

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade**

Aliny Antenis Ferreira Araujo

**PRÉ-NATAL: PROMOVEDO INTERVENÇÃO PARA GESTANTES DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM CANEDO III, SENADOR CANEDO, GOIÁS**

Belo Horizonte

2024

Aliny Antenis Ferreira Araújo

**PRÉ-NATAL: PROMOVENDO INTERVENÇÃO PARA GESTANTES DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM CANEDO III, SENADOR CANEDO, GOIÁS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Renata Adriana Labanca

Belo Horizonte

2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidata: ALINY ANTENIS FERREIRA ARAUJO

Título do Trabalho: **Pré-natal: Promovendo Intervenção para Gestantes da
Unidade Básica de Saúde Jardim Canedo III, Senador Canedo, Goiás**

Comissão Examinadora:

Orientadora: Renata Adriana Labanca

Avaliadora: Cintia Maria Rodrigues

Aos 19 dias do mês de setembro de 2024, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da candidata, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente à candidata. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 19 de setembro de 2024

Renata Adriana
Labanca

Assinado de forma digital por
Renata Adriana Labanca
Dados: 2024.09.19 16:20:39 -03'00'

Documento assinado digitalmente
gov.br
CINTIA MARIA RODRIGUES
Data: 20/09/2024 08:52:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Renata Adriana Labanca
ORIENTADORA

Cintia Maria Rodrigues
AVALIADORA

Não há exemplo maior de dedicação do que o da nossa família. À minha querida família, que tanto admiro, dedico o resultado do esforço realizado ao longo deste percurso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir concluir este trabalho e ultrapassar todas as dificuldades do curso.

A minha mãe, filha e esposo, que me incentivaram nos momentos de dificuldades e entenderam minha ausência enquanto me dedicava a este trabalho.

A professora e orientadora, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho em meu processo de formação.

O aprendizado é o significado mais límpido da vida, pois jamais se termina uma existência sem que se aprenda algo”.

Maria Clara Fraga Lopes

RESUMO

O êxito de uma instituição está diretamente ligado à concretização de sua missão, a qual direciona e une as atividades de todos os seus membros. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o modelo principal de organização da atenção primária à saúde. Esse modelo visa reorientar o sistema de assistência, mudando o foco da doença e do paciente para um cuidado integral que considera o indivíduo em seu contexto familiar e social. Este trabalho é parte de um curso de especialização em saúde da família, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Canedo 3, localizada em Senador Canedo, Goiás. Por meio das fichas de cadastro domiciliar, foi possível identificar que os problemas de saúde mais comuns na comunidade abrangida incluem: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), obesidade, esteatose hepática, litíase renal, atraso no pré-natal, depressão, transtorno bipolar, autismo e gravidez na adolescência. Um dos objetivos da saúde pública é a atenção a saúde da mulher e nela está inserida o pré-natal, sendo essa uma das assistências prestadas através dos profissionais médicos ou enfermeiros no que diz respeito ao pré-natal de baixo risco garantido pelo Ministério da Saúde. Na comunidade é possível ver gestantes sem o acompanhamento adequado, iniciando tardiamente o pré-natal após as 12 semanas de gestação e com o número de consultas abaixo de 6, não seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, o início tardio do pré-natal por esse grupo, coloca a vida da mãe e do bebê em risco, por isso, ações que visem o início precoce do pré-natal e o acompanhamento dessas se tornam importantes na ESF. Portanto, o objetivo do trabalho foi a construção de um plano de intervenção coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família, voltado a promoção do pré-natal para as gestantes da comunidade.

Palavras-chave: estratégia saúde da família; pré-natal; acompanhamento.

