

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

CRISTIANE APARECIDA MENDES

**IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE SÃO ANTÔNIO O MUNICÍPIO DE SANTOS
DUMONT – MINAS GERAIS**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS
2014

CRISTIANE APARECIDA MENDES

**IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE SÃO ANTÔNIO O MUNICÍPIO DE SANTOS
DUMONT – MINAS GERAIS**

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: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS
2014**

CRISTIANE APARECIDA MENDES

**IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE SÃO ANTÔNIO O MUNICÍPIO DE
SANTOSDUMONT – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo horizonte, em 14 /02/ 2014

Dedico este trabalho aos meus pais, meu irmão
e toda minha família, que me apoiaram durante
a realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor e dom da vida.

A atenciosa orientadora profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pela paciência, generosidade e excelência na realização deste trabalho.

Aos meus pais, irmão, familiares e amigos pela presença constante nessa jornada.

Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Após entrar em consenso com toda a equipe, percebemos que dentre os problemas da comunidade, o de maior prioridade é a não adesão das gestantes ao pré-natal, o qual definimos como o verdadeiro nó crítico em nossa unidade básica de saúde. Fui informada e após me inteirar com profissionais da cidade é que existe um fator cultural, em Santos Dumont, o fato de que as mulheres não têm o costume de realizar o pré-natal na atenção básica, pois o fazem junto a especialista no hospital. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de implantar as atividades do pré-natal de baixo risco e de puericultura na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da cidade de Santos Dumont, Minas Gerais. Para tanto foi feita uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde sobre o tema e ainda nos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Minas Gerais. A literatura consultada reafirma a questão da busca e valorização do especialista, mas que é possível fazer o pré-natal de baixo risco na Unidade Básica de Saúde como também fazer o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança. Concluiu-se que o projeto de intervenção será uma importante ferramenta para organizar o processo de trabalho da equipe da atenção básica e ainda atender melhorar as gestantes e a crianças da nossa área de abrangência.

Palavras chave: Pré-natal. Estratégia saúde da família. Saúde da mulher.

ABSTRACT

After entering into an agreement with my team, we realized that among the issues about the community's highest priority is that pregnant women do not participate to prenatal, which we define as the true critical node in our basic health unit . What I have been informed and further acquaint myself with professionals of the city is that there is a cultural factor in Santos Dumont , women do not have the habit of performing prenatal care in primary care , they do so with the hospital specialist . The aim of this study was to develop a proposal for intervention in order to implement the activities of prenatal low risk and childcare in the Basic Health Unit St. Anthony of Santos Dumont, Minas Gerais. To do a literature review on the Virtual Health Library on the topic and even the manuals for the Ministry of Health and the Secretary of State of Minas Gerais was taken. The literature confirms the issue of search and recovery specialist , but what you can do prenatal low risk in Basic Health Unit as well as to monitor the growth and development of children . It was concluded that the intervention project will be an important tool to organize the work of the primary care team to improve and still meet pregnant women and children in our coverage area.

Keywords: Prenatal. Strategy family health. Women's health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVO	14
4	METODOLOGIA	15
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERENCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O município de Santos Dumont localiza-se na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais e dista, aproximadamente, 207 Km da capital do Estado. Antigamente o município chamava-se Palmira, mas recebeu o nome de Santos Dumont porque o inventor do avião Alberto Santos Dumont nasceu na cidade e para homenageá-lo foi portanto, mudado o nome do município.

A principal atividade econômica do município é a pecuária. Existem 30 mil cabeças de gado e a produção de leite atinge 15 milhões de litros anualmente. Santos Dumont também possui algumas indústrias, tais como: a Companhia Brasileira de Carbureto de Cálcio que atua na fabricação de ferro silício e silício metálico, exportando para vários países. Possui também indústrias de laticínio, moveleira, de artefatos de ferro, de impressões gráficas, torrefação de café e de vassouras, entre outras.

A cidade tem um potencial para o desenvolvimento turístico que vem sendo atraído pela Fazenda Cabangu, onde morou Alberto Santos Dumont, pai da aviação. Além disso, possui belas cachoeiras, uma reserva ecológica e o Horto Florestal que vem sendo os atrativos para o turismo local.

