



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



David Antonio dos Santos Filho

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA EM DUQUE DE CAXIAS-RJ**

Duque de Caxias-RJ

2015

David Antonio dos Santos Filho

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM DUQUE DE CAXIAS-RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em  
Saúde da Família, a Universidade Aberta  
do SUS.

Supervisora: Márcia Ney  
Tutora: Marcele B. P. de Paiva

Duque de Caxias - RJ  
2015

## RESUMO

**Introdução** Estudos tem demonstrado a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Esses cuidados têm como objetivo prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. **Objetivo** Este projeto de intervenção tem o objetivo de desenvolver ações e estratégias para estímulo da realização do pré-natal e redução de desfechos relacionados à inadequada assistência em gestantes atendidas em uma unidade de Estratégia Saúde da Família, no município de Duque de Caxias-RJ. **Métodos** As ações e estratégias serão realizadas em forma de seminário às gestantes e seus familiares, além de rodas de conversa entre os mesmos e pautarão em temas abrangendo, principalmente, os cuidados e compromissos a serem seguidos durante a gestação, período pré e pós-gestacionais. **Resultados Esperados** Espera-se que este projeto de intervenção possa contribuir de modo significativo no aumento do conhecimento da comunidade sobre a importância da realização de pré-natal, na melhora na qualidade do pré-natal e diminuição dos riscos de adoecimento da gestante e de seu filho, na integração efetiva da equipe multidisciplinar com a gestante e seus familiares e no favorecimento de um elo de confiança entre os mesmos.

**Descritores:** Assistência Pré-natal; Cuidados de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## SUMÁRIO

1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	04
1.1 Situação Problema .....	05
1.2 Justificativa .....	06
1.3 Objetivos .....	07
Objetivo Geral .....	07
Objetivo Específico .....	07
2. <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	08
3. <b>METODOLOGIA</b> .....	08
3.1 Público-alvo.....	10
3.2 Desenho da Operação.....	10
3.3 Parcerias Estabelecidas .....	11
3.4 Recursos Necessários .....	11
3.5 Orçamento .....	11
3.6 Cronograma de Execução .....	12
3.7 Resultados Esperados .....	13
3.8 Avaliação .....	13
4. <b>CONCLUSÃO</b> .....	14
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	15

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades com a finalidade de identificar riscos e implementar medidas que trariam maior nível de saúde para a mulher e para o conceito<sup>1</sup>. A assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos. Os principais propósitos da assistência pré-natal podem ser resumidos em: a) aconselhar, educar e apoiar a gestante e os seus familiares; b) conduzir os pequenos distúrbios da gravidez; c) proporcionar rastreamento contínuo, clínico e laboratorial, das intercorrências que possam implicar risco para o binômio materno-fetal; e no caso de gestações que são consideradas de alto risco, acrescenta-se um quarto propósito de assistência pré-natal: d) prevenção, detecção e tratamento dos fatores que afetam adversamente a saúde materna e/ ou fetal<sup>2</sup>.

Sugerem-se como regra geral do pré-natal as seguintes rotinas: 1) periodicidade quinzenal das consultas até 30 semanas de gestação e, a seguir, semanal; 2) acompanhamento multidisciplinar e multiprofissional; 3) na gestação de alto risco não-complicada, sugere-se no mínimo, uma consulta mensal com especialista indicado para o caso; 4) exame ultra-sonográfico obrigatório antes de 20 semanas e, após 26 semanas a cada 15 dias; 5) Dopplerfluxometria e/ou perfil biofísico fetal quinzenal, após 26 semanas, se possível intercalados com a ultra-sonografia<sup>2</sup>.

O atendimento pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da sua área de atuação por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis. A estrutura física da instituição deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes<sup>3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o número adequado de consultas pré-natais deve ser igual ou superior a seis. Uma vez que se considera a realização de sete ou mais consultas pré-natais como um indicador de acesso adequado ao serviço de saúde, a baixa cobertura deste poderá refletir a dificuldade

no acesso aos serviços de saúde e maior probabilidade de riscos à saúde da mãe e do recém-nascido<sup>4</sup>.

Nesse contexto, o peso ao nascer destaca-se como importante indicador de resultado relacionado à melhoria do bem-estar da mãe e da criança em decorrência da disponibilidade e utilização do cuidado pré-natal<sup>5</sup>.

A motivação para esse estudo surgiu a partir da observação do acompanhamento das gestantes na unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), em que grande parte das mulheres o fazia de forma irregular.

A abordagem deste assunto é de extrema importância, uma vez que envolve uma porcentagem considerável da população, ou seja, as gestantes brasileiras. Além disso, ela faz parte da construção do Trabalho de Conclusão de Curso realizada no curso de especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS.

