

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

ALINE CRISTINA FERREIRA DAS NEVES

PRINCIPAIS DIFICULDADES EM ACOMPANHAR AS GESTANTES PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

ARAÇUAÍ, MINAS GERAIS
2010

ALINE CRISTINA FERREIRA DAS NEVES

**PRINCIPAIS DIFICULDADES EM ACOMPANHAR AS GESTANTES PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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: Professora Kátia Ferreira Costa Campos.

ARAÇUAÍ, MINAS GERAIS
2010

ALINE CRISTINA FERREIRA DAS NEVES

**PRINCIPAIS DIFICULDADES EM ACOMPANHAR AS GESTANTES PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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: Professora Kátia Ferreira Costa Campos.

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

Este trabalho é composto por uma revisão bibliográfica do tipo narrativa e uma análise de dados secundários relativos à área de abrangência da Estratégia Saúde da família Esperança, do Município de Pedra Azul-MG, tendo o objetivo de identificar quais as principais dificuldades encontradas, em acompanhar gestantes, pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF). Optou-se por analisar os dados encontrados na literatura, comparando-os com aqueles encontrados na unidade básica, aliados a experiência vivenciada pela autora. Foi dado enfoque nas dificuldades encontradas pela equipe de saúde em seguir o protocolo estipulado para efetivação do pré-natal nas unidades básicas. No levantamento das publicações foram encontrados onze artigos. Analisando os textos encontrados identificaram-se como dificuldades predominantes: área física inadequada, falta de adesão à assistência e de medicamentos; ausência de educação permanente e limitações do protocolo municipal de atenção à mulher, revelando que o programa de pré-natal ainda apresenta fortes marcas características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica, podendo assim sugerir a necessidade das atividades educativas e do treinamento profissional periodicamente. Concluindo é de essencial importância a produção de protocolos que garantam: ações de planejamento familiar, atenção pré-natal e integralidade da atenção da equipe de saúde.

DESCRITORES

Programa Saúde da Família; Pré Natal; Dificuldades.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	10
3. RESISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1. Avaliação pré-consepcional.....	11
3.2. Diagnóstico da gravidez.....	12
3.3. Responsabilidades da Unidade Básica de Saúde no pré-natal.	13
3.4. Responsabilidades da Unidade Básica de Saúde no Puerpério.....	16
3.5. Princípios Gerais.....	17
3.6. Monitoramento da atenção pré-natal e puerperal.....	18
3.7. As principais ações que contribuem para o acompanhamento de gestantes.....	19
4. O CASO DA ESF ESPERANÇA EM PEDRA AZUL.....	22
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

LISTA DE SIGLAS

AU - Altura Uterina

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF - Equipe de Saúde da Família

Hb – Hemoglobina

PA - Pressão Arterial

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SIAB - Sistema de Informação da atenção Básica

SISPRENATAL - Sistema de informação do PHPN

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

VDRL - Sorologia para sífilis

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Responsabilidade da UBS no Pré-natal e Puerpério segundo Ministério da Saúde, 2005, pag.: 19

QUADRO 2 - Relação entre gestantes e acompanhamento pré-natal, 2008 – Estratégia Saúde da Família Esperança no Município de Pedra Azul – MG.-2008, pag.: 25

1. INTRODUÇÃO

Na atenção a saúde da gestante no Brasil, o acompanhamento de pré-natal deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2000). Visto isso, o número de consultas de pré-natal realizadas durante a gravidez é crescente ano a ano. Pode-se observar que em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas durante o pré-natal, em 2009, foram 19,4 milhões, representando um aumento de 125% nesse período, crescimento esse, que pode ser atribuído principalmente a ampliação do acesso ao pré-natal pelas mulheres.

Entretanto, grande parte destas gestantes é cadastrada após o primeiro trimestre de gestação, e não comparece no acompanhamento mensal marcado antecipadamente, o que se torna um problema para uma gestação saudável.

A organização da atenção obstétrica na rede SUS consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Dentro desse contexto, o sistema de saúde deve assegurar a cobertura de toda a população de mulheres na gestação e após o parto, garantindo a atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada, mediante regulação do atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado e do controle de leitos obstétricos e neonatais (BRASIL, 2005, p. 143).

Antes do início do pré-natal é necessário um cadastramento das Gestantes no Sistema de Informação de Saúde desenvolvida pelo Ministério da Saúde. É realizada a notificação da mesma pela equipe de saúde da Família no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

O Sistema de informação do PHPN (SISPRENATAL) é o *software* que foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde (SUS).

No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2000). Os dados digitados no SISPRENATAL são encaminhados mensalmente para a base nacional de dados, como condição indispensável ao monitoramento do PHPN e ao recebimento dos incentivos.

Dentro desse contexto, toda gestante tem o direito de fazer pelo menos seis consultas durante toda a gravidez para que se tenha uma gestação saudável e um parto seguro, podendo sempre que quiser levar um acompanhante em suas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa).

Porém existe a dificuldade no acompanhamento das Gestantes moradoras na área rural, gerando aumento da demanda aos serviços de saúde com internações, interferência na gestação saudável, nascimento de crianças pré-maturas e de baixo peso, não realização de planejamento familiar, aumento de gestações indesejáveis, aumento do absenteísmo, risco de desemprego e sobrecarga de trabalho para a família.

Diante do exposto, este estudo pretende responder a seguinte indagação: Quais as principais dificuldades encontradas, em acompanhar gestantes, pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF)?