ABSTRACT

The success of an institution is directly linked to the achievement of its mission, which directs and unites the activities of all its members. In Brazil, the Family Health Strategy (ESF) represents the main model for organizing primary health care. This model aims to reorient the care system, changing the focus from the disease and the patient to comprehensive care that considers the individual in their family and social context. This work is part of a specialization course in family health, carried out at the Basic Health Unit (UBS) Jardim Canedo 3, located in Senador Canedo, Goiás. Through household registration forms, it was possible to identify which health problems most common in the community covered include: systemic arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus (DM 2), obesity, hepatic steatosis, renal lithiasis, delayed prenatal care, depression, bipolar disorder, autism and teenage pregnancy. One of the objectives of public health is women's health care, which includes prenatal care, which is one of the types of assistance provided by doctors or nurses with regard to low-risk prenatal care guaranteed by the Ministry of Health. . In the community, it is possible to see pregnant women without adequate monitoring and with the appropriate number of consultations as recommended by the Ministry of Health. Furthermore, there are data that show a high prevalence of late initiation of prenatal care among this group, which is a factor in many cases. Often associated with a lack of information or reluctance about an unexpected pregnancy, this factor puts the life of the mother and the baby at risk, therefore, actions aimed at starting prenatal care early and monitoring them become important in the FHS. Therefore, the objective of the work was to construct a coherent intervention plan, according to epidemiological, ethical, economic and social criteria, in order to meet the health responsibility of the Family Health Strategy, aimed at promoting prenatal care for pregnant women in the community.

Keywords: family health strategy; prenatal; follow-up.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DM 2	Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária a Saúde
MMR	Taxa de Mortalidade Materna (Maternal Mortality Ratio)
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TT	Toxóide Tetânico
dT	Vacina Dupla tipo adulto (difteria e tétano)
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Pré-natal e saúde pública.....	18
5.2 Importância do acolhimento	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	22
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	24
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo), viabilidade e gestão.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal é uma atividade importante da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, constituindo-se como um conjunto de ações e de atenções médicas e de enfermagem direcionadas à saúde da mulher. O pré-natal visa promover a saúde e o bem-estar da família no processo gestacional, e prevenir agravos a saúde que possam ocasionar doenças e com isto prejudicar a saúde do binômio. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção (BRASIL, 2006).

Por meio das fichas de cadastro domiciliar, foi possível identificar que os problemas de saúde mais comuns na comunidade abrangida incluem: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), obesidade, esteatose hepática, litíase renal, atraso no pré-natal, depressão, transtorno bipolar, autismo e gravidez na adolescência.

Através dessa análise foi identificado que na comunidade é possível ver gestantes sem o acompanhamento adequado, não seguem o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, iniciando tardiamente o pré-natal após as 12 semanas de gestação e com o número de consultas abaixo de 6. Além disso, existem dados que mostram uma alta prevalência de início tardio do pré-natal por esse grupo, fator esse, muitas vezes associados a falta de informação ou relutância da gravidez inesperada, esse fator coloca a vida da mãe e do bebê em risco, por isso, ações que visem o início precoce do pré-natal e o acompanhamento dessas se tornam importantes na ESF. (ESPOSTI, et al., 2020)

Foi alcançada uma redução significativa na mortalidade materna durante os anos dos ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio), entre 2000 e 2015. A taxa global de mortalidade materna (MMR) (indicador dos ODS 3.1.1) caiu em um terço, passando de 339 (Intervalo de Incerteza de 80%: 319–360) mortes por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 227 (Intervalo de Incerteza de 80%: 211–246) mortes por 100.000 nascidos vivos em 2015, equivalente a uma taxa média anual de redução (ARR) de 2,7% (Intervalo de Incerteza de 80%: 2,0–3,2%). No entanto, o progresso estagnou desde então, e a taxa global de mortalidade materna caiu para 223 (Intervalo de Incerteza de 80%: 202–255) mortes por 100.000 nascidos vivos em 2020, com a

ARR caindo para $-0,04\%$ (Intervalo de Incerteza de 80%: $-1,6$ a $1,1\%$) entre 2016 e 2020. Estima-se que 287.000 (Intervalo de Incerteza de 80%: 273.000–343.000) mulheres morreram globalmente devido a causas maternas em 2020, um número que permanece inaceitavelmente alto e é equivalente a quase 800 mortes por dia ou uma morte a cada dois minutos (WHO, 2024)

Desde 2000, houve um progresso substancial na redução da mortalidade infantil global, mas a mortalidade neonatal ainda é uma preocupação significativa. Em 2022, aproximadamente 2,4 milhões de recém-nascidos morreram durante os primeiros 28 dias de vida. Este número representa uma parte significativa das mortes infantis totais, refletindo desafios contínuos na saúde neonatal, particularmente em regiões com menos recursos (WHO, 2024).