## **1.1 Situação-problema**

Diversos estudos descrevem a associação entre a assistência pré-natal e os resultados perinatais, particularmente o peso ao nascer, mortalidade perinatal e até a mortalidade infantil<sup>6</sup>. De acordo com Monteiro et al<sup>7</sup> em seu estudo sobre a tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo, durante os anos de 1976 e 1998, observaram que mães com menos de cinco consultas pré-natais na cidade de São Paulo apresentaram risco relativo de BPN de 2,47 em relação a mães com cinco ou mais consultas, mesmo quando controlados o nível da renda familiar e de escolaridade materna.

Tabela 1. Distribuição dos nascidos vivos de mães residentes em Duque de Caxias-RJ em 2013, segundo a presença de baixo peso ao nascer e número de consultas de pré-natal.

<b>Variáveis</b>	<b>N (N Total= 13.038)</b>	<b>%</b>
<u>Baixo Peso ao Nascer</u>		
Sim	1.157	8,9
Não	11.881	91,1
<u>Número de Consultas de Pré-natal</u>		
7 ou mais	7.109	54,5
4 a 6	3.823	29,3
1 a 3	1.177	9,0
Nenhuma	204	1,6

Nota: 725 casos sem registros para a variável número de consultas de pré-natal.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)<sup>6</sup>

A tabela 1 mostra a frequência de BPN de todos os RN de mães residentes em Duque de Caxias-RJ no ano de 2013, representando 8,9% dos nascimentos. Com relação ao número de consultas de pré-natal das gestantes neste ano, 54,5% tiveram 7 ou mais consultas, entretanto, pouco mais de um terço das gestantes fizeram menos de 7 consultas. Estes dados alertam a importância da realização de medidas para amplificação da atenção à saúde das gestantes no município.

## 1.2 Justificativa

O crescente aumento da disponibilidade e utilização do cuidado pré-natal tem sido associado à melhora do bem-estar da mãe e da criança e consequente redução de resultados perinatais adversos<sup>8-12</sup>. O peso pré-gestacional auxilia na detecção de riscos iniciais de um prognóstico desfavorável da gestação, determina o ganho de peso recomendado e direciona intervenções nutricionais mais eficazes e específicas para cada gestante<sup>13,14</sup>.

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), destaca-se a importância das suas ações no aumento da cobertura da assistência pré-natal<sup>15</sup>. Não obstante, alerta-se sobre as desigualdades que ainda persistem no uso da assistência<sup>16</sup> e a baixa qualidade<sup>15</sup>. Nesse sentido, destacando as várias dimensões envolvidas na realização e a qualidade da assistência pré-natal, ressalta-se: a associação entre a

inadequação do uso da assistência e as variáveis indicativas de baixas condições de vida, ou seja, daquelas que refletem a persistência de desigualdade social<sup>16,17</sup>; a restrição dos estudos ao papel do perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e/ou das características dos serviços de saúde, de maneira que outros aspectos são pouco abordados, a exemplo das condições psicossociais da gestante<sup>18</sup>.

Diante do exposto, torna-se evidente a importância do estímulo à assistência ao pré-natal às gestantes para prevenir e tratar agravos que possam trazer malefícios maternos e ao RN a curto e longo prazo.

### 1.3 Objetivos

#### - *Objetivo geral*

Desenvolver ações e estratégias para estímulo da realização do pré-natal e redução de desfechos relacionados à inadequada assistência em gestantes atendidas em uma unidade de Estratégia Saúde da Família, no município de Duque de Caxias-RJ

#### - *Objetivos específicos*

- Elaborar processos educativos em saúde, em forma de seminário e rodas de conversas, destinados às gestantes e seus familiares (pais e avós) sobre o manejo do pré-natal, parto, nascimento e puerpério;
- Criar estratégias de captação das gestantes que não estão em acompanhamento pré-natal na unidade de ESF para a participação nas atividades educativas;
- Priorizar a inclusão das gestantes nos programas sociais;
- Sensibilizar os profissionais envolvidos no pré-natal e realizar rodas de conversa sobre esses protocolos e dificuldades em sua operacionalização.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

O pré-natal é o "período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Nesse período, as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível, quando necessário, realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas"<sup>19</sup>.

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez período de mudanças físicas e emocionais - que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo<sup>2</sup>.

Revisões sistemáticas demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, tais como o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso; a vacinação antitetânica<sup>20,21,22</sup>.

No Brasil, a hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta nos últimos anos. O diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, também é importante na prevenção de quadros como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais. Como doença oligo ou assintomática, sua detecção torna indispensável o uso de uma técnica muito simples e de baixíssimo custo, a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal. O diagnóstico com a realização desse procedimento e condutas corretas permitiria salvar muitas mulheres. É por essa razão que, em países desenvolvidos, as baixas taxas de mortalidade materna contabilizam predominantemente causas indiretas, demonstrando a eficácia de se prevenir essas mortes<sup>23</sup>.

