

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**THATIANA MALTA GOMES**

**BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS**

**2011**

**THATIANA MALTA GOMES**

**QUALIDADE DO PRÉ NATAL NA ESTRATÉGIASAÚDE DA FAMÍLIA: uma  
proposta de intervenção**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2011**

**THATIANA MALTA GOMES**

**QUALIDADE DO PRÉ NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma  
proposta de intervenção**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agradeço aos usuários da equipe 2 do Centro de Saúde Lajedo, em particular, às mulheres, gestantes que proporcionam a aprendizagem para que eu possa ser uma mulher, mãe e uma profissional melhor. A minha orientadora, pelo incentivo e por acreditar no meu potencial.

Dedico a minha família: meu tesouro, meu alicerce...

*O homem crítico, reflexivo em sua essência, quando cuida de si e do outro de modo autêntico, propicia crescimento e liberdade para a escolha das possibilidades de vir a ser.*

Leonardo Boff

## RESUMO

O pré-natal é um cuidado consolidado, que evoluiu da consulta perinatal para uma assistência integral e humanizada. Porém os indicadores, como as altas taxas de mortalidade materna e perinatal, evidenciam a má qualidade da assistência, centrada em procedimentos técnicos e em uma relação interpessoal assimétrica, descaracterizando a autonomia, o direito do usuário, tratado como objeto e não como sujeito. Este trabalho teve como objetivos analisar a assistência pré-natal ofertada pelas equipes de saúde da família a partir da revisão bibliográfica e propor, de acordo com as evidências científicas, mudanças nas rotinas de atendimento às mulheres no pré-natal. Foi feita uma revisão de literatura sobre a qualidade da assistência do pré-natal na Estratégia Saúde da Família e uma proposta de intervenção na rotina de assistência de uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, MG. Os achados na literatura consultada mostram que houve um progresso no acesso a gestante ao serviço de saúde, aumento no número de consultas e a existência de uma política nacional para melhorar a qualidade da atenção pré-natal. Destaca-se que o município de Belo Horizonte tem protocolo de assistência à gestante implantado nas Unidades Assistenciais. Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante foi elaborada uma proposta de intervenção nas rotinas da assistência às gestantes nas equipes de Saúde da Família de uma unidade básica de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte - MG.

Descritores: Cuidado Pré-natal. Saúde da Família. Atenção Básica em Saúde.

## **ABSTRACT**

The prenatal care is a consolidated action, which evolved from perinatal query to integral and humanized assistance. However, indicators such as high rates of maternal and perinatal mortality highlight the poor quality of care focused on technical procedures and asymmetric interpersonal relationship, without value the autonomy and the right of the user, such as subject and not an object. This work had the objectives of analyze the prenatal assistance offered by family health teams, from the literature review. It proposes, in accordance with the scientific evidence, changes in service routines to women in prenatal. A review of the literature was done about the quality of prenatal assistance in Family Health Strategy and a proposal for intervention in the care routine of a basic health unit at the Health District North of Belo Horizonte, MG, is carried out. The literature consulted show that there has been progress in pregnant access to the health service, increase in the number of consultations and the existence of a national policy to improve the quality of prenatal care. It is noteworthy that the city of Belo Horizonte has Maternal Assistance Protocol. Considering the need to improve the quality of care provided to pregnant it was elaborated a proposal for intervention in the routines of assistance to pregnant women in the Family Health Teams

Key words: Prenatal care. Health Family. Primary Health Care.



## SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	16
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	17
5. REVISÃO DA LITERATURA	18
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31

## 1 INTRODUÇÃO

Atuo na atenção básica à saúde desde 1999 e atualmente integro uma equipe de saúde da família na Unidade Básica de Saúde (UBS) Lajedo, Distrito Sanitário Norte, em Belo Horizonte. Nesta Unidade trabalham quatro equipes, que atendem a uma população de 12.000 habitantes. Essa situação nos leva a ter contato com um contingente expressivo de usuários. Sempre procurei aprimorar os meus conhecimentos para dar um retorno mais adequado possível às famílias pelas quais a minha equipe é responsável. Na busca de um aprimoramento, em 2010 participei do processo seletivo para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e fui selecionada. O curso é desenvolvido a distância com o acompanhamento de uma tutoria que para mim foi uma experiência nova e bastante enriquecedora pelo fato do aluno ser o condutor do seu processo de aprendizagem. As quatro primeiras disciplinas do curso foram instrumentalizadoras para a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Quando realizei a disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) que tive a oportunidade de trabalhar os dados para a elaboração do diagnóstico situacional da área de abrangência da minha UBS muitos problemas de saúde foram identificados como prioritários, mas somente quando cursei a disciplina saúde da mulher (COELHO e PORTO, 2009) fiz a escolha do tema para fazer o meu Trabalho de Conclusão do Curso (TCC).