Pretende-se proporcionar subsídios para as equipes de saúde repensar a situação da gestante na Estratégia Saúde da Família. Assim este tema é de grande importância, pois se trata de uma dificuldade das equipes de saúde que reflete diretamente na qualidade de vida da mãe e filho. Espera-se oportunizar informações importantes, relativas ao acompanhamento de pré-natal, que beneficiará não só os profissionais que acompanham estas gestantes, mas principalmente, a própria população.

Assim esta pesquisa torna-se relevante, pois tem como proposta fazer, a partir de uma revisão bibliográfica, um levantamento acerca da dificuldade de se acompanhar gestantes pela Estratégia Saúde da Família, focando em identificar as principais ações que contribuem efetivamente para o cadastramento e acompanhamento de gestantes.

Espera-se contribuir como referencial para os profissionais que atuam na atenção básica. Desta forma traçou-se como objetivos: Identificar quais as principais dificuldades encontradas, em acompanhar gestantes, pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF).

2. METODOLOGIA

Para o presente estudo optou-se por uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, e de análise de dados secundários relativos à área de abrangência da Estratégia Saúde da família Esperança. Após isso, optou-se por analisar os dados encontrados na literatura, comparando-os com aqueles encontrados na unidade básica, aliados a experiência vivenciada pela autora.

Como revisão narrativa de literatura entende-se aqui, segundo Cordeiro *et al.* (2007), que esta apresenta uma temática aberta, não necessitando partir de uma questão específica bem definida, e não exige um protocolo rígido para sua confecção. Assim, a busca das fontes não é pré-determinada e a seleção dos artigos é arbitrária, de acordo com a visão do autor, provendo-o de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva.

O levantamento foi feito em artigos publicados em periódicos no Brasil e artigos da Internet, sobre a competência da unidade básica de Saúde na atenção no pré-natal, e dificuldades em acompanhar gestantes pela equipe de saúde da família. A pesquisa foi realizada através dos sites: Scielo, Lilacs e Ministério da saúde. Utilizamos a base de dados de pesquisa com as palavras chaves: Programa Saúde da Família (PSF), pré-natal e dificuldades.

Foram encontrados 22 (vinte e dois) artigos científicos pelo Lilacs utilizando palavras chaves: PSF e pré natal, porém destes apenas 11 (onze) foram selecionados para análise. Já no Scielo foram encontrados 9 (nove) textos onde apenas 3 (três) foram utilizados. Porém como 3 (três) deles foram encontrados em ambas as pesquisas somou-se no total análise de 11 (onze) publicações.

Os dados secundários utilizados referem-se ao primeiro semestre do ano de 2009, no ESF Esperança no Município de Pedra Azul.

Após isso foi, então, realizada leitura crítica de todo o material e procedido à análise dos dados, quando se comparou as publicações e estas a realidade vivenciada pela autora.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

Segundo Coelho e Porto, (2009), direitos sexuais e direitos reprodutivos são uma extensão dos direitos humanos e já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Trata-se do direito das pessoas decidirem se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas (BRASIL, 2008). Implica ainda, que os usuários têm o direito à informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.

Sabendo disso entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, com o objetivo de identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Sabe-se que pelo menos metade das gestações não é inicialmente planejada, embora possam ser desejadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orientação ou de oportunidade para a aquisição de um método anticoncepcional, e isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação (BRASIL, 2008).

Alguns dos pontos discutidos aqui também se aplicam ao puerpério imediato, para aquelas mulheres que não tiveram oportunidade de realizar o controle pré-gestacional, o que é muito comum na adolescência. Esses conhecimentos lhes serão úteis em gestações futuras, embora sempre deva ser estimulada a realização de consulta com a equipe de saúde antes de uma próxima gravidez.

A partir de 2005, o Ministério da Saúde passou a incluir os métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica, no grupo de responsabilidade do nível federal para a sua aquisição. A partir daí, o governo se propôs a cobrir progressivamente 100% da necessidade dos 5.561 municípios da federação com pílula combinada de baixa dosagem e pílula só de progesterona (minipílula) (BRASIL, 2005).

Pactuou também, a aquisição de pílula anticoncepcional de emergência, anticoncepcional injetável mensal e anticoncepcional injetável trimestral, para os 5.223 municípios da federação que, até março/2004 possuíam equipes de Saúde da Família cadastradas ou estavam aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Propôs, ainda, a aquisição do DIU e do diafragma para cobrir progressivamente 100% da necessidade, inicialmente para 1.200 municípios da federação, em 2005, prevendo-se incremento de aproximadamente 350 municípios/ano para os anos de 2006 e 2007 (BRASIL, 2005).

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em práticas educativas permeando as ações de saúde; garantia de acesso aos usuários; equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, etc); livre escolha do método contraceptivo; disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos; consultas e acompanhamento médico para os usuários e assistência nos casos de infertilidade conjugal.

Por fim, indica o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS, a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação e à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008).

3.2. DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG), de acordo com os procedimentos especificados no fluxograma. O teste laboratorial é, inicialmente, recomendado para que o diagnóstico não demande o agendamento de consulta, o que poderia postergar a confirmação da gestação. Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável. A consulta deve ser realizada imediatamente para não se perder a oportunidade

da captação precoce. Se o TIG for negativo, deve ser agendada consulta para o planejamento familiar, principalmente para a paciente adolescente (BRASIL, 2005).