Os autores Andreucci e Cecati (2011) enfatizam no seu estudo a importância de se iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação para a avaliação do trinômio (mãe, bebê e pai), e garantir o acompanhamento do desenvolvimento do feto, além de detectar doenças que poderão ser tratadas, como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia, que podem trazer graves problemas para a gestante e o feto. Sendo assim, pode-se afirmar que uma atenção ao pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, para tratar de problemas mais prevalentes, diversos estudos e documentos oficiais destacam a importância do planejamento estratégico, incentivando sua implementação na APS. O Planejamento em Saúde é uma ferramenta que permite a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), focando na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (SÁ et al., 2015).

A APS engloba um conjunto de intervenções de saúde direcionadas tanto ao indivíduo quanto à coletividade, abarcando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (Shimazaki, 2009). Nesse contexto, o

planejamento estratégico torna-se crucial para identificar as necessidades reais da comunidade atendida e desenvolver intervenções que melhorem a qualidade de vida da população, com um enfoque familiar e ampliando o acesso à saúde e ao cuidado.

Este trabalho é parte de um curso de especialização em saúde da família, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Canedo 3, localizada em Senador Canedo, Goiás. A cidade possui uma população estimada de 121.447 habitantes e uma densidade demográfica de 344,27 hab/km². No campo da saúde, a mortalidade infantil é de 11,31 óbitos por mil nascidos vivos, e a taxa de internações por diarreia é de 1,9 por mil habitantes. Senador Canedo, conta com 27 estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2023).

2 JUSTIFICATIVA

O êxito de uma instituição está diretamente ligado à concretização de sua missão. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o modelo principal de organização da atenção primária à saúde (APS). Esse modelo visa reorientar o sistema de assistência, mudando o foco da doença e do paciente para um cuidado integral que considera o indivíduo em seu contexto familiar e social. Essa abordagem se fundamenta na integralidade da atenção, na promoção da saúde e na vigilância em saúde (Sarti et al., 2012).

Um dos objetivos da saúde pública é a atenção a saúde da mulher e nela está inserida o pré-natal, sendo essa uma das assistências prestadas através dos profissionais médico ou enfermeiro no que diz respeito ao pré-natal de baixo risco garantido pelo Ministério da Saúde. Esse acompanhamento vai além do cuidar da saúde física, pois é durante o pré-natal que o profissional de saúde orienta a mulher, companheiro, família, sobre sua gravidez, os cuidados que ela deve ter neste período, a nutrição, exercícios, trabalho de parto, parto, aleitamento e outros temas (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Nesse sentido, a equipe de saúde tem a responsabilidade de reconhecer as necessidades da população incluindo seus fatores condicionantes e determinantes. Dessa maneira, através da adscrição territorial das famílias é possível realizar o levantamento das necessidades e posteriormente planejar ações para intervir nas reais necessidades da população levando em consideração a realidade daqueles indivíduos (PEREIRA, 2013).

Sendo assim, esse trabalho se justifica pela importância que a ESF tem para intervir nas necessidades da comunidade assistida com ações de orientação, educação em saúde e prevenção, além do diagnóstico e tratamento de patologias, no contexto de gravidez, acompanhar as gestantes e orientá-las sobre os cuidados com o recém-nascido e realização do pré-natal são essenciais para a saúde do binômio, assim como, ações voltadas a prevenção da gravidez em locais com fluxo de jovens tem potencial para ajudar a evitar a ocorrência da gravidez na adolescência e doenças associadas a relação sexual desprotegida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

A construção de um plano de intervenção coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família, voltado a promoção do pré-natal para as gestantes da comunidade.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as determinações causais da falta de realização do pré-natal por parte das gestantes da comunidade.
- Criar ações voltadas a orientação da importância do pré-natal e planejamento familiar na comunidade.
- Criar ações para acompanhar o pré-natal das gestantes conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

4 METODOLOGIA

Esse projeto é de natureza aplicada, tratando-se de um Planejamento Estratégico Situacional (PES) voltado ao pré-natal para usuários da UBS Jardim Canedo 3, localizada em Senador Canedo, Goiás. O PES é um método que possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, identificando as possíveis causas e buscando soluções. Para isso, deve-se explicar como o problema nasce e como se desenvolve, traçar metas para enfrentar as suas causas, analisar e construir um plano, tendo uma visão real dos problemas locais, sem generalizá-los na descrição e nas propostas de solução. Sendo assim, pode-se dizer que o problema é algo detectado na realidade do ator social e o motiva a buscar soluções adequadas.