Considerando que sou especialista em enfermagem obstétrica, saúde da mulher sempre foi um tema de meu interesse no serviço de saúde. Em 2008, após vivermos um momento de grande rotatividade de médicos e enfermeiros e mudança de gerência, percebi que cada equipe tinha critérios diferentes para o atendimento à gestante, embora seguissem o protocolo assistencial da Prefeitura de Belo Horizonte, precisaríamos padronizar ações para prestar uma assistência de qualidade. Com o apoio da gerente da UBS e da ginecologista, criamos uma rotina de atendimento às mulheres no pré-natal. Foi discutida com toda a equipe da unidade e implantada. Houve melhora quanto à captação precoce das gestantes, controle do número de consultas realizadas e um entrosamento entre as equipes e a ginecologista, permitindo uma assistência mais qualificada. Porém, no final de 2010, houve troca de três enfermeiras que eram contratadas, entrei de licença

maternidade e fui substituída. Quando retornei em abril de 2011, eu, a ginecologista e a gerente da UBS perceberam que algumas condutas não estavam de acordo com o que tinha sido determinado e que seria necessário discutir as rotinas e firmar os compromissos. Diante disso, vejo que ainda é necessário melhorar a qualidade desse atendimento para que a equipe de saúde da família possa ofertar uma atenção digna às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

Para tanto, este trabalho busca trazer, a partir de estudos já realizados, alternativas para melhor qualificação da atenção pré-natal prestada na UBS onde trabalho e dentro do possível implantar uma proposta de intervenção na assistência desse grupo de usuárias.

## 2 JUSTIFICATIVA

A assistência pré-natal tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

Os cuidados prestados pelos profissionais do serviço de saúde na assistência ao pré-natal são muito antigos, porém até a década de 80 era voltado para o ensinamento da assistência infantil, para a puericultura com a finalidade de, durante a gestação, já iniciar as orientações para reduzir a mortalidade infantil. Em 1983, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), amparado pelo movimento feminista e de profissionais de saúde, concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, durante seu ciclo vital, não apenas as questões de concepção e contracepção. A atenção era voltada a todos os aspectos de saúde, incluindo atenção ginecológica, prevenção de câncer, atenção pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, diagnóstico e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis, doenças ocupacionais e mentais (BRASIL, 1984).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (SERRUYA; CECATTI e LAGO, 2004; ALVES, 2005).

A implantação do SUS trouxe princípios e diretrizes para contribuir na reordenação do modelo assistencial. Os avanços na implantação do SUS foram enormes em todo território nacional, no entanto reconhece-se que ainda precisa avançar na qualidade. A integralidade vem exigindo mudanças na postura de profissionais e gestores e alterações profundas nas suas relações com os usuários, o que ainda se constitui em um grande desafio.

A partir do século XX, com as lutas do movimento das mulheres, tornaram-se, portanto sujeitas e detentoras de direitos e deveres. A implantação do PAISM foi distinta em todo o país em função dos diferentes graus de compromisso político dos

governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde (SERRUYA; CECATTI e LAGO, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) por meio da portaria nº 569, publicada em 1º de junho de 2000 com o objetivo declarado de 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 visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (COUTINHO *et al.*, 2003).

A principal estratégia do PHPN é garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de atenção ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e assistência ao recém-nascido. Tendo como princípio que humanizar é receber a mulher e sua família com dignidade, em um ambiente acolhedor e adotar procedimentos sabidamente benéficos, evitando medidas intervencionistas usadas rotineiramente, sem evidências científicas (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004).

De acordo com os dez princípios de cuidados na gestação e parto normais da Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendam-se: não ser medicalizado (utilizar o mínimo de intervenções), ser baseado no uso de tecnologia apropriada, uma vez que procedimentos simples podem ser suficientes ou superiores às tecnologias sofisticadas. Recomendam ainda ser embasado em evidência científica, ter sistema de referencia para atenção às demandas de diferentes complexidades. Preconiza atuação multidisciplinar e multiprofissional, visando à assistência integral, centrada na família, focando as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente o cuidado biológico. Destaca a importância da tomada de decisão compartilhada, respeito à privacidade, a dignidade e confidencialidade das mulheres. (BRASIL, 2005).

O PHPN preconiza para a melhoria da assistência, facilitar o acesso da gestante à UBS, garantindo a captação precoce, com a realização da primeira consulta até 120 dias de gestação, a solicitação de exames de rotina, ter o mínimo de seis consultas sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação e de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento. (BRASIL, 2000).