Antes do início do pré-natal é necessário um cadastramento das Gestantes no Sistema de Informação de Saúde desenvolvida pelo Ministério da Saúde. É realizada a notificação da mesma pela equipe de saúde da Família no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. (BRASIL, 2000).

3.3. RESPONSABILIDADE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO PRE-NATAL

O pré-natal oferece segurança, uma gestação saudável e um parto seguro. Isso dá a uma série de procedimentos que é de direito da mulher durante a gestação a fim de se prevenir doenças para o bebê e para a mãe.

Segundo Minas Gerais (2006), a Unidade de Saúde deve ser a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde; sendo o ponto de atenção estratégico sendo imprescindível a garantia de acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das gestantes do seu território e o monitoramento dos mesmos.

Segundo Coelho e Porto (2009) em torno de 75% das gestantes não desenvolvem nenhuma complicação. Entretanto 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas: a da gestante e de seu futuro bebê. O cuidado básico no período pré-natal pode contar com ações que variam do simples ao complexo. A qualidade da assistência não é, necessariamente, proporcional à sofisticação da tecnologia utilizada, uma vez que a maioria dos agravos pode ser prevenida por tecnologias de pouca complexidade e custo.

Para uma captação efetiva de pré-natal deve-se realizar a inscrição da gestante pelo médico ou pela enfermeira logo após a confirmação da gravidez. Ao abrir prontuário da gestante, deve-se preencher o cartão da gestante preenchendo a Ficha de Cadastramento e agendar a consulta de pré-natal (MINAS GERAIS, 2006).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. 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 do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

Para a avaliação do estado de saúde de uma gestante rotineiramente devem ser levantados e analisados os dados clínicos, econômicos, sociais, educacionais e outros. A avaliação clínica inclui a anamnese, o exame físico, a hipótese diagnóstica (diagnóstico médico, de enfermagem e odontológico), a realização de exames complementares e as condutas (terapêutica médica, cuidados de enfermagem e odontológicos).

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório, sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006).

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. Para auxiliar nesse objetivo, deve-se observar a discriminação dos fatores de risco no cartão de pré-natal, identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta (BRASIL, 2005).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. Sempre que possível, a enfermeira deverá orientar quanto ao preparo das mamas e incentivar ao aleitamento materno após o nascimento da criança, explicando a importância desse ato para a saúde de seu bebê. Para evitar a ansiedade dessa gestante, é importante orientá-la sobre a maternidade onde possivelmente ocorrerá o parto (BRASIL, 2000).

Visando a prevenção de complicações durante o parto são realizados de forma gratuita exames como:

- 1- Exames de sangue: para diagnosticar possíveis doenças como diabetes e/ou diabetes gestacional, sífilis, anemia e também para classificar o tipo de sangue da gestante;
- 2- Exames de urina: para verificar se existem infecções;
- 3- Exames preventivos de câncer de colo do útero;
- 4- Teste anti-HIV.

Estes exames são realizados, geralmente, nos três primeiros meses e depois nos últimos três meses da gestação. Caso haja necessidade estes exames poderão ser repetidos gratuitamente quantas vezes o profissional de saúde achar necessário, sendo que o mesmo deve-se atentar quanto à necessidade de a gestante tomar a vacina contra Tétano, tendo o cuidado de realizar a vacina e os reforços (se necessário) respeitando o intervalo mínimo entre as doses. Também é de direito da gestante conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto (BRASIL, 2007).

Segundo BRASIL (2000), para que as práticas de saúde no pré-natal sejam bem desenvolvidas, faz-se necessário:

- Recursos humanos que possam acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos e filosóficos da assistência integral à saúde da mulher, no seu contexto familiar e social;
- Área física adequada para atendimento às gestantes e familiares;
- Equipamento e instrumental mínimos, devendo ser garantida a existência de mesas e cadeiras para entrevista, mesa de exame ginecológico e outros.
- Apoio laboratorial para a unidade básica de saúde, garantindo a realização dos exames de rotina como: dosagem de hemoglobina (Hb), grupo sanguíneo e fator Rh, teste de Coombs indireto, sorologia para sífilis (VDRL).;
- Instrumentos de registro e processamento e análise dos dados disponíveis, visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e da análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio;
- Medicamentos essenciais: antiácidos, sulfato ferroso com ácido fólico, supositório de glicerina, analgésicos, antibióticos, tratamento de corrimentos vaginais. Avaliação permanente da assistência pré-natal, com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho do serviço.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2000, p. 12).

Segue abaixo as responsabilidades descritas por Minas Gerais (2006), do nível local em relação ao pré-natal e puerpério, relacionadas à atenção a gestante.

3.4. RESPONSABILIDADES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO PUERPÉRIO

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de sete a dez dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

A enfermagem tem importante papel em todo processo, visto que ela estará mais próxima da gestante e é ela que estará fazendo exames físicos e obstétricos ao longo de toda a gestação dessa mulher gestante. De acordo com Minas Gerais, (2006), no exame físico é de total importância que se verifique a idade gestacional dessa mãe, verificar os exames laboratoriais já realizados, aferir e analisar a Pressão Arterial (PA), peso, estatura e Altura Uterina (AU) para um acompanhamento eficaz e análise de desenvolvimento fetal ao longo das consultas.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” (BRASIL, 2005).

