

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

IZABELLA VIEIRA DOS ANJOS SENA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

LAGOA SANTA/MG
2014

IZABELLA VIEIRA DOS ANJOS SENA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

LAGOA SANTA/MG
2014

IZABELLA VIEIRA DOS ANJOS SENA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof^a. Ângela Cristina Labanca de Araújo (PBH)

Aprovado em Belo Horizonte ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me dar força na conclusão deste trabalho e realização da especialização em Saúde da Família;

Agradeço aos meus pais pelo apoio;

À Equipe de Saúde da Família de Francelinos;

Às gestantes e puérperas da equipe de saúde Francelinos;

Aos tutores que me acompanharam ao longo do curso;

Ao meu orientador o Professor Bruno Leonardo de Castro Sena, pela paciência e eficiência na elaboração deste trabalho.

DEDICATÓRIA

A todas as gestantes e puérperas da Maternidade Odete Valadares e Maternidade Municipal de Contagem, que me incentivaram a realizar este trabalho na busca de oferecer uma atenção Pré-Natal com qualidade.

RESUMO

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar. Deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal. Esse trabalho tem como objetivo levantar na literatura, artigos que mostrem a qualidade da assistência pré-natal no Brasil e relacioná-los às principais dificuldades para a realização de um pré-natal adequado. Como metodologia, utilizou-se a revisão de literatura, onde foram pesquisados artigos com base em bibliografias eletrônicas SciELO e LILACS, com trabalhos realizados entre os anos 2005 a 2013. Concluiu-se que a atenção Pré-Natal no Brasil ainda é inadequada, vários artigos pesquisados apresentaram falhas graves como: falta de acesso das gestantes, falta de vinculação, falta de capacitação dos profissionais, falta de recursos para realização de exames. Com isso, observou-se que é preciso investir na assistência Pré-Natal de forma integral, os profissionais de saúde precisam ser capacitados, e conscientizados sobre a qualidade do Pré-Natal, bem como se interar dos protocolos clínicos pré-estabelecidos.

Descritores: Atenção Pré-Natal, Atenção Básica, Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

The prenatal period is a time of physical and psychological preparation for childbirth and motherhood and, as such, is a time of intense learning and an opportunity for professionals in the health care team to develop education as a dimension of the process of care. It should be organized to meet the real needs of the pregnant population through the use of technical and scientific knowledge and appropriate and available features for each case. A review of prenatal care can contribute to improving care for pregnant women, reducing rates of maternal mortality and perinatal. This work aims to raise in the literature, articles that show the quality of prenatal care in Brazil and relate them to main difficulties in performing adequate prenatal care. How Methodology, used the Literature Review, where articles based on electronic bibliographies SciELO and LILACS, with work carried out between the years 2005 to 2013 were surveyed. In conclusion, prenatal care in Brazil is still inadequate, several articles surveyed had serious flaws such as lack of access of pregnant women, lack of binding, lack of professional training, lack of resources for exams. With this, we observe that we need to invest in prenatal care holistically, health professionals need to be trained and made aware of the quality of antenatal and iterating the pre-established clinical protocols.

Keywords: Prenatal Care. Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFU- Altura de Fundo Uterino

BCF- Batimentos cardio-fetais

CEABSF- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

IG- Idade Gestacional

MS- Ministério da Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN- Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 12 |
| 3 OBJETIVOS..... | 14 |
| 3.1 Objetivos Geral..... | 14 |
| 4 METODOLOGIA..... | 15 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 5.1 Conceito de Pré-Natal | 16 |
| 5.2 Critérios de Pré-Natal preconizado pelo Ministério da Saúde..... | 17 |
| 5.3 Início do Pré-Natal e número mínimo de consultas..... | 19 |
| 5.4 Realização de exames laboratoriais mínimos..... | 23 |
| 5.5 Exame clínico das gestantes..... | 24 |
| 5.6 Vacinação das gestantes..... | 26 |
| 5.7 Principais fatores dificultadores para realização do Pré-Natal..... | 28 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS..... | 32 |

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (GONÇALVES *et al.*, 2008).

O acompanhamento pré-natal de qualidade configura ação eficaz para detecção precoce e tratamento de intercorrências de saúde materna, colaborando para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o concepto. O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a promoção da saúde materna e neonatal, bem como para a diminuição das taxas de morbimortalidade correlatas, como a taxa de mortalidade materna (CARDOSO *et al.*, 2013).

No Brasil, a disseminação, de forma mais ampla, do programa de atenção pré-natal ocorreu com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da última década de 80. Desde esse período, têm ocorrido mudanças significativas quanto ao aumento da cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao início mais precoce do pré-natal (CARVALHO; NOVAES, 2004).

A assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto, reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da paternidade (CARVALHO, 2004 *apud* RODRIGUES, 2011).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (SERRUYA *et al.*, 2004).

Entre os programas ou ações programáticas em saúde, a assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, sendo um dos primeiros a ser desenvolvido com uma perspectiva de saúde pública (CARVALHO; NOVAES,2004).

No Brasil, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, chegando a 95% em algumas regiões e do aumento no número de consultas (1,2 consulta/ parto em 1995, para 5,1 consultas/parto em 2003), ainda se observa que a redução dos riscos à gravidez com consequente melhora dos indicadores de saúde materna e fetal está longe do idealizado (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Análise dos dados disponíveis no Brasil mostra que apesar da alta cobertura pré-natal encontrada, há comprometimento na qualidade da atenção prestada. Segundo o Ministério da Saúde, somente pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas (GONÇALVES *et al.*,2009).