Além disso, é dever dos estados e municípios garantirem, por meio das UBS, os procedimentos e atividades indispensáveis à assistência pré-natal, a saber:

- Escuta ativa da mulher e seus acompanhantes, com esclarecimento de dúvidas sobre consultas e condutas a serem adotadas.
- Atividades educativas individuais ou em grupo.
- Estímulo ao parto normal e resgate do parto como evento fisiológico.
- Anamnese e exame clínico-obstétrico.
- Exames laboratoriais.
- Avaliação do estado nutricional, bem como prevenção e tratamento de seus distúrbios.
- Imunização.
- Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo uterino.
- Classificação de risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes.
- Garantia de vínculo e atendimento à gestante com problemas ou comorbidades nos serviços de referência.
- Registro de prontuário e cartão da gestante. (BRASIL, 2005, p. 10).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), nas edições de 1996 e 2006 mostraram mudanças significativas decorrentes da nova política de assistência à saúde materna. Em relação às mulheres que não realizaram consulta de pré-natal, houve redução na percentagem passando de 26,0% para 1,3%. Houve aumento na realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, passando de 66,0% para 77,0% das gestações. Aumentou o número de gestantes que realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre, de 66,0% para 83,0% das gravidezes, assim como a adesão ao cartão pré-natal, pois em 1996, apenas 51,0% das gestantes portavam o cartão, e em 2006 esse percentual chegou a 94,5%. A aferição da pressão arterial e peso, em pelo menos uma consulta durante a gestação foi realizada em mais de 98,0% das gravidezes. Os exames de sangue foram realizados em 91,3% das gestações e o de urina em 86,3%. A gestante foi informada sobre a maternidade de referência em 61,8% das gestações (BRASIL, 2009).

Os avanços conseguidos ainda não foram suficientes para mudar a qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal. Conforme o Painel Panorâmico de Indicadores do SUS, 2007, as mulheres negras, adolescentes e com baixa escolaridade tiveram menos consultas de pré-natal comparadas às mulheres com mais escolaridade e nível sócio econômico. Outro dado importante foi em

relação à cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) na atenção primária à saúde, pois gestantes que residiam em municípios com cobertura de mais de 90% tiveram número maior de consultas de pré-natal (BRASIL, 2007).

Embora, os dados mostrem melhora na captação precoce das gestantes e aumento da cobertura do pré-natal, ainda ocorre alta incidência de sífilis congênita, síndromes hipertensivas como primeira causa de morte materna e a expressiva mortalidade por causas perinatais no primeiro ano de vida, o que evidencia uma assistência de baixa qualidade.

A mortalidade materna, evitável em torno de 90,0% dos casos, ocorre principalmente nos países em desenvolvimento e constitui uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres. No Brasil, em 2006, a razão de mortalidade materna obtida a partir de óbitos declarados foi de 55 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a razão de mortalidade materna corrigida foi de 77 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos. As mortes maternas por causas obstétricas diretas corresponderam aproximadamente a dois terços desses óbitos, evidenciando a baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento reprodutivo. Os dados revelaram que a assistência à puérpera não é consolidada na UBS, sendo o olhar mais direcionado ao recém-nascido. A análise por grupos de causas demonstra que a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte materna (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Seguindo o calendário básico proposto pelo MS (BRASIL, 2005), na primeira consulta é imprescindível a anamnese criteriosa, com abordagem de aspectos pessoais, familiares, ginecológicos, obstétricos e epidemiológicos. Além de exame físico e gineco-obstétrico. A avaliação de risco deve ser realizada em todas as consultas.

No Protocolo de Pré-natal e Puerpério da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2009), consta, ainda, a coleta de material para citologia oncótica cervical, de acordo com o Protocolo do INCA, encaminhamento para avaliação odontológica, sala de vacinas e educação para saúde, prescrição de ácido fólico até 12 semanas, solicitação de ultrassonografia e exames laboratoriais.

Os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta são: hemograma, grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia em jejum, sorologia para sífilis, para toxoplasmose e anti-HIV, urocultura e urina rotina. Tendo como objetivo a pesquisa de incompatibilidade sanguínea materno-fetal neonatal, o rastreamento de Diabetes Mellitus, de proteinúria, de glicosúria e corpos cetônicos na urina, a detecção e prevenção de anemia materna, identificação e tratamento de infecção do trato urinário, prevenção do tétano neonatal e puerperal, bem como, a prevenção das consequências maternas e perinatais das Infecções Sexualmente Transmissíveis e doenças infecciosas que podem ser tratadas durante a gestação e puerpério. A sorologia para rubéola deve ser solicitada para as gestantes não vacinadas e nas sabidamente não imunes e quando houver sintomas sugestivos e/ou contatos suspeitos.