3.5. PRINCÍPIOS GERAIS

Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/ hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce de gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidas que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

QUADRO 1 – Responsabilidade da UBS no Pré-natal e Puerpério segundo Ministério da Saúde (2006).

RESUMO RESPONSABILIDADES DA UBS NO PRÉ – NATAL E PUERPÉRIO
Realizar o diagnóstico de gravidez
Captar a gestante no 1º trimestre para cadastramento;
Realizar consultas médicas e de enfermagem;
Solicitar os exames laboratoriais;
Garantir os medicamentos básicos;
Classificar o risco gestacional desde a 1ª consulta;
Monitorar as gestantes de alto risco;
Realizar as atividades educativas;
Viabilizar a visita da gestante à maternidade;
Alimentar e analisar os sistemas de informação.
Encaminhar para o planejamento familiar.
Realizar as consultas puerperais – precoce e tardia;

3.6. MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL

O Sistema de informação do PHPN (SISPRENATAL) é o *software* que foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado,

SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante. A avaliação da atenção pré-natal e puerperal prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. O profissional de saúde, provedor da atenção pré-natal e puerperal, deverá monitorar continuamente a atenção prestada por meio dos indicadores do processo.

A interpretação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), é importante instrumento para organização da assistência. O SISPRENATAL disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período (BRASIL, 2006).

No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. Os dados digitados no SISPRENATAL são encaminhados mensalmente para a base nacional de dados, como condição indispensável ao monitoramento do PHPN e ao recebimento dos incentivos (BRASIL, 2000).

3.7. AS PRINCIPAIS AÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA O ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir (BRASIL, 2006):

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento de atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal.
4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto.

É importante lembrar que o cartão da gestante permite que existam informações sobre a saúde da gestante e também para que o acompanhamento de pré-natal seja de conhecimento de todos profissionais que vierem atendê-la. O Ministério da Saúde distribui este cartão para todos os municípios (COELHO, 2009).

A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério envolve a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. Isto implica em pensar como trabalhar com outros profissionais. (MINAS GERAIS, 2006).

É no cotidiano dos serviços de saúde que as atitudes e ações entre os profissionais da equipe de saúde e as usuárias dão visibilidade ao que denominamos de humanização. Como exemplo de acolhimento pode ser citado à maneira cordial de atender as usuárias, chamando-as pelo nome e também se apresentando, escutando com atenção e valorizando o que é dito, fornecendo as informações sobre os procedimentos e condutas, incentivando a presença de um acompanhante, quando necessário (BRASIL, 2005).

No entanto, acolher é mais do que um tratamento cordial significa o provimento de recursos necessários para a assistência, à organização de protocolos com procedimentos que comprovadamente tragam benefícios à mulher e ao conceito. Ressalta-se também, o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, com garantia de privacidade e autonomia e o compartilhamento das decisões e condutas a serem tomadas. Isso implica também, a garantia de encaminhamento para serviços de referência que realmente possam assisti-las nos momentos das intercorrências e durante o parto. Assim, acolher implica em respeitar a autonomia e o protagonismo das mulheres, valorizando a co-responsabilidade, a construção de vínculos solidários e a participação coletiva, tanto no processo de atenção, como na gestão (BRASIL, 2008).

Uma ficha preenchida no momento do cadastro da gestante contendo sua identificação, data provável do parto e data da próxima consulta pode ser suficiente para este controle. Ela poderá ser colocada em um arquivo mês a mês (ou semana a semana) de acordo com a data marcada para o próximo retorno. Ao final de cada mês (ou semana), só restarão na pasta respectiva daquele mês (semana), as fichas das gestantes faltosas. As demais deverão ter mudado de pasta para aquela relativa à data do próximo retorno (a exemplo do cartão espelho da vacina). Este controle permitirá à sua equipe organizar visitas domiciliares para saber o motivo das faltas. O mesmo tipo de registro pode ser feito com relação à participação nas atividades educativas (COELHO, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, um mínimo de 6 (seis) consultas deve ser oferecido, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Porém, o ideal

é que o acompanhamento seja mensal até o sétimo mês, quinzenal até o oitavo e semanal até o parto. Consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros proporcionam uma assistência mais completa e possibilita o acompanhamento mais freqüente. A avaliação odontológica também é fundamental e representa ganho na qualidade da assistência (COELHO, 2009).

Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas. Os dados também evidenciam que a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido (BRASIL, 2006).

4. O CASO DA ESF ESPERANÇA EM PEDRA AZUL

Pedra Azul é uma cidade do estado de Minas Gerais, situada no vale do rio Jequitinhonha e em 2007 o IBGE estima a sua população em 24.851 habitantes. Faz divisa com os seguintes municípios: Divisa Alegre, Águas Vermelhas, Cachoeira do Pajeú, Medina, Almenara e Divisópolis. Conta hoje com 7 (sete) equipes de PSF, sendo 5 (cinco) urbanas e 2 (dois) rurais. Temos um hospital de média complexidade que atende algumas cidades vizinhas, atendendo urgência, emergência e cuidado hospitalar em geral, tendo também uma policlínica que atende em vacinações, curativos e consultas médicas em especialidades diversas.

A unidade de saúde Esperança foi construída há aproximadamente três anos, juntamente com cadastramento das famílias. Essa comunidade conta com uma demanda não programada diante de um agravo de saúde recorre a qualquer unidade urbana inclusive o hospital.