O pré-natal é um momento singular e oportuno para desenvolver ações educativas, podendo ser realizadas nas unidades de saúde, por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Essa estratégia de trabalho permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhida, escuta vínculo, de compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas (ANVERSA *et al.* 2012).

A assistência pré-natal tem o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial prestada, o pré-natal destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional competente (GONÇALVES *et al.*, 2008).

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal (ANVERSA *et al.*, 2012).

Em 2006, o Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial para reorganizar a atenção primária à saúde. Países com uma potente

orientação para a atenção primária à saúde apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas.

Gonçalves *et al.* (2008) afirmam que diante da necessidade de garantir atenção pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cuja pretensão é ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto.

A atenção à gestação de baixo risco é conduzida pelas equipes de saúde da família, com base no manual técnico do PHPN, a que faz parte da Política Nacional de Saúde da Mulher (VIDAL, 2011).

A expansão da ESF e a implementação do PHPN estão entre as estratégias empregadas para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio.

O PHPN propõe indicadores de desempenho e qualidade da assistência Pré-Natal. Suas principais estratégias são assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar (NETO *et al.*, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente não trabalho em Estratégia Saúde da Família, mas trabalho em uma maternidade pública na cidade de Belo Horizonte, e observo muitas falhas no Pré-Natal que é realizado na Estratégia Saúde da Família. Muitas gestantes chegam à unidade com cartões de Pré-Natal incompletos, número baixo de consultas, poucos exames realizados, e ainda falta de informações sobre questões relacionadas ao parto e puerpério. Pensando nisso, vi a necessidade de levantar ações que contribuam para melhoria da atenção Pré- Natal nas Estratégias Saúde da Família.

O Pré-Natal com qualidade destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional competente e atualizada de modo contínuo (COSTA *et al.*, 2010).

Rodrigues *et al.* (2011) afirma que repensar a atenção ao pré-natal envolvendo os profissionais pressupõe um novo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e organização do serviço, onde, através da instituição de protocolos, se valorize a competência técnico-científica de cada membro da equipe multiprofissional, oferecendo assim uma assistência de qualidade e humanizada à gestante.

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso.

Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (COSTA *et al.*, 2010).

A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES *et al.*, 2012).

A atenção de qualidade pode também contribuir com a redução da mortalidade infantil, especialmente o componente neonatal, visto que esse reflete as condições da gravidez, do parto e da assistência perinatal (PARADA, 2008).

A atenção pré-natal tem potencial destacado como indicativo de qualidade dos serviços, não apenas por dispor de indicadores formais para o seu monitoramento, mas por constituir modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica (COSTA *et al.*, 2005).

A baixa qualidade da atenção prestada à mulher, no ciclo gravídico puerperal, resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Levantar na literatura, artigos que mostrem a qualidade da assistência pré-natal no Brasil e relacioná-los às principais dificuldades para a realização de um pré-natal adequado.

4 METODOLOGIA

Almeida (1977) define revisão bibliográfica como um levantamento, seleção e fichamento de documentos, tendo por objetivos acompanhar a evolução de um assunto, atualizar conhecimentos e conhecer as atribuições teóricas, culturais e científicas.

De acordo com Noronha e Ferreira (2000) citado por Santos (2012) as revisões da literatura são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

A revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia relacionada com a sua área de estudo, é então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema (BENTO, 2012).

A pesquisa bibliográfica permite a familiarização em profundidade com o tema de interesse, indagando, buscando informações através de um levantamento realizado em base de dados da literatura brasileira e estrangeira, com o objetivo de detectar que existe descrito, seja consenso ou polêmico na literatura. Com isso o pesquisador pode avaliar seus recursos humanos e materiais, as possibilidades de realização de seu trabalho, a utilidade que os resultados alcançados podem emprestar a determinada área do saber e de ação (SALOMON, 1996).

Foi realizada a busca por artigos com base de dados nas bibliografias eletrônicas SciELO e LILACS, no idioma português, com trabalhos realizados entre os anos 2005 a 2013. Para tal pesquisa, foram utilizados os descritores: Atenção Pré-Natal, Cuidado Pré-Natal, e Qualidade Pré-Natal. Como critérios de inclusão foram levantadas pesquisas sobre qualidade da atenção Pré-Natal nas estratégias saúde da família no Brasil, visto que o problema identificado, era procedente das estratégias saúde da família.

Após as etapas acima, foi feita a redação utilizando os critérios de exatidão e objetividade que foram definidos por Salomon (1996).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Conceito de Pré-Natal

A assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos: identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da paternidade (RODRIGUES *et al.*, 2011).

O pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

A assistência pré-natal tem por objetivo reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal permitem identificar situações de risco e agir precocemente, além da assistência recebida no momento do parto, importante determinante para morbimortalidade durante o período neonatal (SILVA *et al.*, 2013).

O programa de pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez (CARVALHO E NOVAES, 2004).

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do concepto, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

No que se refere à assistência pré-natal, o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, estabelece um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os

problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e do concepto (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Para garantir a identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o pronto início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização do sistema de referência e contrareferência, foram estabelecidas condições para uma assistência pré-natal efetiva objetivando garantir a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (COSTA *et al.*, 2010).