Santos Dumont possui 46.284 habitantes com uma densidade demográfica de 72,62KM². A taxa de urbanização é de 89,29%. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 4,7%. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,766 e a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) está em torno de 80,0%, de acordo com o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O município conta com os seguintes equipamentos de saúde:

dois Hospitais (Santa Casa de Misericórdia e Hospital Samaritano);

11 equipes de saúde da família com equipes de saúde bucal;

um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

Programas municipais de DST/AIDS, PETI, CRAS, CREAS, entre outros.

Conta com vários serviços de apoio diagnóstico, como Laboratórios de Análises Clínicas, Serviços de imagens e ainda uma rede de Clínicas e Consultórios médicos privados que prestam serviços à gestão municipal e também individualmente a população.

A cobertura da população com as ações das equipes de saúde da família é de aproximadamente, 71,0% e conta com 68 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuando nas com unidades cobertas pelas equipes.

Apesar da atuação das equipes de saúde da família, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ainda fazem grande parte do atendimento voltado para demanda espontânea. Há resistência da população para realizar algumas atividades de promoção e de acompanhamento longitudinal nas UBS porque o município oferta várias atividades que poderiam ser realizadas na atenção básica, nos ambulatórios dos hospitais. Neste sentido, verifica-se a importância de buscar estratégias de organização da atenção à saúde na rede básica de saúde e dentro as ações que atualmente vem merecendo a atenção das equipes de saúde é a implantação da assistência pré-natal e de puericultura para gerar uma mudança no modelo assistencial, retirando as gestantes e crianças dos serviços ambulatoriais especializados.

Para tanto, este estudo apresenta uma proposta de organização da oferta das ações de pré-natal e de puericultura na atenção básica de saúde, em especial para serem realizadas pela equipe de saúde da UBS Santo Antônio.

2 JUSTIFICATIVA

A assistência pré-natal de baixo risco é uma atividade que deve ser realizada na atenção primária à saúde conforme determinam as orientações contidas as normas emanadas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Quando realizei o diagnóstico situacional do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio onde estou atuando, muitos problemas de saúde foram identificados, e também foram mencionados aqueles relacionados à gestão e infraestrutura da UBS, mas ao priorizá-los foram destacados os seguintes:

- Resistência das gestantes à adesão a atividades assistenciais e de grupo realizadas na UBS;
- Resistência das mães para trazerem seus filhos para as atividades de puericultura;
- Conflitos dos usuários de drogas com os seus familiares;
- Insatisfação dos Agentes Comunitários de Saúde com os gestores;
- A infraestrutura da UBS inadequada.

Esses problemas foram avaliados pela equipe de saúde da UBS e após discussões foi consenso que dentre os problemas listados, os mais relevantes para serem trabalhados no momento foram a não adesão ao pré-natal e ao grupo de puericultura. Foram, portanto, priorizado como os principais “nós críticos” da nossa UBS. A equipe também não descarta a relevância dos demais problemas identificados, no entanto elegeu a assistência ao pré-natal de baixo risco e a implantação da puericultura como as atividades a serem iniciadas de imediato na UBS para trazer as gestantes e as crianças para serem assistidas pela equipe de saúde da família.

Fui informada e após me inteirar com profissionais de saúde da cidade que existe um fator cultural, em Santos Dumont, isto é, as mulheres não têm o costume de realizar o pré-natal na atenção básica, pois o fazem junto ao

especialista no hospital, fato que sobrecarrega esse serviço, uma vez haver apenas um especialista para atender a demanda da cidade. As gestantes acreditam que devem ter o parto com o profissional que as acompanhou e acham que se fizerem pré-natal na UBS não poderão ter o parto com outro médico. Este entendimento das gestantes tem gerado muitos problemas ao município, pois a maioria dos obstetras vem de Juiz de Fora e os partos estavam sendo realizados naquela cidade. Esta situação era muito prejudicial ao município de Santos Dumont que realizava o pré-natal, mas não recebia os recursos financeiros porque não realizava os partos. A maternidade do município chegou a ser fechada.