O PES conta com quatro etapas para sua realização:

1. Momento explicativo: É quando se analisa a realidade presente e o hiato que existe entre o agora e o futuro desejado. Nele se desenvolve a complexa tarefa de identificar e selecionar problemas, explicar com profundidade as causas de cada um e do conjunto deles. Trata-se de marcar a situação inicial do plano.

2. Momento Normativo: É o momento em que se estabelece o que deve ser. Nele são definidas as operações que diferentes cenários levam a mudança da situação inicial em direção a situação ideal. Deve, portanto, estar centrado no direcionamento de suas operações para a efetivação dos objetivos, sendo, para isto, necessário promover a discussão cuidadosa da eficácia de cada ação em relação a situação objetivo relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação.

3. Momento estratégico: É o momento em que se analisam as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo. Relaciona-se as questões de viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. Neste momento são identificados os atores envolvidos no processo e o grau de concordância e oposição dos mesmos ao futuro desejado e as ações previstas.

4. Momento Tático-operacional: É o momento decisivo, quando toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta. É um momento de realizar é monitorar as ações, com proposições de mudanças ou de ajustes ao longo do processo. (BRASIL, 2018, p. https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19821/mod_resource/content/2/un2/top3_1.html)

Quanto aos objetivos, o estudo é descritivo, visto que, expõe as características de uma determinada população ou fenômeno. O tipo de pesquisa é pesquisa-ação, em que, o autor da pesquisa precisa identificar um problema (prático), criar um plano de ações para solucionar essa questão (TOLEDO; JACOBI, 2013).

Para esse PES, foi realizada uma reunião com a equipe onde foi preenchido o quadro com os 10 problemas identificados na UBS que precisam de intervenção. Para a revisão de literatura foram utilizadas as bases de dados SciELO, PubMed e Google

acadêmico, com as palavras-chave: Estratégia Saúde da Família e acompanhamento pré-natal.

Foi possível identificar que os dez principais agravos de saúde da população adscrita na UBS, são:

1. Hipertensão arterial sistêmica, 2. Diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), 3. Obesidade,
4. Esteatose hepática, 5. Litíase renal, 6. Atraso no pré-natal, 7. Depressão, 8. Transtorno bipolar, 9. Autismo e 10. Gravidez na adolescência. (Quadro 1).

Quadro 1 – Dez agravos de saúde mais prevalentes na comunidade.

PROBLEMA	
1	Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
2	Diabetes Mellitus 2 (DM)
3	Obesidade
4	Esteatose hepática
5	Litíase renal
6	Atraso no pré-natal
7	Depressão
8	Transtorno bipolar
9	Autismo
10	Gravidez na adolescência

Posteriormente, através da Matriz TUC foi avaliado os problemas de acordo com os critérios de valores: Transcendência (T), Urgência (U) e Capacidade (C), dando um valor de 1 a 10 para cada problema, e depois fazendo o cálculo de TxUxC (Quadro 2).

Quadro 2 – Matriz TUC para seleção dos problemas selecionados.

	PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 10*)			TOTAL (T x U x C)
		Transcendência	Urgência	Capacidade	
		(T)	(U)	(C)	
1	Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	10	9	10	900
2	Diabetes Mellitus 2 (DM)	10	9	10	900
3	Obesidade	10	10	8	800
4	Esteatose hepática	9	10	9	810
5	Litíase renal	9	9	10	810
6	Atraso no pré-natal	10	9	10	900
7	depressão	9	10	9	810
8	Transtorno bipolar	9	10	9	810
9	Autismo	9	10	9	810
10	Gravidez na adolescência	9	10	9	810

Com o cálculo da matriz TUC, foi possível identificar os problemas com maior número de score, sendo esses: Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus e Atraso no pré-natal, conforme apontado no quadro 3.