A consulta pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da mulher, transmitindo confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto. É necessário que o profissional esclareça as dúvidas geradas com muita clareza de forma que a mulher se sinta segura (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Sassi *et al.* (2011) afirma que os cuidados no pré-natal constituem uma importante ação programática, uma vez que permitem acompanhar a gestante e identificar situações de risco para a mãe ou para o feto, corrigindo-as quando necessário.

5.2 Critérios de Pré-Natal preconizado pelo Ministério da Saúde

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde instituiu, em 1o. de junho de 2000, através da Portaria GM/MS nº 569/GM 2002, o PHPN que apresenta os objetivos de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, articulando três componentes: I – Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); II – Organização,

regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e
III – Instituição de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

A Portaria acima estabelece, em seu Anexo I, p. 06 que os serviços que aderirem ao programa deverão realizar:

[...] A primeira consulta pré-natal até o 4º mês da gestação; seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; os exames laboratoriais mínimos (ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana da gestação; urina tipo I, um exame na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana da gestação; Hb/Ht, na primeira consulta e testagem anti-HIV, nos municípios com população acima de 50.000 hab.); aplicação de vacina antitetânica; atividades educativas; classificação de risco gestacional; e referência à gestação de alto risco.

O PHPN indica os procedimentos mínimos a serem realizados por todas as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e apresenta como estratégias para a melhoria da qualidade da assistência a humanização do cuidado prestado e o respeito aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2000 *apud* PARADA, 2008).

Uma assistência pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde do binômio mãe-filho e esta assistência compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido (VALENTE *et al.*, 2013).

O índice de Kotelchuck 13 tradicionalmente utilizado para avaliação da assistência pré-natal, mede de forma isolada ou combinada a época de início do acompanhamento e o número de consultas recebidas. Apesar de importante para avaliação da utilização dos serviços de pré-natal, esse índice não permite que se avaliem o conteúdo e a qualidade da assistência. Nas últimas duas décadas, diversos estudos nacionais têm proposto indicadores de adequação para avaliar a qualidade dos cuidados pré-natais, incorporando outros elementos além da época de início do acompanhamento e do número de consultas recebidas (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Estima-se que a realização de pelo menos seis consultas médicas e de exames laboratoriais e clínicos básicos, além da imunização contra tétano neonatal durante o pré-natal, propicie redução da ordem de 10% nos óbitos infantis em todo o país (CESAR *et al.*, 2011).

Apesar de um maior contingente de mulheres esteja realizando o pré-natal, o seu início precoce ainda continua um desafio no modelo proposto pelo Ministério da Saúde, onde todas as mulheres iniciam a primeira consulta até a 12ª semana de gravidez e que tenha durante o pré-natal pelo menos seis consultas (COSTA *et al.*, 2010).

No Brasil, a cobertura e o número médio de consultas da atenção pré-natal apresentam tendência crescente, há indícios de que a baixa qualidade seja um problema mais grave do que simplesmente a realização de um menor número de consultas (KASSAR *et al.*, 2012).

Segundo o manual de atenção humanizada ao pré-natal e Puerpério (2006) citado por Narchi (2009, p. 271):

[...] Para que a assistência ocorra de forma mais organizada, é fundamental que haja garantia de funcionamento da unidade de saúde em horário integral, o que deve demandar maior número de profissionais; garantia de equipamentos e instrumental mínimos, como sonar, balança, mesa para exames ginecológicos, entre outros; disponibilidade de medicamentos e contraceptivos, disponibilizados às mulheres e seus companheiros; número adequado de profissionais capacitados para o acompanhamento da gestante, de acordo com os princípios da integralidade e considerando o contexto familiar e social; área física apropriada para o atendimento da gestante e família, bem como áreas para atividades educativas em grupos; apoio laboratorial para a realização de todos os exames de rotina do pré-natal; e instrumentos de registro, processamento e análise dos dados, como cartão da gestante e ficha perinatal.

Uma atenção pré-natal adequada tem se apresentado como um dos principais fatores de proteção contra o baixo peso ao nascer, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino e óbitos neonatais. Os cuidados de boa qualidade realizados durante o pré-natal podem reduzir de 10% a 20% de todos os óbitos no período neonatal (KASSAR *et al.*, 2012).

5.3 Início do Pré-Natal e número mínimo de consultas

Apesar de um maior contingente de mulheres esteja realizando o pré-natal, o seu início precoce ainda continua um desafio no modelo proposto pelo Ministério da Saúde, onde todas as mulheres iniciam a primeira consulta até a 12ª semana de gravidez e que tenha durante o pré-natal pelo menos seis consultas (COSTA *et al.*, 2010).

O início do pré-natal, o mais precoce possível, objetiva fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento sistemático e, assim, rastrear eventuais fatores de risco. O acompanhamento da gestante deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

Valente *et al.* (2013) observaram que 80% das gestantes iniciaram o Pré-Natal no primeiro trimestre, demonstrando que houve uma captação precoce, sendo fator de bastante importância para a saúde das mulheres e bebês, pois possibilita a identificação precoce de gestações de risco. No mesmo estudo, em relação aos exames laboratoriais, observou-se baixa solicitação, mesmo estando disponíveis, faltando iniciativa por parte dos profissionais.

Carvalho e Araújo (2007) realizaram pesquisa em 02 maternidades de Recife, e observaram que a análise simultânea da época de início do pré-natal e do número de consultas realizadas mostrou que apenas 233 (38,0%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre e realizaram seis ou mais consultas ou número de consultas adequado à idade gestacional quando do término da gravidez.