As consultas subsequentes requerem anamnese sucinta, revisão do cartão de pré-natal, verificação do calendário de vacinas, cálculo da Idade gestacional, Data Provável do Parto, medida da Altura Uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, controle de Pressão Arterial, avaliação estado nutricional, prescrição de sulfato ferroso e solicitação de exames, bem como orientações gerais e específicas para a gestante e sua família (BELO HORIZONTE, 2009).

Em momentos de discussões de casos e revisão de prontuário, realizados na nossa UBS, percebemos falhas na assistência: falta de controle das consultas para a gestante, falta de padronização da primeira consulta realizada pela enfermeira, condutas inadequadas, necessidade de conhecimento do protocolo, devido troca de enfermeiros e médicos.

A proposta da criação das Rotinas de Assistência à Gestante na UBS Lajedo surgiu para possibilitar o acompanhamento efetivo pelas quatro equipes de saúde da família, padronizando os procedimentos, a fim de favorecer a comunicação, a coerência das informações e o estabelecimento de fluxos de atendimento. Garantir o acesso precoce das gestantes, os agendamentos das consultas e uma assistência qualificada à gestante, recém-nascido e sua família foram as metas estabelecidas na rotina.



### **3 OBJETIVOS**

3. 1 Analisar a assistência pré-natal ofertada pelas equipes de saúde da família, a partir da literatura revisada.

3.2 Propor de acordo com as evidências científicas identificadas mudanças nas rotinas de atendimento às mulheres no pré-natal.

#### **4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Este trabalho foi realizado em duas etapas distintas:

4.1 uma revisão bibliográfica sobre a atenção ofertada as mulheres no pré-natal realizado pelas equipes de saúde da família. Para tanto buscou-se na literatura nacional as publicações já existentes sobre o tema utilizando-se os seguintes descritores:

**Pré-natal na atenção básica.**

**Pré-natal na saúde da família.**

**Qualidade em saúde.**

A busca dos artigos que tratam do tema foi realizada na Biblioteca Virtual (BVS) no banco de dados da LILACS. A busca foi livre sem definição de tempo, mas selecionaram-se somente artigos que foram publicados na íntegra e em português.

4.2 uma proposição de mudanças no atendimento às mulheres no pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde localizada no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, iniciadas em 2008, a partir do protocolo assistencial da Secretaria Municipal de Saúde.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

O atendimento à gestante é uma atividade antiga, mas foi, por um longo período, centrada na melhoria dos indicadores de saúde infantil. Através do movimento de mulheres e profissionais de saúde, foi concebido o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo MS, em 1983. O PAISM visa assistir às demandas e necessidades da saúde da mulher, desde a adolescência até a terceira idade, nos aspectos clínicos, ginecológicos e educativos, obtendo melhora da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, do controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a concepção e contracepção (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Apesar da assistência ao pré-natal ter estado sempre presente, muitos autores apontam questões em relação ao acesso ao serviço de saúde, a qualidade da assistência, ao vínculo entre pré-natal e parto, a humanização da atenção e as altas taxas de mortalidade materna e perinatal. Pensando nessa realidade o MS instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo a humanização como modelo de atenção à mulher, com utilização de indicadores de desempenho e qualidade da assistência ao pré-natal, estabelece normas e rotinas, inclui o enfermeiro, membro da equipe, como prestador de assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, além de prever incentivos financeiros aos municípios que adquirem o programa (GONÇALVES *et al.*, 2008).

O PHPN define como critérios para o atendimento à gestante:

- Realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação.
- Garantia de, no mínimo seis consultas.
- Uma consulta até 42 dias pós-parto.
- Exames laboratoriais: ABO-Rh e Hemoglobina/Hematócrito na primeira consulta; VDRL, Urina rotina e Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo a 30 semanas de gestação.

- Oferta de teste de HIV na primeira consulta para os municípios com população maior que 50.000 habitantes.
- Aplicação de vacina antitetânica, até a segunda dose do esquema (imunizante) ou reforço.
- Atividades educativas.
- Avaliação de risco e garantia de vínculo e acesso à unidade de referência (NETO *et al.*, 2008).

Para uma avaliação permanente da qualidade da assistência o Ministério da Saúde estabelece indicadores, cujos dados estão nos prontuários. A avaliação contempla:

- distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º, 3º);
- porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo;
- porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- porcentagem de óbitos de mulheres, por causas associadas a gestação, parto ou puerpério, em relação ao total de gestantes atendidas;
- porcentagem de óbitos por causas perinatais, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de crianças com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (menor de 2500g), em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados;
- porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após encaminhamento (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Costa *et al.* (2009) apontam que apesar dos avanços que obtivemos com a implantação do PAISM e da Política de humanização, a má qualidade da assistência é algo presente, em função de a mulher não ser vista como sujeito de direitos em relação à sua saúde e de autonomia. A assistência ao pré-natal ainda é centrada em um modelo tecnocrático, medicalocêntrico e hospitalocêntrico.