.A situação é tão preocupante que nessa nova gestão municipal será realizada uma capacitação com os médicos da atenção básica, para que o pré-natal possa ser realizado nas UBS e, assim, possa contribuir para desafogar o especialista. Tal situação despertou meu interesse e decidi fazer o meu projeto de intervenção, com o foco na implantação do pré-natal e da puericultura UBS São Antônio onde atuo.

O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médico generalista tem condições plenas de ser realizado na UBS Santo Antônio, pois há condições estruturais e equipamentos mínimos necessários a realização desta atividade.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de implantar as atividades do pré-natal de baixo risco e de puericultura na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da cidade de Santos Dumont, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre a importância da realização do pré-natal de baixo risco na atenção primária à saúde.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde e em especial nos periódicos indexados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS) e o idioma selecionado foi o português.

Foram também pesquisados os manuais do Ministério da saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Para a busca utilizou-se os seguintes descritores:

Pré-natal.

Estratégia saúde da família.

Saúde da mulher.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011c)

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal (BRASIL, 2011c).

As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST,

câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011c).

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012a).

Alguns estudos apresentaram comparações entre desfechos no acompanhamento do pré-natal de médicos generalistas e gineco-obstetras. Uma revisão sistemática desenvolvida pelo grupo Cochrane Database (VILLAR; KHAN-NEELOFUR, 2003) estudou o acompanhamento de 3.041 gestantes e nenhuma diferença estatística foi encontrada nos desfechos de trabalho de parto prematuro, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal. Contudo, ao se comparar o grupo acompanhado por médicos generalistas e parteiras, constatou-se que houve uma redução significativa de doença hipertensiva específica na gestação (DHEG) para o primeiro grupo. Não houve diferença de satisfação dos usuários nos diferentes grupos (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto na grande maioria das mulheres destinadas a esta experiência- hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto. Mas certas intervenções durante a gravidez poderão, certamente, alterar a favorecer o prognóstico materno.

Para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a OMS recomenda: investigar o risco obstétrico; realizar exame clínico e obstétrico, com especial atenção à presença de anemia e avaliação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíaco - fetais; aferir os níveis pressóricos; reforçar e estimular a

suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais os locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas de pré-natal. Além destes procedimentos, acrescenta na primeira consulta o exame ginecológico completo, o cálculo da relação peso/altura, a solicitação de exames laboratoriais básicos, como dosagem de hemoglobina (Hb), sorológico para sífilis/DST, urinálise e tipagem sanguínea (ABO e Rh) e a primeira dose da vacina antitetânica (CALDERON, 2006).

O Ministério da Saúde propõe uma política de humanização ao pré-natal, parto e puerpério com a finalidade de orientar uma assistência no qual a principal estratégia seja assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

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 ao serviço de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Para de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessária uma mudança de atitude que, de foro íntimo, depende de cada um, ou seja, do profissional e da mulher. Entretanto, algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis, a saber: estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a grávida é condutora do processo e que a gravidez não é doença e, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional (BRASIL, 2000).

Dessa forma, humanizar é o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas, as que se fazem urgentes e necessárias

em todos os aspectos: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade (DAVIM; BEZERRA, 2002).

A atenção à gestante é uma das atividades que os serviços públicos de saúde mais realizam. No entanto, na grande maioria dos serviços, essa atenção ampliou, mas não melhorou no conteúdo e na qualidade das consultas (SERRUYA; CECATI e LAGO, 2004).

Nesse estudo, os autores apresentam o resultado da análise da qualidade da assistência prestada a gestante a partir da implantação do Programa de Humanização do Pré-natal, parto e Nascimento em alguns estados brasileiros. As mulheres de um modo geral apresentavam-se satisfeitas, mas mostravam-se insatisfeitas com o espaçamento das consultas e a forma como os profissionais se relacionam com elas e ainda com a falta de informações sobre alguns assuntos importantes, como por exemplo, a nutrição e o autocuidado.