Carvalho e Araújo (2007) ainda observaram uma pequena proporção de mulheres com pré-natal adequado (17,8%). Esse resultado pode estar refletindo dificuldades na implementação do programa nos serviços de saúde.

Costa *et al.* (2010) observou que o pré-natal no estado do Maranhão, apresentou uma cobertura de 85,6% (1.776) em relação ao universo de 2.075 mulheres selecionadas, observou-se que 64,6% (1.147) iniciaram o pré-natal antes do término do primeiro trimestre gestacional, no entanto, menos da metade, 43,4% (770), o fizeram de forma adequada, ou seja, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre com no mínimo seis consultas para uma gestação a termo.

Paris, Martins e Pelloso (2013) realizaram pesquisa comparando a qualidade da atenção Pré-Natal no serviço público e privado, e observaram o número de consultas inferior no serviço público, apesar de contraditório pelo atendimento gratuito e preconizado no PHPN. Isso demonstrou a realidade das mulheres que utilizam o serviço público de ter um menor poder aquisitivo e maior dificuldade para acesso físico aos serviços de saúde tanto por residirem em locais afastados como por falta de orientação sobre a importância do acompanhamento pré-natal.

O mesmo estudo constatou que apesar do número superior de consultas de pré-natal frequentadas no serviço particular em relação ao público, a maioria dos

atendimentos apresentou qualidade ruim ou muito ruim em relação aos critérios exigidos pelo PHPN tanto no setor público como no privado. Os elevados percentuais e as diferenças estatisticamente significativas entre a assistência pré-natal nos serviços público e privado demonstraram a necessidade de ações destinadas à melhoria da assistência prestada, principalmente no SUS (PARIS; MARTINS; PELLOSO, 2013).

Costa *et al.* (2010) afirma que no estado do Maranhão, menos de 50% das mulheres utilizaram o serviço de pré-natal adequadamente; estes resultados expressam que, apesar do que preconiza a Portaria Ministerial, nº569/GM de 01\06\2000, quanto ao início da assistência pré-natal até o final do primeiro trimestre gestacional com no mínimo seis consultas por período gestacional, ainda falta muita sensibilização da população acerca da importância de um pré-natal adequado.

Em outro estudo realizado por Hass *et al.* (2013) aproximadamente 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 84,2% realizaram os exames, 19,1% tiveram a gestação considerada de alto risco e somente 2,1% preencheu a totalidade dos critérios baseados no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, tendo seu pré-natal considerado como “adequado”.

Estudo realizado por Razia e Albernaz (2008) mostrou que apesar de o número de consultas pré-natais estarem dentro das recomendações do Ministério da Saúde, observou-se que o atendimento Pré-Natal não estava seguindo protocolos ou manuais que regularizam os procedimentos e exames realizados. No mesmo estudo, evidenciou o risco de Pré-Natal inadequado em famílias de baixa renda e pouca escolaridade.

Gonçalves *et al.* (2009), observou que a média da cobertura de pré-natal no Município de Rio Grande é alta (96%), e a grande maioria das gestantes (73,5%) inicia as consultas ainda no primeiro trimestre, realizando em média 7,4 consultas. Todavia, quando são associados aos parâmetros e rotinas preconizadas pelo PHPN, apenas 26,8% dos pré-natais foram classificados como “adequado”. Além disso, a qualidade da atenção pré-natal foi influenciada pelo quartil de renda da gestante, mostrando que as pacientes de menor renda tiveram um atendimento de menor qualidade.

Em contrapartida, Costa *et al.* (2010) afirmam que o número de consultas pré-natais muitas das vezes pode refletir o início do pré-natal, pois quanto mais cedo for,

a qualidade será melhor e a adesão ao pré-natal se fará refletir em um número maior de consultas.

Parada (2008) informa que em 10 municípios (50%), não há estratégia precoce de captação de gestantes, já em 14 (70%) há regularmente, busca ativa de gestantes faltosas, sendo que a maioria tem conseguido encaminhar suas pacientes para o pré-natal especializado quando necessário. A contrareferência raramente ocorre e a confirmação do atendimento é realizada em aproximadamente um terço dos casos.

Outro estudo realizado por Faria e Zanetta (2008) observou-se que 84,6% das gestantes avaliadas, realizaram pelo menos seis consultas de Pré-Natal, e apenas 39,2% participaram de grupos de gestantes.

O PHPN prevê algumas ações que dependem exclusivamente de atuação na ESF como, identificar as gestantes precocemente para que iniciem o pré-natal no 1º trimestre, buscar as que faltam às consultas para que tenham seis ou mais consultas, bem como aquelas que faltam na consulta de puerpério, desenvolver ações educativas com as gestantes e assim melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal (BRASIL, 2000 *apud* HASS *et al.*, 2013).

Neto *et al.* (2012) em estudo realizado na região metropolitana de Vitória, observaram que menos da metade dos cartões apresentou sete ou mais consultas registradas. Isso mostra que o acesso à assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória encontra-se deficitário. Questiona-se se os profissionais de saúde estão preparados para executar adequadamente o processo de trabalho da assistência pré-natal nos serviços de saúde pública.

Embora a ausência de registro não signifique exatamente a ausência de realização de procedimentos pré-natais, de um modo geral os serviços de assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória, avaliados por meio dos Cartões de Gestantes, foram ruins ou muito ruins. Contudo, a ESF apresentou níveis de qualidade um pouco melhor, enquanto o PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde demonstrou sistematicamente os piores resultados (NETO *et al.*, 2012).