Quadro 3 – Três problemas com maior escore da Matriz TUC.

PROBLEMA	
a	Hipertensão Arterial Sistêmica
b	Diabetes Mellitus
c	Atraso no pré-natal

Após essa avaliação, foi realizado uma matriz de análise dos problemas selecionados, apontando seus descritores, causas e consequências. Por último foi realizado a determinação causal do problema selecionado para poder realizar metas de ações para a resolução do problema central.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Pré-natal e saúde pública

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número adequado de consultas de pré-natal é de quatro ou mais vezes durante a gestação. Para o Ministério da Saúde, o ideal é de seis ou mais consultas. Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (BRASIL, 2006). Pode-se dizer que mesmo que sejam realizadas apenas quatro consultas de pré-natal, não significa um pré-natal inadequado, se as mesmas foram realizadas com qualidade e de comunicação eficaz.

A comunicação e informação em saúde entre profissionais e gestantes devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal em todo e qualquer atendimento, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional (SILVA et al., 2017).

De acordo com Dias et al. (2018), o pré-natal é fundamental para preparo do trinômio, pois é através dessas consultas que a gestante irá acompanhar o desenvolvimento de sua gravidez e as condições do feto. A assistência básica não deve ser levada apenas como uma consulta médica e, sim, como uma maneira de prevenir a intercorrência clínica obstétrica.

A assistência pré-natal, é um conjunto de medidas e cuidados necessários para que a mulher grávida possa ter um período gestacional sem maiores intercorrências. Segundo Viellas e colaboradores (2014), a assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal.

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 a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2012).

É extremamente relevante o incentivo ao aleitamento materno, orientações nutricionais, incentivo ao parto normal, cuidados com as mamas antes e durante a amamentação, cuidado com o RN e incluem-se entre as orientações o uso de repelentes (BRASIL, 2013).

Mesmo antes que a gestante acesse os serviços de saúde, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referente a linha de cuidados materno infantil. A equipe

precisa conhecer ao máximo a população de mulheres em idade fértil, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já tem filhos e participa das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão do parceiro sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto mais vínculo houver entre a mulher e a equipe, mais acolhedora será a assistência. (BRASIL, 2013;WHO, 2016).

A garantia de acesso ao cuidado pré-natal na saúde pública é essencial para a qualidade de vida tanto da mãe quanto do bebê. Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre (até a 12º semana) da gestação, favorecendo ações e intervenções adequadas que evitam complicações e protegem a saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2013).

5.2 Importância do acolhimento

A Política Nacional de Humanização define o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestação das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2012; WHO, 2016).

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com seu contexto social, entre outros cuidados (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MOURA-FERREIRA, 2024).

Na assistência atenção ao pré-natal, o acolhimento é tido como um dos principais métodos de aproximação entre a família/gestante e a equipe. O desenvolvimento de uma relação de confiança entre os profissionais e os atores sociais (família/gestante/companheiro ou companheira) e comunidade podem ajudar a diminuir o constrangimento e os temores que as gestantes possam apresentar, esclarecer sobre todos os procedimentos que serão realizados e a resistência que a gestante apresenta durante as consultas do pré-natal (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Assim o acolhimento é visto como responsável pela aliança do profissional com a gestante, e como peça chave para o êxito e sucesso do pré natal, pois é a partir do

acolhimento que se estabelece um grau de confiança da gestante para com o profissional, favorecendo um atendimento integral e participativo da gestante (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) prioriza um conjunto de ações de rotina e atividades voltadas ao pré-natal, são eles: disponibilidade de recursos humanos, uma equipe de saúde; recursos físicos, um local em boas condições de higiene, ventilação e que proporcione privacidade nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos; equipamentos e instrumentais adequados, balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, entre outras ferramentas essenciais para a prática clínica e para realização da consulta, além de apoio laboratorial para realização de exames, como dosagem de hemoglobina, dosagem de hematócrito, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia, teste anti-HIV, sorologia para hepatite B etc. No cartão da gestante, deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, ficha perinatal usada; ficha de cadastramento da gestante, e informações da gestante e mapa de registro diário com medicamentos essenciais para a saúde do binômio na gestação

O Ministério da Saúde tem ainda o Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), que é um programa eficiente para o acompanhamento do pré-natal e puerperal, de maneira organizada e estruturada, essa ferramenta tem uso obrigatório nas unidades de saúde, pois proporciona a análise da assistência através do acompanhamento da gestante (BRASIL, 2006).