Na Estratégia Saúde da Família Esperança, a captação e o cadastro da atividade de planejamento familiar são realizados por demanda espontânea, e a conscientização da população da necessidade do planejamento familiar é realizada por busca ativa, abordando o usuário e explicando sobre os grupos e funcionamento dos métodos contraceptivos.

O acompanhamento é realizado mensalmente com reuniões de apoio e consultas individuais com o médico e enfermeiro responsável. As atividades de grupo são desenvolvidas por toda equipe distribuindo-se em ante-salas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), que abordam o tema pelo menos uma semana de cada mês, contendo pelo menos vinte pessoas e durando em média trinta minutos, onde detectamos usuários com a necessidade do planejamento.

Existem também os grupos específicos realizados pelos profissionais médico e enfermeiro, onde há cadastramento antecedendo a participação sendo realizado mensalmente. Nesse processo, tem também uma equipe de apoio que realiza grupos operativos nas áreas desassistidas pela ESF. Este desenvolve palestras educativas desmistificando e orientando sobre métodos contraceptivos e encaminhando os usuários para o setor responsável.

Os métodos contraceptivos geralmente requisitados pela população são as pílulas combinadas, os preservativos masculinos e o dispositivo Intra-uterino (DIU), além da

contracepção definitiva. Apesar da demanda, a quantidade disponibilizada não é suficiente para atender a população do município não dando segurança da contracepção continuada.

A capacitação que os profissionais receberam para desenvolver as atividades é disponibilizada pela Secretaria de Saúde Municipal que juntamente com Órgãos Estaduais, realizam periodicamente capacitações, incluindo o tema de planejamento familiar. Para casais inférteis o médico da equipe procede à propedêutica inicial de tratamento de casos menos complexos e orienta sobre os centros especializados, já na contracepção definitiva é realizado protocolo inicial, porém não existe referência no município para realização da cirurgia.

No Município de Pedra Azul, especificamente na Estratégia Saúde da Família Esperança onde foi realizada coleta de dados, existe a dificuldade de cadastramento e acompanhamento das gestantes por se tratar de território rural sem acessibilidade, o que dificulta dados fidedignos. Na UBS possui dez consultas semanais disponíveis para pré-natal incluindo consultas de enfermagem e consultas médicas.

Como existe esta deficiência de acesso às famílias, há dificuldade em acompanhamento de vacinas, exames e notificações de abortos. As principais intercorrências são partos domiciliares, complicações com hipertensão arterial e diabetes, sendo o Hospital Ester Faria de Almeida, referência para estas intercorrências e com atendimento para parto normal, cesáreo e de alto risco.

Nesse município não existe um número de exames pactuado pelo município, e por isso o laboratório atende toda a população de acordo com a demanda e programação do setor. As atividades educativas se restringem ao atendimento em cada microárea e consultas de pré-natal devido à dificuldade de acesso às famílias, se confirmando pela inexistência de visitas puerperais de maneira ativa mostrado no QUADRO 2. O Planejamento familiar também é ineficaz pela falta de insumos disponíveis no município.

QUADRO 2 – Relação entre gestantes e acompanhamento pré-natal 2009 – Estratégia Saúde da Família Esperança – No Município de Pedra Azul – MG.

Descritores	Valores	Fontes
Gestantes cadastradas	35	Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB)
Gestantes confirmadas	45	Registro: equipe/Pesquisa
Gestantes acompanhadas conforme protocolo	10	Registro: equipe/Pesquisa
Óbitos materno / infantil notificados	04	Registro: equipe/Pesquisa
Internações por complicações na gestação	09	Registro Hospital
Partos domiciliares	08	Registro da equipe
Nº de recém nascidos	54	SIAB
Nº consulta pré-natal por gestante	05	SISPRENATAL
Nº consulta puerperal	02	SISPRENATAL
Nº de abortos notificados	06	Registro Hospital/ pesquisa Equipe

Analisando os dados acima da ESF Esperança, podemos verificar a real necessidade é de se cadastrar as gestantes precocemente evitando o início tardio do pré-natal (depois do terceiro trimestre), visto que essa gestante deve ter no mínimo seis consultas de pré-natal durante gestação a fim de evitar agravos e a necessidade de internações.

A equipe Esperança reconhece o problema “Gestante sem cadastramento e acompanhamento”, apesar de conhecer e ter acesso a algumas tecnologias para prevenção de novos casos de gestantes sem cadastro, como ações educativas, incentivo ao pré-natal entre outros. Ela também não tem controle sobre medidas de prevenção/ promoção mais efetivas,

por exemplo, busca ativa (possibilidade de visitas domiciliares em regiões com dificuldade de acesso), e conseqüentemente gera os seguintes efeitos:

1. Aumento da demanda aos serviços de saúde, incluindo internações;
2. Interferência na gestação saudável, nascimento de crianças prematuras e com baixo peso;
3. Não realização de planejamento familiar e aumento de gestações indesejáveis;
4. Sobrecarga e trabalho para a família;
5. Aumento do absenteísmo e risco de desemprego;

O ambiente social em que a equipe está inserida é um fator determinante para o aumento das dificuldades. Isso se identifica nas:

- a) Moradias em locais com dificuldade de acesso;
- b) Falta de orientação sobre a necessidade do pré-natal e cadastramento precoce;
- c) Condicionantes sociais, utilização de parteiras e conhecimento popular;
- d) Pouco acesso por parte da população às informações relativas ao pré-natal;
- e) Baixa cobertura/resolubilidade dos serviços de saúde.