5.4 Realização de exames laboratoriais mínimos

Os exames laboratoriais básicos são imprescindíveis no acompanhamento pré-natal, uma vez que complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e as condutas adotadas com relação aos mesmos (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

Parada (2008) avaliou a assistência Pré-Natal e puerperal nos municípios do interior de São Paulo, e observou que as mulheres iniciaram o Pré-Natal antes de completar 120 dias de idade gestacional e 75,9% delas tiveram pelo menos seis consultas durante a gravidez, destacou a dificuldade de registro da história clínica das gestantes, e melhores coberturas de exames no primeiro trimestre da gestação (acima de 75,9%), com baixa cobertura no final da gravidez (13,9%).

Tal realidade também foi observada em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, onde a cobertura pré-natal encontrada foi de 95,4%, mas somente 44,3% das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados pelo PHPN; e mesmo entre as gestantes que relataram seis ou mais consultas de pré-natal, 57,6% não haviam sido submetidas a todos os exames recomendados. Com base nos critérios estabelecidos pelo PHPN, apenas 35,2% das gestantes incluídas no estudo de Caxias do Sul tiveram seu pré-natal classificados como adequado (TREVISAN 2002, *apud* GONÇALVES *et al.*, 2009).

Silva *et al.* (2013) identificou que a maior parte das gestantes (83,6%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre com 89,9% delas apresentando no mínimo seis consultas de pré-natal. Quando associado o número de consultas à realização dos exames básicos, a cobertura reduziu para 67,6%.

Sassi *et al.* (2011) realizou estudo sobre Diferenças na atenção Pré-Natal entre unidades de estratégia da família e unidades tradicionais, e observou que 78% das mulheres atendidas ESF, realizaram seis consultas ou mais, contra 60% no modelo tradicional. Quando analisadas as diferenças entre as médias de exames observou-se, em todos os casos, houve um resultado significativamente maior no grupo da ESF.

Quanto à realização dos exames laboratoriais previstos na rotina do pré-natal, medida a partir da anotação dos seus resultados, Carvalho e Novaes (2004) verificaram que os exames de triagem para sífilis e a tipagem sanguínea foram registrados em 375 casos (99,7%), a dosagem de hemoglobina constava em 356

(94,7%) e o teste simplificado de tolerância à glicose ou de glicemia de jejum foi registrado em 200 (53,2%) dos 376 registros avaliados.

Em Recife, entre as mulheres que fizeram o pré-natal 339 (69,6%) realizaram pelo menos um exame de sífilis (VDRL), 352 (72,3%) pelo menos um exame comum de urina, 361 (74,1%) pelo menos uma dosagem de hemoglobina, 362 (74,4%) uma ou mais dosagens de glicemia, 431 (88,5%) a pesquisa do fator Rh, 176 (36,1%) o exame de anti-HIV, e 357 (73,3%) realizaram o exame de ultrasonografia (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Grangeiro *et al.* (2008) realizou estudo que revelou que somente metade das gestantes inseridas no serviço de pré-natal tem acesso aos exames. Isso demonstra que a oferta destes serviços ainda é falha, e que precisa de investimentos do governo.

Cardoso *et al.* (2013) realizaram estudo comparando atenção Pré-Natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil, e observou que uma proporção baixa das gestantes residentes em áreas rurais referiu ter realizado teste para sífilis – VDRL (52%); sorologia para hepatite B – HbsAg (52%); e ter sido ofertado teste para HIV/aids (68%) e sorologia para toxoplasmose (57%). Observou-se diferenças estatisticamente significativas que favorecem a área urbana na prestação desses serviços.

5.5 Exame Clínico das Gestantes

Costa *et al.* (2009) observou que no estudo realizado em Teixeira-MG, a análise do cartão da gestante apresentou-se com uma classificação intermediária (55,1%). Os cartões de acompanhamento da saúde da gestante encontravam-se incompletos, possuíam anotações relacionadas aos exames físicos e laboratoriais; no entanto, os antecedentes obstétricos, as curvas de altura uterina e de peso da gestante não estavam preenchidos em nenhuma das 34 gestantes, e concluiu que a avaliação clínica, realizada pelos médicos, foi considerada como uma classificação intermediária (63,9%).

Observa-se que, à medida que são agregados critérios assistenciais, os percentuais de adequação do pré-natal diminuem, sugerindo que a realização do conjunto de atividades propostas no PHPN ainda configura-se como um grande desafio (BEZERRA, 2008 apud HASS *et al.*, 2013).

Os estudos que avaliam o processo do Pré-Natal mostram que nem todas as práticas recomendadas são cumpridas, e algumas, tais como o exame das mamas, o exame ginecológico e a prevenção do câncer de colo encontram-se muito abaixo do desejado (SASSI *et al.*, 2011).

Domingues *et al.* (2012) concluíram que a assistência pré-natal na rede SUS da cidade do Rio de Janeiro, em seus componentes mais básicos preconizados pelo PHPN, apresentou inúmeras falhas, resultando numa adequação muito baixa da assistência, principalmente das gestantes a termo. Esse achado pode explicar a persistência de resultados perinatais desfavoráveis, apesar do aumento da cobertura pré-natal na cidade.

