestantes no PSF deve ser realizado de forma cautelosa, acolhedora e com muita qualidade e responsabilidade. O pré-natal deve ser uma das prioridades da equipe. E quando este é de qualidade ele evita tanto a mortalidade materna como a infantil.

O coeficiente de mortalidade infantil é utilizado internacionalmente como um indicador das condições de vida e de saúde de uma população, resultando da interação e da disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços de saúde e das condições de saneamento, renda, entre outros.

As causas da mortalidade infantil podem ser evitadas com adoção de medidas de prevenção e promoção, tais como imunização, pré-natal, puericultura e planejamento familiar. Assim com ações de qualificação das estruturas de saúde e

recursos humanos, principalmente nas unidades básicas de saúde. Os serviços de saúde devem trabalhar em rede oferecendo um serviço resolutivo e com integralidade.

A redução da mortalidade materna e neonatal é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais. Buscar meios para diminuir esses índices deve ser um compromisso de todos. Tal fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral.

Na unidade de saúde onde atuo as mortes infantis ocorridas foram em famílias de baixa renda e com difícil acesso à unidade de saúde, visto que a distância das microáreas e a falta de agente de saúde para acompanhar essas famílias dificultaram o acesso da equipe a estas pacientes.

Para melhorar tais dados, a equipe deve procurar desenvolver trabalhos educativos com as gestantes, que abordem assuntos diversos sobre a gravidez, os sinais de complicações, cuidados com o bebê e planejamento familiar. Também é necessária uma parceria com a Secretaria de Saúde para uma re-territorialização que favoreça o acesso de todas as microáreas à unidade de saúde.

Vimos, neste estudo, que a mortalidade materna e infantil é um indicador das condições de vida e saúde de uma população, influenciado, dentre outras razões, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Assim, considera-se necessária a realização de uma ampla campanha educativa, visando ampliar as demandas e participação das gestantes nas atividades de pré-natal. Investiremos desse modo, em uma proposta educativa bem elaborada, iniciando com os agentes de saúde, elementos essenciais para auxiliar na captação dessas mulheres de todas as regiões, principalmente as mais afastadas.

Deseja-se assim, melhorar o nível de atenção às gestantes, apostar em uma conscientização para que, além de manterem um maior acompanhamento da própria gestação, possam sentir-se seguras no cuidado ao bebê e servirem de multiplicadoras desse saber, interferindo junto às amigas, familiares e vizinhas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à Saúde e Mortalidade Neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.7, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 de outubro de 2012.

ALMEIDA JUNIOR, J. B. O estudo como forma de pesquisa. IN: CARVALHO, M. C. M. **Metodologia científica, fundamentos e técnicas: construindo o saber**. 12. ed. Campinas, SP: Papirus, 1989.

AMARAL, F. de C. Assistência humanizada da gestante em unidade de saúde da família. **Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**, Araçuaí, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

ARAGÃO, R. Emoções e pesquisa narrativa: transformando experiências de aprendizagem. **Revista Brasileira de Linguística aplicada**, v.8: p.295-320, 2008.

BACKES, M. T. S.; SOARES, M. C. F. Avaliando a cobertura e a qualidade da assistência de pré-natal no Brasil nos anos 90: revisão de literatura. **Revista Nursing**. v. 108, n. 9, Maio 2007

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Brás**, v.50, n.1: p.1-9, 2004.

CAVALCANTI, P. C. da S. O modelo lógico da rede cegonha. **Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva**. Recife, 2010. 25 p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva)

COELHO, S.; PORTO, Y.F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 115 p.

COIMBRA et, al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.4, n.37, p.456–462, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 de setembro de 2012.

DAVIM, R.M.B. et al. Orientações no pré-natal quanto ao trabalho de parto: benefícios às parturientes. **Revista Nursing**, v.57, n.6: p.18–23, fevereiro de 2003.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, v.10, n.1: p.121-125, abril de 2006.

FARIA, H. P. de.; et al. **Modelo assistência e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FERRAZ, L. N. de S.; LIPPI, U. G. A percepção das usuárias nas consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal no Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, v.36, n.6, p.308–311, dezembro de 2009.

GASTAUD, A. L. G. S.; HANER, M. R.; CUNHA, R. V. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.7: p.1631-1640. Rio de Janeiro, jul. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 03 de outubro de 2012.

GEIB, L. T. C.; et. al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2: p.363–370. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > . Acesso em: 15 de dezembro de 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas 2002. p 44.

GOULART, L. M. H. de F.; SOMARRIBA, M. G.; XAVIER, C.C. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3: p.715-723, mai./jun., 2005

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.3: p.303-310, 2003. Disponível em: < <http://www.bireme.br> >. Acesso em: 22 de setembro de 2012.

KILSZTAJN, S.; et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.8. Agosto de 2007. Disponível em: < www.scielo.br>. Acesso em: janeiro de 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997. p. 270

MARTINS, L. M. P.; ARANTES, S. L. Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no Município de Dourados – MS/Brasil. **Revista Nursing**, v.152, n.13: p.39–47, 2011

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Análise da Mortalidade Materna e Infantil no Estado de Minas Gerais**. /Maria do Carmo Paixão Rausch et al. Belo Horizonte: SES, 2004

MINAS GERAIS. **Políticas de Saúde**: guia do participante. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010. 47 p.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. – Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Conteúdo: Oficina 10 – Monitoramento e Avaliação. Guia do participante

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. – Belo Horizonte: ESPMG, 2008. Conteúdo: Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde. Guia do participante

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2ªed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2008. 84p

MORAIS, M. A. Contribuição do pré-natal pelas equipes de saúde da família na redução da mortalidade infantil e materna. **Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**, Formiga, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>> Acesso em 20 de dezembro de 2012.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.6: p.1791-1799, nov./dez, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n6/a23v19n6.pdf>> Acesso em 22 de setembro.

NUNES, H. A. de F. Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios: uma revisão de literatura. **Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Coromandel, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

PUCCINI, R. F. et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1: p.35- 45, jan./fev., 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 22 de setembro de 2012.

RIBEIRO, A. M. et. al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.2: p.246-255, 2009. Disponível em; < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 27 de setembro de 2012.

SILVA, J. M. et al. Consulta de Enfermagem Pré-natal e educação em saúde: pratica do enfermeiro no programa saúde da família. **Revista Nursing**, v.12: p 170-174, 2010.

SILVA, D. S.; SANTOS, I. S.; SOARES, J. D. C. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, v.17, n.1: p. 131-139, 2001.

TREVISAN, M. R.; et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, v.24, n.5: p. 293- 299, 2002. Disponível em: < <http://www.bireme.br> >. Acesso em: 22 de setembro de 2012.