Para identificar mulheres da comunidade desta zona rural é necessário considerar o contexto cultural onde as mulheres se ocupam de trabalhos domésticos, pois as mulheres desta comunidade em geral, se ocupam desses trabalhos, e às vezes em pequenas propriedades rurais roçando a terra. Existe, porém, vários casos de mulheres que são chefes das famílias sem a existência de um companheiro para ajudar com as finanças, ficando dependentes de ajuda como a “bolsa família” oferecida pelo Estado para suprir a renda.

Como fonte de renda, as mulheres residentes no território do ESF Esperança trabalham em pequenas plantações onde tiram alimento para o sustento ou para vender em feiras da cidade. Ganham pouco pelo trabalho e junto com renda de seu companheiro e bolsas oferecidas pelo governo completam a renda para toda família.

Analisando os dados da ESF, verifica-se que mais de 50% são analfabetas, e as que são alfabetizadas são estudantes adolescentes ou tiveram pouca oportunidade de aprender. Em sua maioria não passaram da quarta série do ensino fundamental que é oferecido por escolas rurais onde moram.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Damos enfoque nas dificuldades encontradas pela equipe de saúde em seguir o protocolo estipulado para efetivação do pré-natal nas unidades básicas do Programa Saúde da Família.

No levantamento das publicações referentes às dificuldades em acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família encontramos onze artigos:

Primo, Bom e Silva (2008), ao escrever sobre atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família, um estudo descritivo quantiqualitativo que buscou analisar a atuação do enfermeiro e descrever as dificuldades encontradas por ele no atendimento à mulher no município de Vitória, Estado do Espírito Santo, identificou-se como dificuldades predominantes: área física inadequada - 49,02%; falta de adesão à assistência e de medicamentos - 27,45%; ausência de educação permanente - 21,57% por cento; e limitações do protocolo municipal de atenção à mulher - 17,65%. Assim diante das atividades propostas no protocolo municipal, os enfermeiros prestam uma assistência efetiva.

Em estudo realizado por Niquini (2010), sobre a avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, realizou-se um estudo transversal em 2008 para avaliar a estrutura e o processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família no Município do Rio de Janeiro, os resultados revelaram uma grande necessidade de assistência nutricional no pré-natal e deficiências na sua estrutura e processo nas unidades de saúde da família, o que aponta para a importância da dimensão correta da equipe mínima, do treinamento desta equipe e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na ampliação da abrangência e da integralidade da assistência pré-natal.

Já no estudo transversal, descritivo, realizado por Nogueira (2008), para avaliação da assistência pré-natal oferecida à população da XIXª R.A., do município do Rio de Janeiro, através da estrutura, do processo e do desfecho da gestação, verificou-se a inadequação da assistência, com a utilização dos indicadores de processo do Ministério da Saúde, tendo como fator relevante à falta de registros.

O Ministério da Saúde preconiza a utilização de instrumentos de registros, tais como: o cartão da gestante, a ficha perinatal, a ficha de cadastramento de gestante e o mapa de registro diário (de consultas). Estes dois últimos destinam-se a alimentar o SISPRENATAL, programa introduzido em 2002 no Município do Rio de Janeiro. Desde então, as Unidades, em sua maioria, deixaram de utilizar o arquivo de controle do Programa de Pré-Natal, que facilitava a detecção e a busca de faltosas / abandonos (BRASIL, 2005).

Isto, aliado ao fato de dificuldade no manuseio do programa para a obtenção dessas informações, pode ser um dos fatores determinantes para não realização de busca das gestantes faltosas. Contudo, isto não retira a responsabilidade das unidades que não deveriam ter abandonado um método sem ter outro totalmente implantado e avaliado, além do que deveriam ter se empenhado na busca das faltosas.

No trabalho realizado por Ribeiro Filho (2004), que teve como objeto a descrição e avaliação da qualidade da atenção pré-natal do Programa Médico da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Manaus, na revisão de prontuários pode-se verificar que a primeira consulta está relativamente bem registrada apresentando, entretanto, problemas em metade dos prontuários, quanto ao registro de solicitação de exames. Já em relação às consultas subseqüentes as anotações, na maioria dos prontuários, apresentaram-se incompletas quanto a resultados de exames laboratoriais, exame clínico, vacinação e prescrições. Somente algumas pacientes tiveram um adequado pré-natal de acordo com o índice de Kessner, tendo predominado o nível intermediário.

O objetivo deste estudo, realizado por Costa *et al* (2009) foi analisar os cuidados primários em saúde prestados às gestantes pelo Programa Saúde da Família (PSF) no município de Teixeira (MG). As dimensões, na síntese, resultaram em um cenário intermediário (52,2%) para o PSF, caracterizado por uma atenção à saúde da gestante fragmentada, mas que possui alguns avanços na organização da atenção para este grupo. Apesar de tais avanços na implantação do PSF, o cenário encontrado revela que o programa ainda apresenta fortes marcas características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica.

Já Oliveira e Ramos (2007), no seu trabalho sobre o grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de saúde da família no município de Vitória, objetivou-se avaliar o grau de satisfação acerca das ações da equipe de saúde no acompanhamento pré-natal. A partir dos dados coletados, pode-se afirmar que existe

deficiência no planejamento das atividades de saúde, em nível grupal. Conclui-se que a maioria das gestantes mostrou-se satisfeita com o atendimento prestado nas Unidades estudadas, havendo uma clara associação dessa satisfação com o bom relacionamento com os membros da equipe e a existência da visita domiciliar como fator importante da qualidade do serviço prestado.