Em João Pessoa, os serviços em sua totalidade realizavam os procedimentos clínico-obstétricos considerados minimamente necessários ao pré-natal (SILVA *et al.*, 2013).

No Rio de Janeiro, o registro, no cartão de pré-natal, dos procedimentos realizados em cada consulta foi elevado, principalmente no que se refere à aferição do peso e da pressão arterial, informação confirmada por 96,3% das gestantes, as quais relataram que esses procedimentos foram realizados em todas as consultas. Os registros da IG, da AFU e do BCF apresentaram valores menores, próximos a 80% (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Estudo realizado por Silva *et al.* (2013) sobre Pré-Natal na atenção primária do município de João Pessoa, observou-se boa infraestrutura em maior parte dos serviços, identificou-se baixa adesão aos requisitos mínimos do Programa de Humanização do pré-natal e Nascimento (39,9%), além de baixo percentual de serviços com atividades de educação em saúde (45,5%) e avaliação interna (47,7%). Para os resultados da assistência, altos percentuais de gestantes com intercorrências clínicas (60,9%), inadequada situação nutricional (56,3% sobrepeso e obesidade) e baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo (58,05 ± 34,19 dias).

Em estudo realizado por Carvalho e Novaes (2004), observaram que os procedimentos de rotina adotados durante as consultas de pré-natal de medida da pressão arterial, medida do peso e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais foram referidos como sempre realizados por 98,8%, 97,3% e 97,3% das entrevistadas, respectivamente.

Valente *et al.* (2013), afirmam que em relação aos exames laboratoriais de rotina do pré-natal preconizados pelo MS, observou-se que o grupo sanguíneo, fator Rh, Hb e Ht, sorologia para sífilis (VDRL) e anti-HIV I e II foram solicitados para 100% das gestantes, sendo um aspecto positivo para a assistência pré-natal no município pesquisado.

Estudo realizado por Carvalho e Araújo (2007), mostrou que apenas (31,0%) das mulheres tinham registrado no cartão da gestante os procedimentos clínico-obstétricos recomendados no pré-natal: aferição do peso, pressão arterial, altura uterina e batimentos cardíacos em todas as consultas efetuadas. Apenas (80%) das mulheres tinham pelo menos um registro da pesquisa de edema, (42,1%) dois ou mais registros de apresentação fetal, (17,7%) realizaram exame de mama e (21,1%) o exame preventivo para o câncer cérvicouterino no pré-natal.

Halpern *et al.* (1998) observaram que a avaliação da verificação do peso, medição da altura uterina e aferição da pressão arterial foram procedimentos realizados em todas as gestantes.

Em estudo feito na região metropolitana de Fortaleza, Valente *et al.* (2013), identificou que em todas as gestantes que se encontravam no primeiro trimestre gestacional foram realizados os procedimentos padrões do pré-natal, como apresentação fetal e batimentos cardíacos (BCF). Entretanto, a apresentação fetal não foi verificada em 15 (31,3%) das gestantes que estavam no terceiro trimestre gestacional, assim como os BCF que em 8 (16,7) gestantes não foi auscultado. Medidas como pressão arterial e peso foram verificadas em todas as gestantes.

5.6 Vacinação das Gestantes

Em estudo realizado por Carvalho e Novaes (2004), observou-se que a aplicação da vacina antitetânica foi relatada por 91,0% das entrevistadas, sendo que 84,0% receberam duas doses ou mais. Nos registros, a informação da aplicação da vacina antitetânica, presente em 87,2%, fazia menção à aplicação de duas ou mais doses em 81,4% desses.

Estudo realizado em Recife por Carvalho e Araújo (2007) mostrou que 570 (98,6%), realizaram o esquema de vacinação antitetânica recomendado (duas doses de VAT) ou dose de reforço, quando já previamente vacinada.

Em outro estudo feito Halpern *et al.* (1998) mostrou que em relação à vacinação antitetânica, 34% das gestantes não tinham recebido nenhuma dose de vacina e em cerca de 50% a imunização foi inadequada.

Em contrapartida, a imunização antitetânica na cidade de João Pessoa, apresentou alta cobertura (94,7%), quando associada ao início do pré-natal no primeiro trimestre (SILVA *et al.*, 2013).

Apesar de a vacinação antitetânica estar disponível em, praticamente, todos os serviços de saúde, ainda existe mulheres que não recebem nenhuma dose de vacina e um número importante que não é corretamente imunizado (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

A realização da vacina antitetânica, uma atividade de absoluto consenso técnico, ainda apresenta percentual aquém do ideal. A primeira hipótese é a ausência de parte dos registros das doses aplicadas, reiterando a necessidade de organização e gestão da assistência (SERRUYA *et al.*, 2004).

Em Salvador, quanto aos percentuais de gestantes que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica, identificou-se valor de 33,5%, o que mostra baixa cobertura quando comparado aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2007).

Com relação à vacinação contra o tétano, estudo realizado por Moura *et al.* (2003), revela coberturas em torno de 90%, com os Municípios de Capistrano e Itapiúna, chegando, praticamente, a 100% de cobertura, porém no Município de Baturité, apresentou uma cobertura de 74,5%, sugerindo que este fato possa, também, estar associado ao déficit no número de equipes de PSF.