O peso ao nascer inferior a 2.500g, ou seja, baixo peso ao nascer (BPN), é apontado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal<sup>1</sup>. O BPN decorre da prematuridade e/ou do retardo no crescimento intra-uterino e está associado à cerca de 4 milhões de mortes neonatais anuais que ocorrem no mundo, a maioria delas em países em desenvolvimento<sup>24</sup>. O BPN relaciona-se com a desnutrição materna e o ganho de peso insuficiente durante a

gestação em populações socioeconomicamente desfavorecidas<sup>25</sup>. Para esses autores, o risco de nascimento de crianças com BPN pode ser diminuído consideravelmente por meio da intervenção nutricional em gestantes mal nutridas, sendo que a avaliação do ganho ponderal durante a gestação constitui uma das medidas mais importantes a ser efetuada pelos profissionais de saúde durante o atendimento pré-natal.

A assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a consulta puerperal. O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Público-alvo**

Os sujeitos que participarão e serão beneficiados pela intervenção serão as gestantes, seus pais e avós.

#### **3.2 Desenho da operação**

A unidade onde será realizada a intervenção será a ESF Jardim Gramacho, localizada no município de Duque de Caxias-RJ, composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde que atendem cerca de 1050 famílias.

As ações propostas nesta intervenção serão desenvolvidas a partir de janeiro de 2016. As estratégias serão realizadas em forma de seminários e roda de conversa entre os participantes e pautarão em temas abrangendo os cuidados e compromissos a serem seguidos durante a gestação, período pré e pós-gestacionais, o reforço das normas sobre o uso obrigatório do cartão da gestante e a importância da realização do parto normal, quando indicado, a importância de se manter uma alimentação saudável, prática de atividades físicas e a importância de se evitar álcool, fumo e outros tipos de drogas, a importância do monitoramento do peso durante a gestação e a reposição de vitaminas quando necessário, como por exemplo, o uso do ácido fólico. Os profissionais de saúde (médico, enfermeira e técnica de enfermagem) da equipe da ESF Jardim Gramacho serão os responsáveis pela condução do processo. Os seminários acontecerão mensalmente, com duração de duas horas; dessa forma toda gestante terá a oportunidade de participar.

A intervenção iniciará desde o início do pré-natal, com a captação precoce da gestante pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e pela equipe da ESF. A primeira consulta de pré-natal será realizada pela enfermagem, que também apresentará a proposta dos seminários à paciente e fará o convite a participar da atividade junto aos seus familiares (pais e avós). Nas consultas subsequentes, o médico reforçará a importância em participar da atividade. A atividade é agendada no cartão da gestante. Serão realizadas visitas domiciliares pelos ACS, as quais

haverá estímulo as gestantes a participarem do pré-natal e das atividades, além de orientações gerais. Em suma, ao iniciar o pré-natal a gestante sai da consulta de enfermagem com o agendamento no cartão para o seminário e, esse encontro é reforçado pelo agente de saúde durante as visitas domiciliares.

### **3.3 Parcerias Estabelecidas**

É interessante que se estabeleça parcerias entre diversos órgãos como escolas, secretaria de saúde do município, organizações não governamentais e empresas privadas para que o projeto seja estendido ao maior número de gestantes possíveis. Neste projeto, será proposta uma parceria com a secretaria de saúde do município de Duque de Caxias-RJ com o objetivo de se expandir o projeto em outras unidades de saúde.

### **3.4 Recursos Necessários**

Para a realização deste projeto de intervenção, se faz necessário o uso de recursos materiais como: folhas de cadastros das famílias, impressão de cartilhas e folders, além de recursos humanos, sendo: agentes comunitários de saúde, enfermeiro e médico. Não houve necessidade de financiamento externo. Os mesmos serão custeados pelo autor do projeto.

### **3.5 Orçamento**

<b>Recursos</b>	<b>Valor Estimado</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total</b>
Papel	R\$ 15,00	04 Pacotes	R\$ 60,00
Tinta de Impressora	R\$ 30,00	01 Unidade	R\$ 30,00

### 3.6 Cronograma de execução

	<b>Mai/Ago 2015</b>	<b>Set/Out 2015</b>	<b>Nov/Dez 2015</b>	<b>Jan 2016</b>	<b>Fev 2016</b>
Elaboração do projeto					
Definição das ações e estratégias propostas					
Redação da revisão de literatura					
Redação da versão final					
Início do projeto de intervenção, incluindo a realização de seminários/rodas de conversas mensais para gestante e familiares com duração de 2 horas/mês.					
Entrega e apresentação do Projeto de Intervenção como parte das atividades necessárias do PROVAB					