NETO *et al.* (2008) reafirmam este pensamento, quando expressam que a atenção ao pré-natal vem sofrendo uma intensa mecanização, onde há substituição de técnicas da semiótica e semiologia por um diagnóstico por imagem, utilizando, assim, as tecnologias duras em detrimento das leves e leve-duras. Comprometendo as relações, a afetividade e a troca de subjetividades, o que leva a não humanização.

De acordo com Serruya *et al.* (2004) a humanização acontece quando há um resgate da autonomia do sujeito e a construção de uma relação simétrica entre profissional e a mulher. Não é possível mudar a assistência sem desprezar o olhar reducionista e ter ações mecanizadas, pautadas no uso da “tecnologia” como o ponto fundamental da assistência.

Em 1994, foi proposto pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) para a reorganização da atenção básica e reformulação do modelo assistencial vigente, hospitalocêntrico, tecnocrático e centrado em procedimentos médicos. Seguindo os princípios do SUS: integralidade, vigilância à saúde, equidade, baseado no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização para a obtenção de uma atenção qualificada. Tornou-se uma estratégia com princípios operacionais de adscrição da clientela, planejamento local e regional, integralidade da atenção, equidade do acesso aos serviços, controle social, ação intersetorial e trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2008).

Costa *et al.* (2009) realizaram um estudo sobre a avaliação do cuidado a gestante na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Teixeira, MG, utilizando o referencial teórico de Donabedian, que considera a tríade estrutura, processo e resultado para avaliar a qualidade na assistência de um programa que se propõe reorganizar a atenção básica e mudar o modelo hegemônico. Entende-se por processo as atividades desenvolvidas pelos profissionais (avaliação clínica, análise do cartão da gestante e atividades educativas), a intersetorialidade, a participação da comunidade e a referência e contra referência. Foi evidente o progresso em relação ao acesso da gestante ao serviço, favorecido pelo agente comunitário de saúde (ACS) e ao seu acolhimento na unidade básica de saúde. Porém a relação do médico com a gestante era baseada em queixa conduta, centrada nos procedimentos, a atividade educativa não era um procedimento consolidado na

unidade. A gestante tinha seu espaço reduzido para falar de seus anseios, dúvidas e desejos.

O estudo de Costa *et al.* (2009) revelou pouca integração entre a unidade básica e a maternidade o que contribuía para a insegurança das gestantes em relação ao parto e a descontinuidade do cuidado. A intersectorialidade foi classificada como incipiente, os profissionais desconheciam o conceito, essa interação entre os serviços propiciando a visão ampliada do sujeito não existia.

Sassi *et al.* (2011) em estudo de comparação da assistência ao pré-natal prestada pela ESF e unidades tradicionais, mostram que as condutas relacionadas à vacinação, ao uso profilático de Sulfato Ferroso e a orientação sobre amamentação foram maiores na ESF. Em relação à realização de exames e procedimentos técnicos específicos do pré-natal os dois grupos apresentaram percentuais aproximados. Porém, em relação à coleta de material para citologia oncótica cervical, exame ginecológico e exame das mamas, a porcentagem foi maior na ESF, mas a cobertura foi inferior ao preconizado pelo MS.

Esses autores citam Donabedian, que em sua avaliação de processo, reflete sobre o descumprimento de regras e normas como fatores que impedem a qualidade na atenção e a importância da utilização dos protocolos assistenciais.

Para Serruya *et al.* (2004) uma estratégia para qualificar a assistência é melhorar o acesso para toda a população, principalmente as com maior vulnerabilidade. Para avaliação dessa qualidade cita quatro indicadores: a taxa de captação precoce, a distribuição das causas de morte materna no país, a incidência de sífilis congênita e o número de consultas de puerpério. Sugere que a impressão de má qualidade pode estar relacionada a práticas desumanizadas, como a “alta do pré-natal” e a falta de acolhimento das gestantes na unidade e expropriação da mulher.

O aumento da cobertura ou do número de consultas quando não reduzem os coeficientes de mortalidade materna e de mortalidade perinatal não podem ser traduzido como melhoria da qualidade. A qualidade da assistência é fundamental para a redução desses indicadores (KOFFMAN e BONADIO, 2005).