Com relação ao estado vacinal das gestantes, Valente *et al.* (2013) observaram que das mulheres que estavam no terceiro trimestre gestacional 12 (25%) apresentavam o esquema vacinal incompleto, 3 (6,3%) apenas com uma dose e 9 (18,8%) com duas doses. Foi encontrado em 4 (100%) das gestantes que estavam no primeiro trimestre o esquema vacinal incompleto, porém todas haviam tomado uma dose da vacina, indicando que possivelmente irá concluir o esquema até o final da gestação.

5.7 Principais fatores dificultadores para realização do Pré-Natal

Em estudo realizado por Narchi (2009) observou-se que o horário limitado da UBS, a área física inadequada, o número insuficiente de profissionais, entre outros, foram quesitos que deveriam ser discutidos e melhorados pelos gestores responsáveis pela atenção básica na cidade em estudo. Nesse estudo, os participantes descreveram falta de profissionais nas equipes de PSF, especialmente médicos, falta de agentes comunitários de saúde, sobrecarga na agenda pessoal de consultas, excesso de atividades administrativas e, por fim, desmotivação pessoal ou de colegas para trabalhar na atenção básica devido à sua precariedade.

Em contrapartida, Moura *et al.* (2003) afirmaram que a queda na taxa de fecundidade no estado do Ceará favoreceu a organização da demanda ao atendimento pré-natal. Na época em que esse estudo foi realizado, os profissionais (médicos e enfermeiros) não tiveram um número tão elevado de consultas no tempo determinado para o atendimento, possibilitando um contato mais longo com as gestantes.

Grangeiro *et al.* (2008) observaram que apesar da Assistência pré-natal ser uma prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, marcadamente a partir de 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde, persiste a dificuldade de acesso a assistência em algumas regiões.

Estudo realizado por Costa *et al.* (2005) observou que o vínculo construído entre a mulher e o profissional foi apontado como importante quesito para a humanização da atenção, para a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal. No entanto, esse mesmo estudo mostrou que em 33,2% (n=824) não é sempre o mesmo profissional que acompanha a mulher na atenção ao pré-natal.

Para que realmente ocorra melhoria da atenção, é necessário aumentar não só o quantitativo, mas, sobretudo, incrementar a qualificação dos profissionais que assistem a gravidez e o pós-parto. Eles devem possuir habilidades e conhecimentos que tornem sua prática segura e capaz de promover a maternidade segura, além de contar com condições que facilitem sua atuação nos vários níveis do sistema de saúde (NARCHI, 2009).

Os dados mostram que a realização dos procedimentos previstos no PHPN são mais frequentes nos municípios de grande porte, indicando que a oferta de

serviços existentes é um elemento facilitador no cumprimento do programado (BRASIL, 2008).

Após resultados de pesquisa realizada sobre avaliação do programa PHPN, levantou-se a hipótese de que os municípios menores encontram dificuldades na operacionalização do PHPN, relacionados a recursos humanos e capacidade técnica necessária para desencadear a organização dos dados, pactuações e recursos para o planejamento do sistema de saúde local (BRASIL, 2008).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal tem por objetivo reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal permitem identificar situações de risco e agir precocemente, além da assistência recebida no momento do parto, importante determinante para morbimortalidade durante o período neonatal.

Observamos que vários estudos demonstram as falhas na assistência pré-Natal no Brasil, pois foi identificadas dificuldades na realização de exames, falhas na busca ativa de gestantes, falhas nos registros, e na qualidade da assistência. Em contrapartida, observou-se que nas pesquisas acima, as estratégias Saúde da Família, têm conseguido atingir um percentil favorável no que diz respeito ao início precoce do Pré- Natal e número mínimo de consultas.

Baseado em reflexões e literaturas apresentadas neste trabalho, pontuamos algumas considerações complementares:

- O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) é de grande importância para os profissionais que trabalham em Saúde da Família, pois promove maior reflexão e maior atenção no cuidado em saúde.
- Este trabalho visou encontrar uma forma de refletir sobre a atual assistência Pré-natal no Brasil, e a rediscutir a assistência que está sendo oferecida para as gestantes;
- A consulta pré-natal deve ser realizada de maneira integral, visando um atendimento de qualidade, não se detendo apenas ao número de consultas realizadas;
- É necessário estabelecer um mecanismo de monitoramento das consultas, e fazer busca ativa das gestantes faltosas.
- A busca ativa de gestantes da área de abrangência é uma atividade bastante positiva, visto que quanto mais precoce o início do Pré-Natal, maior será a chance da vinculação da gestante;

- É necessário que toda equipe participe do cuidado às gestantes, pois a mesma precisa se sentir acolhida por todos integrantes, visto que esta poderá se vincular à ESF com maior facilidade;
- Os profissionais de saúde precisam refletir acerca da humanização da assistência pré-natal, que requer, antes de tudo, o cumprimento dos procedimentos básicos preconizados pelo PHPN
- Os profissionais de saúde precisam ser capacitados, e conscientizados sobre a qualidade do Pré-Natal, bem como se interar dos protocolos clínicos pré-estabelecidos.
- É necessário que os gestores se envolvam nas políticas de atenção à mulher, e que consolidem um compromisso com o PHPN, visando atender todas suas necessidades;
- É importante frisar que a gestante precisa ser vinculada à sua maternidade de referência desde o cuidado pré-natal, visto que esta quando bem orientada, têm maiores chances de desenvolver um trabalho de parto e parto saudáveis;
- Reforçamos também que os gestores precisam se envolver em todo processo, inclusive adquirir recursos materiais e infraestrutura adequada para atendimento digno das gestantes;
- É imperativo o estabelecimento de um relacionamento de confiança com a clientela para prevenir, detectar e controlar agravos na gestação e no puerpério, garantindo o direito fundamental da mulher no exercício da maternidade segura.
- O monitoramento dos indicadores de processo constitui medida fundamental para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, porque a identificação dos problemas mobiliza para a tomada de decisão e o processo de mudanças.
- O trabalho contribuiu para crescimento profissional, uma vez que fez refletir sobre a assistência que está sendo oferecida nas ESFs, e que o profissional é o principal ator de mudanças no cenário atual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. **Avaliação das teses de mestrado na área de educação no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1977. Dissert. (mestr.) UFRJ.