Com o intuito de garantir a assistência e a humanização do atendimento às gestantes, o Ministério da Saúde lançou recentemente o programa Rede Cegonha, onde visa garantir à gestante e ao recém-nascido os seguintes benefícios: o acesso, pelo transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, o vínculo da gestante a uma unidade de referência, garantindo, assim, um trabalho de parto seguro, através de boas práticas de atenção, com direito a escolha do acompanhante pela gestante e acesso ao planejamento reprodutivo. O principal objetivo desse programa é garantir a todas as gestantes o acesso, acolhimento e resolutividade, garantindo a redução da mortalidade materna e neonatal, mediante (BRASIL, 2011a):

- Ampliação de exames e retorno dos resultados em tempo hábil.
- Visitas ao local onde ocorrerá o parto, com vagas sempre disponíveis.
- Escolha do acompanhante pela gestante.
- Adoção de boas práticas com estímulo ao parto normal.
- Promoção do aleitamento materno.
- Garantia do acompanhamento na atenção básica da mãe e da criança e na atenção especializada para os de maior risco.

- Imunização para ambos, conforme calendário vacinal vigente, com busca ativa de faltosos.

Ressalta-se que, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011b), é da responsabilidade da atenção básica realizar o pré-natal de baixo risco e de todas as ações de acompanhamento do controle do crescimento e do desenvolvimento da criança. Portanto, é de fundamental importância que o município promova a capacitação dos profissionais das equipes de saúde para que os mesmos se sintam capazes para fazer esses atendimentos.

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, seis com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do

líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada (BRASIL, 2012b).

A proposta é tornar a unidade básica um local acolhedor, como preconizado por projetos do governo em que um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para a mulher e o RN vai proporcionar a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença, quando houver. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados e as condições do estado de saúde da mãe e seu filho; permite dialogar, expressar e elaborar sentimentos. É importante que o profissional que trabalha na maternidade ou na equipe de saúde da família internalize estes conceitos de forma sistematizada e cotidiana.

Espera-se profissionais mais satisfeitos e integrados, uma redução de conflitos, um baixo índice de infecções, diminuição do tempo de internação e uma economia em medicamentos, impactando positivamente a atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Para Gonçalves *et al.* (2008), em estudo realizado sobre a efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da família em um município da grande São Paulo, deve-se destacar as especificidades do modelo de assistência preconizado pelo PSF, no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos mesmos profissionais a cada oportunidade de contato do usuário com o

serviço de saúde. Esta característica proporciona, no caso das gestantes, a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir do diagnóstico situacional realizado no Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) e da seleção dos problemas mais relevantes, inicia-se algumas atividades para subsidiar a elaboração da proposta de intervenção. Foram as seguintes atividades realizadas:

- Reunião com a equipe para consenso das atividades a serem realizadas;
- Identificação por intermédio das ACS das gestantes e das crianças menores de 5 anos existentes no território de abrangência da UBS São Antônio e comparar com os dados existentes e com o banco de dados do SISPRENATAL e do PNI do município;
- Adequação da agenda de atendimento para reserva de horários para consulta médica e de enfermagem às gestantes e ainda para a realização de grupos com as gestantes e mães das crianças que irão participar das atividades de puericultura

A partir deste levantamento elaborou-se a proposta de intervenção com a definição de responsabilidades pelos diferentes membros da equipe de saúde.

Quadro 1 – Proposta de intervenção

Agente Comunitário de Saúde	<p>Identificação das gestantes nas micro áreas;</p> <p>Preenchimento de fichas de cadastros;</p> <p>Divulgação para população sobre realização do pré-natal na unidade;</p> <p>Acolhimento;</p> <p>Participação nos grupos de gestantes e mães para as atividades de puericultura.</p>
Enfermeiro	<p>Acolhimento;</p> <p>Consulta de enfermagem a gestante e a criança de acordo com o protocolo do serviço;</p> <p>Solicitação de exames;</p> <p>Organização dos grupos de gestantes e mães para as atividades de puericultura com as respectivas agendas dos encontros, de comum acordo com os membros da equipe de saúde.</p>
Médico	<p>Acolhimento;</p> <p>Participação nas atividades dos grupos.</p> <p>Consultas a gestante e a criança de acordo com o protocolo do serviço;</p> <p>Solicitação de exames;</p> <p>Encaminhamentos</p>
Técnico de enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem	<p>Acolhimento;</p> <p>Agendamento de consultas de pré-natal;</p> <p>Participação nas atividades dos grupos;</p> <p>Fazer a pesagem, aferição da pressão arterial, quando solicitada</p>