Moura, Rodrigues e Silva, (2005) no seu estudo sobre perfil de gestantes atendidas no Programa Saúde da Família de uma região de saúde do Ceará: subsídio à assistência teve por objetivo identificar e analisar o perfil de 30 gestantes de uma microrregião de saúde do Ceará - Baturité. Demonstrou-se a necessidade das equipes do PSF planejarem suas ações com base no perfil social da clientela, sob pena de obterem pouco impacto nas condições de saúde de mãe e concepto.

Em outro estudo realizado por Benigna, Nascimento e Martins (2004), sobre Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros, em busca de identificar as ações realizadas durante a assistência pré-natal pelos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), em Campina Grande – Paraíba percebeu-se que a capacidade técnica do profissional condiz com as recomendações do Ministério da Saúde, entretanto muitas variáveis que implicam no sucesso da assistência pré-natal fogem da responsabilidade do profissional para encontrar explicações em outros paradigmas, como educação reflexiva, por exemplo, e o investimento em políticas sociais e de saúde.

Moura, Junior e Rodrigues (2003), também apresentam outra análise situacional da atenção pré-natal, agora, oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará. Os resultados revelaram que, apesar da excelente cobertura da população por equipes de PSF, resultando em melhoria de acesso, aumento do número de consultas pré-natais, melhor cobertura vacinal e captação precoce das gestantes, há que se avaliar o impacto dessas ações para a real melhoria na qualidade de vida dessas mulheres; há, também, que se estabelecer um protocolo a ser seguido por médicos e enfermeiros no decorrer da assistência pré-natal, bem como ter garantida a consulta médica nessa ação.

Também, em outro estudo, Moura e Rodrigues (2003), escrevem sobre comunicação e informação em Saúde no pré-natal, tratando-se de pesquisa que teve por objetivo investigar as atividades de comunicação/informação em saúde, implementadas no decorrer da assistência pré-natal, por enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família, Brasil (PSF). Identificou-se ausência de planejamento das atividades grupais, prejudicando sua execução de

maneira sistemática e contínua. Já no âmbito individual, os enfermeiros estão desenvolvendo ações de comunicação/informação como parte da rotina dos cuidados de enfermagem às gestantes, inclusive tendo seus desempenhos reconhecidos no âmbito estadual.

O último trabalho analisado, realizado por Piccini *et al*, (2007) fala comunicação e informação em Saúde no pré-natal e objetivou-se estudar a efetividade do pré-natal e da puericultura em uma amostra de 4078 mães e crianças residentes na área de Unidades Básicas de Saúde (UBS), estratificada segundo a região (Sul e Nordeste) e o modelo de atenção (PSF e Tradicionais), em 41 municípios com mais de 100.000 habitantes. O critério utilizado foi de seis ou mais consultas de pré-natal, e observou-se que a cobertura não ultrapassou um quarto da amostra, sem diferenças significativas por região, mas revelando proporção significativamente maior entre as residentes na área de abrangência das UBS do PSF do Nordeste (26%).

Com a utilização do parâmetro de sete ou mais consultas na gravidez, as UBS atingiram menos de 20% das mulheres estudadas, sem diferir significativamente entre as regiões e mantendo a diferença em favor do PSF do Nordeste. Observou-se uma perda progressiva de efetividade, desde a organização da oferta de ações individuais e coletivas, passando pela capacitação dos profissionais e uso de protocolos, até as coberturas populacionais dos programas.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise das onze pesquisas sobre as dificuldades em acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família, tivemos a oportunidade de verificar seus principais resultados e algumas dificuldades existentes na prática da equipe de saúde da família.

Analisando os textos encontrados identificaram-se como dificuldades predominantes: área física inadequada, falta de adesão à assistência e de medicamentos; ausência de educação permanente e limitações do protocolo municipal de atenção à mulher.

Os resultados revelaram uma grande necessidade de assistência nutricional no pré-natal e deficiências na sua estrutura e processo nas unidades de saúde da família, o que aponta para a importância da dimensão correta da equipe mínima, do treinamento desta equipe e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na ampliação da abrangência e da integralidade da assistência pré-natal. Verificou-se também a inadequação da assistência, com a utilização dos indicadores de processo do Ministério da Saúde, tendo como fator relevante à falta de registros. O MS preconiza a utilização de instrumentos de registros, tais como: o cartão da gestante, a ficha perinatal, a ficha de cadastramento de gestante e o mapa de registro diário (de consultas). Já em relação às consultas subsequentes as anotações, na maioria dos prontuários, apresentaram-se incompletas quanto a resultados de exames laboratoriais, exame clínico, vacinação e prescrições.

O cenário encontrado revela que o programa de pré natal ainda apresenta fortes marcas características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica. A partir dos dados coletados, dois artigos comentam que existe deficiência no planejamento das atividades de saúde, em nível grupal, identificou-se ausência de planejamento das atividades grupais, prejudicando sua execução de maneira sistemática e contínua.