### **3.7 Resultados esperados**

Espera-se que este projeto de intervenção possa contribuir de modo significativo para:

- Aumentar o conhecimento da comunidade sobre a importância da realização de pré-natal através da educação em saúde nos seminários;
- Aumentar a qualidade do pré-natal e diminuir riscos de adoecimento da gestante e de seu filho, além de favorecer uma maior qualificação e humanização da assistência à gestante;
- Tornar os pais e avós aliados ao serviço de saúde para reforçar a importância dos cuidados em saúde da gestante;
- Integrar efetivamente a equipe multidisciplinar com a gestante e seus familiares;

### **3.8 Avaliação**

A cada três meses, será aplicado um questionário após as reuniões com as gestantes, pais e avós com perguntas relacionados à opinião de cada um sobre a atividade. Não será obrigatório a identificação ao preencher os questionários. Os dados das avaliações serão discutidos em reuniões multidisciplinar que já fazem parte do cronograma da unidade de ESF em questão.

#### **4. CONCLUSÃO**

Ao finalizar o presente trabalho, torna-se importante destacar o papel da equipe da ESF frente às ações de promoção a saúde que priorizem a atenção integral à saúde da gestante. Assim sendo, este projeto de intervenção foi proposto para estimular a assistência pré-natal adequada que é direito de toda gestante, evitando a ocorrência de diversos fatores que colocam em risco tanto a vida da mãe como a do filho. Torna-se, por isso, de suma importância, a capacitação da equipe multidisciplinar e o estabelecimento de parcerias que envolvem os diversos setores da sociedade, fundamental para a criação e implantação de programas de educação continuada para gestantes e seus familiares. Além disso, espera-se que este projeto seja um estímulo para novas intervenções, seja no mesmo município ou em outras regiões, afim de melhorar a qualidade do serviço de saúde às gestantes e seus conceitos.

## REFERÊNCIAS

1. NASCIMENTO, E.R.; RODRIGUES, Q.P.; ALMEIDA, M.S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 311-315, 2007.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal: manual técnico. 2000.
3. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-natal: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2005.
4. MINAMISAVA, R. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 3, 2006.
5. SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática Adequacy of prenatal care and birthweight: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.
6. NETO, X. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. *Rev. bras. enferm*, v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.
7. MONTEIRO, C.A.; BENICIO, M.H.D.; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública*, v. 34, n. 6 Supl, p. 26-40, 2000.
8. ENKIN, M.W. Randomized controlled trials in the evaluation of antenatal care. *International journal of technology assessment in health care*, v. 8, n. S1, p. 40-45, 1992.
9. KOGAN, M.D. et al. The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981-1995, using different prenatal care indices. *Jama*, v. 279, n. 20, p. 1623-1628, 1998.
10. BRETT, K.M. et al. Differences between black and white women in the use of prenatal care technologies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 170, n. 1, p. 41-46, 1994.



11. ALEXANDER, G.R. et al. Source of bias in prenatal care utilization indices: implications for evaluating the Medicaid expansion. *American journal of public health*, v. 81, n. 8, p. 1013-1016, 1991.
12. MCDONAGH, M. Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?. *Health policy and planning*, v. 11, n. 1, p. 1-15, 1996.
13. BARROS, F.C. et al. Bajo peso al nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, v. 102, n. 6, p. 541-54, 1987.
14. KRASOVEC, K.; ANDERSON, M.A. *Maternal nutrition and pregnancy outcomes: anthropometric assessment*. PAHO, 1991.
15. NIQUINI, R.P. et al. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet*, v. 17, n. 10, p. 2805-16, 2012.
16. COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.
17. GAMA, S.G.N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. S1, p. 101-11, 2004.
18. MORAES, C.L.; ARANA, F.D.N.; REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev saúde pública*, v. 44, n. 4, p. 667-76, 2010.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário temático: DST e AIDS, 2006.
20. CARROLI, G; ROONEY, C; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric and perinatal Epidemiology*, v. 15, n. s1, p. 1-42, 2001.
21. VILLAR, J. et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane database syst rev*, v. 4, n. 4, 2001.

22. BARROS, F.C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 10, n. Suppl 1, p. S3, 2010.
23. SERRUYA, S.; LAGO, T.G. A mortalidade materna no Brasil. *J Febrasgo* 2001; 8: 6-8.
24. LAWN, J.E. et al. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why?. *The Lancet*, v. 365, n. 9462, p. 891-900, 2005.
25. KRASOVEC, K.; ANDERSON, M.A. Maternal nutrition and pregnancy outcomes: anthropometric assessment. *PAHO*, 1991.