A qualidade de um serviço não pode ser determinada por um único fator, ela é a consequência da melhoria de várias circunstâncias. Pode ser sintetizada em alguns

pontos: satisfação das necessidades e expectativas dos usuários; conformidade com as especificações; defeito zero; adequações de uso; fazer mais, melhor e mais rápida e ainda melhorar relação custo-benefício. Segundo Donabedian, a qualidade não é atributo abstrato e deve ser construída por meio de alguns pilares, a saber: eficácia, efetividade, aceitabilidade, legitimidade e equidade (MAIA *et al.*, 2011).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da análise do protocolo assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, elaboramos as rotinas de assistência gestante para a Unidade Básica de Saúde de Lajedo, com a participação dos profissionais da equipe de saúde da família. O protocolo nos mostra o caminho e as rotinas o como fazer. Vários percalços foram necessários superar desde o início da construção das rotinas até a sua implantação. No momento estamos em processo de discussão

### 6.1 Rotinas de Assistência à gestante da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Lajedo.

#### **ROTINA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAJEDO**

##### **CAPTAÇÃO PRECOCE**

- As mulheres com suspeita de gravidez (15 dias de amenorreia, aumento do volume abdominal ou irregularidade menstrual) devem ser encaminhadas ao acolhimento pelos ACS ou outros profissionais da unidade. Serão acolhidas e deverá ser solicitado o Beta HCG.
- As mulheres com Beta HCG positivo ou sinais positivos de gravidez devem ser encaminhadas à primeira consulta de pré-natal com enfermeiros.

A primeira consulta de PN deve ser realizada pelos enfermeiros, com tempo de espera da gestante de, no máximo, até duas horas, quando procuram a unidade. Esta primeira consulta deverá ter como procedimentos mínimos:

- Cadastro do SIS Pré-Natal;
- Solicitação de exames, se possível;
- Solicitar cartão de vacinas ou do pré-natal anterior;
- Aferir PA, FR, FC;
- Agendamento da consulta para o enfermeiro, a fim de continuar as ações propostas na primeira consulta, com o intervalo de uma semana.
- As anotações deverão ser realizadas no prontuário.



-Na ausência do enfermeiro, o médico deverá realizar o procedimento descrito acima.

**Procedimentos realizados na primeira consulta:**

- **Avaliação de risco** (historia clinica, antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos, obstétricos e avaliação da gestação atual).

- **Exame físico geral e gineco-obstétrico** (ECM, palpação obstétrica, medida da AU, ausculta dos BCF, inspeção dos genitais externos, exame especular e toque conforme a necessidade).

- **Solicitação de exames:**

– hemograma completo;

– grupo sanguíneo e fator Rh, caso seja desconhecido;

– sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;

– glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;

- glicemia pós-dextrosol solicitar entre 24º e 28º semanas;

– sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o aconselhamento, repetir próximo à 30ª semana;

– sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana;

– sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG,); repetir no 2º e 3º trimestre se IgM e IgG negativos;

– sorologia para rubéola: em gestantes não vacinadas e nas sabidamente não imunes, ou quando tiver sintomas e/ou contatos suspeitos;

– exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;

– urocultura: repetir próximo à 30ª semana;

- coleta de material para citologia oncótica cervical, em qualquer trimestre, seguindo as recomendações de rastreamento sugeridas no Protocolo do MS-INCA;

– ultra-sonografia obstétrica deverá ser solicitada em torno de 20 semanas ou em situações fora da rotina descritas no Protocolo de Pré-natal e Puerpério da SMSA.

- **Avaliação do estado vacinal (Vacinação antitetânica –VAT e contra Hepatite B) e encaminhamento à sala de vacinas, se necessário**

VAT prévia: NÃO: iniciar esquema com três doses, com intervalo de 60 dias, ou mínimo de 30 dias entre as doses.

VAT prévia: SIM: esquema completo – NÃO: completar esquema

- SIM - < 5 anos: SIM: não vacinar

NÃO: reforço

Vacinação contra Hepatite B: iniciar após 16 semanas de gestação, esquema de três doses ou completar cartão.

- **Encaminhamento para Atividade Educativa.**

- **Encaminhamento para avaliação odontológica em qualquer IG.**

**Observações:**

- As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade, quanto no cartão da gestante.

-Na ausência do enfermeiro, o médico generalista deve realizar a primeira consulta.

**ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES**

Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal.

- Revisão da ficha pré-natal;

Corrigir o cartão de PN/Anotar no cartão de PN/Conferir a IG/Conferir se já tem o SIS PN

- Anamnese atual sucinta;

- Verificação do calendário de vacinação.

**I. Controles maternos:**

- cálculo e anotação da idade gestacional;

- determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC).

Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;

- medida da pressão arterial;

- palpação obstétrica e medida da altura uterina. Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;

- pesquisa de edema;

- verificação dos resultados dos testes para sífilis (VDRL) e, no caso de resultado positivo, instituir o esquema terapêutico utilizado (na gestante e em seu parceiro), além do resultado dos exames (VDRL) realizados mensalmente para o controle de cura;

- avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais e anotação no cartão de PN e no prontuário eletrônico os resultados com a data em que foram realizados.