A análise das pesquisas encontradas nos permite verificar que a prática inadequada das equipes do PSF planejem suas ações com base no perfil social da clientela, sob pena de obterem pouco impacto nas condições de saúde de mãe e concepto. Entretanto muitas variáveis que implicam no sucesso da assistência pré-natal fogem da responsabilidade do profissional para encontrar explicações em outros paradigmas, como educação reflexiva, por

exemplo, e o investimento em políticas sociais e de saúde, resultando em melhoria de acesso, aumento do número de consultas pré-natais, melhor cobertura vacinal e captação precoce das gestantes, há que se avaliar o impacto dessas ações para a real melhoria na qualidade de vida dessas mulheres; há, também, que se estabelecer um protocolo a ser seguido por médicos e enfermeiros no decorrer da assistência pré-natal, bem como ser garantida a consulta médica nessa ação.

Os resultados que encontramos neste estudo nos permitiu sugerir a necessidade o valor das atividades educativas e do treinamento profissional periodicamente constitui a linha mestra para a formação de uma equipe de saúde, crítica e consciente do seu papel acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família. Sendo assim, necessário se faz intensificar as pesquisas assim como as atividades educativas que promovam a reflexão, atualização e a mudança de comportamento, com vistas à qualidade do desempenho dos profissionais de saúde.

Se no planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem forem observadas as condições de risco conhecidas, as características do serviço e tratamento, as medidas de prevenção e controle estabelecidas em protocolos de confiabilidade comprovada, adicionada à adoção de educação continuada permanente para viabilizar a necessária atualização do conhecimento, sem dúvida, a qualidade da assistência estará garantida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos trás conhecimento dos problemas atuais encontrados pelas equipes de saúde da família quando se trata de acompanhamento de gestantes no contexto populacional.

Recomendamos assim a necessidade de conscientização de toda equipe de saúde; que todos trabalhem com os mesmos objetivos, porque medidas isoladas nem sempre contribuem para a solução do problema. Os profissionais, por sua vez, precisam buscar novos conhecimentos, habilidades e atitudes na área, fazendo com que, cada vez mais, seu trabalho seja valorizado, e ao mesmo tempo, indispensável dentro das instituições prestadoras de assistência à saúde.

A dificuldade de se cadastrar e acompanhar gestante podem ser compreendidos por uma possível dificuldade de acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS), falta de orientação sobre sua necessidade e importância para uma gestação saudável, aumentado pelo não planejamento familiar e gravidez indesejada. Por conseguinte se origina uma ineficiência da notificação e acompanhamento dessas gestantes, gerando complicações na gestação, parto e pós-parto, desnutrição da gestante, existência de partos domiciliares sem respaldo, e não acompanhamento do recém nascido.

Com base nesses dados, e na observação do cotidiano das Equipes do Município de Pedra Azul, pode-se dizer que os direitos sexuais e reprodutivos da população não são respeitados por existir uma falha em manter a continuidade dos métodos contraceptivos escolhidos pelos usuários. Também no caso do ESF Esperança, como se trata de uma área rural extensa, há dificuldade de acesso a UBS, fragilizando o processo de acompanhamento dos usuários.

Concluindo podemos dizer que é de essencial importância a produção de protocolos que garantam: ações de planejamento familiar, atenção pré-natal, integralidade da atenção da equipe de saúde ressaltando a responsabilidade da equipe em manter as famílias devidamente acompanhadas pela Estratégia.

Para seguir devidamente o protocolo apresentado, seria necessária maior acessibilidade das gestantes a Unidade Básica de Saúde, tanto quanto a possibilidade de maior número de visitas domiciliares. Porém é de grande valia, pois padroniza ações e as aperfeiçoam efetivando o pré-natal, fazendo-se entender normas e rotinas necessárias para o devido atendimento.

Para tanto, é preciso rever a organização do trabalho na equipe e consolidar uma proposta para "ampliar o acesso à rede de atenção básica de saúde que, por conseguinte, deverá criar espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios casais", pois o grande investimento a ser feito é o desenvolvimento de ações voltadas para esta parcela da população, e assim estaremos contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida de nossas famílias e conseqüentemente modificando o perfil de saúde dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G. do; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare enferm**, v. 9: pag.23-31, jul./dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 11.634**. Brasília, DF: Senado, 27 de Dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2008.

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

CORDEIRO, Alexander Magno, *et al.* Revisão sistemática : Uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**[periódico na Internet] 2007; 34(6). Disponível em URL: [http:// www.scielo.br/rcbc](http://www.scielo.br/rcbc).

COSTA, G. D. da; *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1. set./out. 2009.

FILHO, B. R. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Universidade Federal do Amazonas, jun. 2004.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. da. Perfil de gestantes atendidas no Programa Saúde da Família de uma região de saúde do Ceará: subsídio à assistência. **Rev. REME**. v. 6, n.1: p. 62-68, jan./abr. 2005.

MOURA, E. R. F.; JUNIOR, F. O.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, no.6, nov./dec. 2003.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface**, Botucatu, vol.7 no.13, ago. 2003.

NIQUINI, R. P. **Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de**

saúde da família do município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

NOGUEIRA, C. L. M. T. **Avaliação da Assistência Pré-Natal na Xix^a R.A. do Município Do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, junho de 2008.

OLIVEIRA, C. B. O.; RAMOS, M. C., O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de saúde da família no município de Vitória. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2: p. 241 – 256. 2007.

PICCINI, R. X.; *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, vol.7, n.1, Jan./Mar. 2007.

PRIMO, C. C.; Bom, M.; SILVA, P. C. da. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família / Nurses' Performance of Women's Care in the Family Health Program. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.1: p. 76-82, jan./mar. 2008.