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28,n.4,2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em: 03 Fev 2014.

BENTO, A. Como fazer uma revisão de literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JA**(Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), n.65, Maio de 2012. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 18 ago.2000. Seção 1, p. 112-4.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp 383. Disponível em: <http://dx.doi.org/> BRASIL.Ministério da Saúde.Avaliação Nacional do Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**. Brasília

CARDOSO, L.S.M, *et al.* Diferenças na atenção Pré-Natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v.17, n.01, Março de 2013. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

CARVALHO, V. C. P, ARAUJO, T. V. B. Adequação da assistência Pré-Natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater, Infant**. Recife, v.7, n. 3, Setembro 2007. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

CARVALHO, D.S, NOVAES, H.M.D. Avaliação da implantação de programa de Atenção Pré-Natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de corte em primigestas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, 2004. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 24 de maio de 2014.

CESAR, J. A. *et al.* Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência Pré-Natal no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.11, Novembro de 2011. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 08 de maio de 2014.

COSTA, A. M. C. *et al.* Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**. Brasília, v.39, n.05, 2005. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 19 de maio de 2014

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Viçosa, v. 14,n.1,2009.. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014

COSTA, G. R. C. *et al.* Caracterização da cobertura Pré-Natal no estado do Maranhão, Brasil.**Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 63, n.06, Novembro de 2010. . Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 09 de Maio 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Validação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.03, Março de 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

FARIA, D. G. S; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência Pré-Natal. **Arq Ciência Saúde**. Pirangi, v.15,n.01,Março 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 05 Mai 2014.

GONCALVES, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista brasileira de enfermagem**.Brasília,v.61, n.3, jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 03 Fev 2014.

GONÇALVES, C. V. *et al.* Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**.Rio de Janeiro, v.25,n.11, Nov 2009. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014

GRANGEIRO, G. R. *et al.* Atenção Pré-Natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores do processo Sisprenatal. **Rev Esc Enferm USP**. Fortaleza, v.42, n.01, 2008. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 de maio 2014.

HALPERN,R. *et al.*Atenção Pré-Natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993.**Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro,v.14,n.03,Setembro de 1998. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 de maio 2014.

HASS, C. N. *et al.* Adequabilidade da Assistência Pré- Natal em uma estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre- RS. **Ver Gaúcha Enferm**. Porto Alegre,v.34,n.03, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 09 Mai 2014.

KASSAR, S. B. *et al.* Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatría**. Rio de Janeiro,v.89,n.3,novembro de 2012. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 09 de Maio 2014

MOURA,E.R.F, *et al.* Avaliação da assistência Pré-Natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.06,2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 Mai 2014.

NARCHI, N. Z. Atenção Pré-Natal por Enfermeiros da zona leste da cidade de São Paulo-Brasil. **Rev.Esc.Enferm USP**.São Paulo, v.44, n.02, 2009. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 de Maio 2014.

NASCIMENTO,E.R,et al. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização de Pré-Natal e nascimento no município de Salvador,Bahia,Brasil.**Rev. Bras.**

Saúde Materna Infant. Recife, v.07, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 Mai 2014.

NETO, F. R. G. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n.5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 05 Fev 2014.

NETO, E. T. 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**. Rio de Janeiro, v.28, n.09, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 Mai 2014.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde materno Infantil**, Recife, v.08, n.01. Março de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

PARIS, G. F. MARTINS, P. M. PELLOSO, S. M. Qualidade da assistência Pré- Natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet. Maringá**, v.35, n.10, outubro de 2013. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

RAZIA, I. C. R. B; ALBERNAZ, E. Atenção Pré- Natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde matern Infantil**. Recife, v.8, n.04, Outubro de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

RODRIGUES, E. M. *et al.* Protocolo na assistência Pré-Natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. Divinópolis, v.45, n.05, Fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 05 Mai 2014.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. São Paulo, Martins Fontes, 1996. 294 p.

SANTOS, V. O que é e como fazer "Revisão de Literatura" na pesquisa Teológica. **Fides Reformata XXII**. n. 01, 2012. Disponível em: Mackenzie.br/fileadmin/mantenedora/CPAJ/Fides_reformata/17/17_1artigos6.pdf

SASSI, R. A. M. *et al.* Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, V.27, N.4. Abril de 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

SERRUYA, S. J. *et al.* O programa de humanização de Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.05, Out 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 24 de Maio 2014.

SILVA, E. P, *et al.* Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, V.13, N.1. Março de 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

VALENTE, M. M. P. Q. *et al.* Assistência Pré- Natal: Um olhar sobre a qualidade. **Rev Rene.Fortaleza**, v. 14, n.2. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 Abr 2014.

VIDAL, S. A, *et al.* Estudo Exploratório de custos e conseqüências do Pré-Natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Recife,v.45,n.03,2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 Maio 2014.