**II. Controles fetais:**

- ausculta dos batimentos cardíacos;

- avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

- Avaliar US realizado, conferir a IG, anotar resultado com a data em que foi realizado no cartão de PN e no prontuário eletrônico.

**III. Condutas:**

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;

- tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- prescrição de suplementação de ácido fólico (5mg/dia) até 12ª semana e Sulfato ferroso (40mg/dia após 20ª semana) e orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados (a mulher referenciada ao serviço especializado deverá ser acompanhada pela equipe da atenção básica e nos grupos educativos);
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- estimular e orientar o preenchimento do Plano de Parto.
- fazer o agendamento de consultas subsequentes e das atividades educativas.

### CALENDÁRIO DAS CONSULTAS

O PN deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante).

O PHPN estabelece que o número **mínimo** de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

1º trimestre

1ª – Enfermeiro

2ª – Ginecologista de apoio com resultado de exames

3ª – Enfermeiro

2º trimestre

4ª – Médico de Família

5ª – Enfermeiro

6ª – Ginecologista de apoio (entre 28ª e 30ª semanas com resultado de exames)

3º trimestre

7ª – Enfermeiro

8ª – Médico de Família (se necessário agendar ginecologista para exame de toque)

9ª – Enfermeiro/Médico de família

Da 34ª a 36ª semana consultas agendadas a cada 15 dias (Alternar Enfermeiro/Médico de família)

A partir da 37ª semana consultas agendadas a cada sete dias (Enfermeiro/Médico de família)

Na ausência do médico generalista, as consultas serão intercaladas entre o enfermeiro e o ginecologista de apoio.

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

deverá ter sido realizada a consulta de puerpério pelo ginecologista de apoio. (Prescrição de sulfato ferroso para mulher por três meses após o parto).

### **CONSULTA PUERPERAL**

- Avaliação do quinto dia (mulher e RN) pode ser realizada pelo enfermeiro ou médico generalista, em forma de visita domiciliar ou agendamento na unidade, ou, ainda, no dia do teste do pezinho.
- Agendar a consulta de puerpério com ginecologista até o 42º dia após o parto e do RN com pediatra até o 30º dia após o nascimento;
- Orientar sobre vacinas tanto à mulher quanto ao RN, teste do pezinho e encaminhar para Triagem Auditiva Neonatal (teste da orelhinha);
- Todos os RN que forem levados à unidade para realização do teste do pezinho deverão ser encaminhados à equipe.

### **AÇÕES EDUCATIVAS**

- O curso de gestantes será oferecido a todas as gestantes da área de abrangência. Será composto por x módulos.
- A divulgação é feita pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS), ginecologista de apoio, administrativos e cartazes fixados na unidade.

As inscrições serão realizadas na recepção da unidade. As gestantes poderão participar dos de um ou mais módulos.

A rotina de assistência foi criada em 2008 e em 2011 está em processo de discussão em função da mudança de profissionais e adequação ao protocolo assistencial de pré-natal do município de Belo Horizonte. No 1º semestre de 2008 a proporção de gestantes captadas até o final das 16 semanas de gestação era de, aproximadamente, 56% na equipe 2; no 1º semestre de 2011, essa proporção foi de 78% (FENIX, 2008 e 2011). Analisando os dados registrados no nosso “Caderno de gestantes” percebo que essa captação foi de 93%, essa diferença pode ser explicada pela falta de cadastro oficial, o que gera dados inferiores ao que a equipe

tem acompanhado. Essa rotina foi criada anteriormente à revisão do Protocolo de Assistência ao Pré-Natal da SMSA necessitava ser revista e rediscutida em função da rotatividade dos profissionais. Foram definidos os procedimentos que seriam realizados no primeiro contato com a gestante que procura o serviço, encaminhada por algum setor da unidade ou via demanda espontânea. Essa conduta visa à captação precoce, é feito a inscrição no SISPRENATAL e solicitação de exames, deve ser realizada pelo enfermeiro ou médica da equipe. Esse atendimento não exclui o agendamento da “primeira consulta”, que engloba uma anamnese detalhada, preenchimento do cartão, avaliação do estado vacinal e nutricional, exame das mamas e especular, e coleta de material para citologia oncótica cervical, se necessário, bem como encaminhamentos e a avaliação de risco. Foi incluída a discussão do plano de parto, que permite a gestante visualizar o que planeja para o parto, saber seus direitos e expor seus medos e angústias. A atividade educativa em nossa UBS não está consolidada, no início deste ano foi proposto um modelo que teve poucas participações e duração inferior ao esperado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao pré-natal vem evoluindo desde a implantação do PAISM em 1983, quando seu objetivo era reduzir a mortalidade infantil. O PAISM possibilitou o cuidado da mulher em sua integralidade, considerando todas as questões que a permeia. A implantação do SUS com seus princípios de universalidade, resolutividade, integralidade, equidade, descentralização e comando único, participação popular e regionalização e hierarquização; bem como da ESF com os princípios da Atenção Primária de longitudinalidade do cuidado, integralidade, qualidade da assistência e participação popular possibilitaram a mudança da assistência, porém os indicadores de altas taxas de mortalidade materna por motivos evitáveis demonstravam ainda falha em relação a esse cuidado, além de não ter sido um acontecimento homogêneo em todo o Brasil. Em 2000 com o PHPN objetivou pactuar a melhoria do acesso e a qualidade da assistência, com repasse de incentivos financeiros ao município que atingisse as metas. Mesmo assim os índices de mortalidade materna no Brasil são preocupantes.