O acompanhamento das gestantes de baixo risco deve ser realizado na unidade, assim após agendamento, numa primeira consulta é realizada anamnese detalhada, pesagem, aferição dos sinais vitais, são solicitados os primeiros exames de rotina do pré-natal. Caso perceba que se trata de uma

paciente que necessite de acompanhamento do especialista, o encaminhamento é feito imediatamente e as consultas rapidamente são agendadas. As gestantes obesas, com história de abortos anteriores, em extremos de idade, são consideradas de risco e já são encaminhadas prontamente para o especialista.

Mesmo com as gestantes de risco acompanhadas pelo especialista, a responsabilidade da equipe continua porque essas gestantes residem no território sob a nossa responsabilidade e ainda as ações de prevenção como imunização são feitas na UBS.

Temas importantes são tratados em algumas reuniões programadas tais como: alimentação, ganho de peso na gestação, doenças da gestação, aleitamento materno entre outras. O foco principal dessas reuniões foi mostrar as mães que essa medicina educativa pode ser realizada na unidade sem a necessidade do especialista e aos poucos ganhar a confiança dessas pacientes.

Após o nascimento, os bebês seguem no grupo da puericultura, onde mensalmente é feito acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. As experiências têm sido muito gratificantes, pois é muito interessante acompanhar toda a gestação e depois cuidar do bebê e perceber como as mães criam verdadeiros laços com a unidade.

Esta proposta está sendo implantada gradativamente e já está havendo um aumento significativo de gestantes quem buscam fazer o pré-natal. Atualmente já se atende por meio de agenda programada e estamos na fase de busca ativa das gestantes e crianças.

Já foram iniciadas as atividades de grupo que ainda está incipiente, mas já é um avanço na mudança de modelo que até então, todos os problemas eram resolvidos pelo especialista.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada reforça a importância da realização do pré-natal de baixo risco na atenção básica e a necessidade da rede de atenção a saúde ter pontos claros de atenção a saúde da mulher em situação de risco. Da mesma forma, destacam que o acompanhamento do controle do crescimento e do desenvolvimento da criança deve ser feitos na atenção básica.

Espera-se que as usuárias percebam e adotem a unidade básica como seu ponto de referência, e que lá procurem apoio, acolhimento, façam os primeiros exames, as consultas, e que desafoguem os ambulatórios de pediatria, de ginecologia e obstetrícia do município.

Na revisão bibliográfica, o mais significativo foi observar que nas áreas em que se tem uma equipe integrada, considerando a mulher como um todo, focando no aspecto biopsicossocial, consegue-se uma excelente adesão das gestantes e conseqüentemente gera-se impacto nos índices de mortalidade e aumento da qualidade de vida da população.

O resultado esperado é o aumento das consultas pré-natal, a conscientização das usuárias da importância e do papel da estratégia de saúde da família no contexto da promoção da saúde e da prevenção de agravos e ainda que a responsabilidade deve ser compartilhada em todos os espaços sociais da comunidade, em especial a do serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada/manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 160p.

BRASIL, Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **DOU**. Brasília, DF, 24 jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n.2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **DOU** de 22 de out. de 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI J. G.; VEJA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna . **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 28, n. 5, p.310-5, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L.G.M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto MIDWIFERY: um relato de experiência. **Revista Latino Am. Enferm.** São Paulo, v.10, n.5, p. 727-732, set./out. 2002.

GONÇALVES, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.3, p. 349-353, maio/jun. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br>> Acesso em: dezembro de 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno Saúde Publ.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1281-1289, set./out. 2004.

VILLAR, J.; KHAN-NEELOFUR, D. Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2003.