O pré-natal é composto por uma série de condutas. É complexo e quando não se cumpre os procedimentos estamos fadados a resultado infeliz. Porém não se faz um cuidado somente utilizando a técnica, a relação interpessoal é fundamental para a consolidação desse cuidado.

A literatura mostrou que houve um avanço no acesso das gestantes ao serviço de saúde, o acolhimento vem se consolidando uma ferramenta importante para aproximar essa clientela ao serviço e aos profissionais de saúde, mas a qualidade da assistência ainda não avançou de modo que os resultados possam ser transparentes do ponto de vista da epidemiologia. Ainda temos taxas expressivas de morbimortalidade materna por falta de uma atenção qualificada prestada pelo profissional da saúde.

Refletir sobre nosso fazer é fundamental para melhorar a assistência do pré-natal as gestantes da nossa área de abrangência. Envolvidos pela demanda a avaliação fica submetida a um segundo plano e acaba por não ser realizada adequadamente. Avaliar não tem finalidade de punir, mas sim refletir e planejar ações para um atendimento digno à gestante e sua família, o que lhe é de direito. Este trabalho possibilitou despertar a necessidade de avaliação constante, seja pelos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde ou utilizando outros instrumentos com a avaliação da estrutura, do processo e dos resultados. Muitas vezes fazemos presa a avaliação de resultados sem, contudo, compreender que a estrutura é de fundamental importância para que o processo seja realizado a contento.

Foi realizando a avaliação do nosso serviço, considerando apenas os indicadores de captação precoce das gestantes no primeiro quadrimestre e número mínimo de seis consultas, que propomos a implantação da rotina de assistência ao pré-natal.

A implantação da rotina de assistência em nosso serviço foi positiva, mas sua discussão é imprescindível para manter a qualidade no pré-natal. O atendimento à gestante vai além de procedimentos técnicos. Acolher à mulher, no sentido de aceitar e receber sua história, conhecer o contexto da gravidez, faz parte de uma assistência integral e humanizada.





## REFERENCIAS

ALVES, J.E.D. **As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos: "O Choque de Civilizações" versus Progressos Civilizatórios.** Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10alves21a48.pdf>>.

Acesso em: 7 de out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.* Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento:** informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS nº 2. Temático Saúde da Mulher v.1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Pré-Natal e Puerpério.** Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher. Março de 2009.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

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

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; BATISTA, R. S.; GOMES, A. P.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S., SAYD, J. D; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2003; v.25, n.10. Rio de Janeiro. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032003001000004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032003001000004&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em 1 de nov. 2011.

FIGUEIREDO, P.P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) jun. v.29, n.2. p. 238-45. 2008

GONÇALVES, R. URASAK, M.B.M. MERIGHI, MAB; D'AVILA, C.G. 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. Brasília, maio/Jun. 2008.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação do pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, vol.5, suppl.1. Recife, Dezembro, 2005.

MAIA, C.S.; FREITAS, D.R.C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A.F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5. Rio de Janeiro, maio. 2011.

NETO, F.R.G.X.; LEITE, J.L. FULY, P.S.C.; CUNHA, I.C.K.O. CLEMENTE, A.S.; DIAS, M.S.A.; PONTES, M.A.C. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará**. Rev. Bras. Enferm. v.61, n.5. Brasília Set/Out. 2008.

SASSI, R.A.M.; CESAR, J.A.; TEIXEIRA, T.P.; RAVACHE, C.; ARAUJO, G.D. SILVA, T.C. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27 n. 4. Rio de Janeiro Abr. 2011.

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. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n. 5. Rio de Janeiro. 2004 Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000500022&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000500022&script=sci_arttext). Acesso em 1 de nov. de 2011.