Na primeira consulta deve ser realizada uma anamnese abrangente, levando-se em consideração possíveis aspectos epidemiológicos, doenças sexuais, histórico familiar, obstétrico, pessoais entre outros; exame físico obstétrico para saber sobre a saúde da mãe e do filho; um levantamento do hábito alimentar, intestinal e urinário. A priori, as dúvidas e ansiedades da gestante devem ser esclarecidas para que assim ela se sinta mais segura com a gestação. 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 (CARRARA, 2013).

O profissional deve analisar na primeira consulta a situação vacinal e vacinando a gestante, se necessário. A vacinação tem como objetivo proteger a mulher e o RN contra o tétano. É usada a vacina dupla, tipo adulto (dT) ou, na falta desta, com o

toxóide tetânico (TT). O esquema de vacina deve ser feito conforme o histórico de vacinação anterior; a grávida que não tiver nenhuma dose dessa vacina ou que não fez todas as doses, deverá ser considerada não vacinada. Sendo assim, deve ser realizado um novo esquema de vacinação, com três doses com intervalos de 2 meses entre elas, podendo variar segundo o tempo gestacional e o risco potencial para o binômio. Nos casos onde a gestante já tenha completado a imunização correta, deve ser analisada a necessidade de reforçar a vacina, nos casos onde a última dose foi a mais de cinco anos (DUARTE; ANDRADE, 2006).

A assistência no pré-natal pode ser realizada na unidade de saúde ou no domicílio. Deve ser programado um calendário de atendimento pré-natal na primeira consulta, de acordo com a idade gestacional, verificando os períodos mais adequados para a coleta de dados necessários para uma gestação segura. É necessário intensificar a vigilância quando houver riscos de complicações. O intervalo normal para as consultas é de quatro semanas, ou seja, é feito mensalmente. Das 28 a 36 semanas esse acompanhamento deve ser feito a cada 15 dias e posteriormente a 36ª semana é feito semanalmente. Esses cuidados visam avaliar constantemente a pressão arterial, a verificação de edemas, altura uterina, movimentos do feto e dos batimentos cardíacos (DUARTE; ANDRADE, 2006).

É essencial ainda criar o plano de assistência na consulta segundo as necessidades de cada mulher, estabelecendo intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das atividades, especialmente com a odontologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social se necessário (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Além dos cuidados com a saúde e exames, o profissional torna-se capaz de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, mudanças fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar. O pai deve ser envolvido no processo, sempre com respeito as particularidades de cada família e suas culturas (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Dentro desse contexto, verificou-se com a equipe apesar da grande incidência de doenças crônicas não transmissíveis, já existem programas para atenção, acompanhamento e prevenção dessas patologias, em que o grupo Hiperdia fornece toda atenção primária a esses usuários da UBS. Sendo assim, essa proposta refere-se ao problema priorizado “atraso no pré-natal”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo). Nos quadros a seguir serão abordados o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Foi identificado que no quadrimestre Q1 de 2023 a equipe acompanhava 15 gestantes, e somente 33% tinha pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1° até 12° semana de gestação. No quadrimestre Q2 tinham 17 gestantes em acompanhamento e 53% tinha pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1° até 12° semana de gestação. No quadrimestre Q3 tinham 24 gestantes em acompanhamento e 54% tinha pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1° até 12° semana de gestação.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Como causas, diversos fatores sociodemográficos, obstétricos e psíquicos estão associados ao início tardio do pré-natal. Entre os fatores sociodemográficos, a baixa escolaridade é um forte preditor, com mulheres de ensino médio e superior tendo menos probabilidade de adiar a primeira consulta pré-natal em comparação às mulheres sem educação formal. Isso pode ser explicado pela compreensão diferenciada sobre os efeitos negativos do atraso na marcação do pré-natal entre mulheres com diferentes níveis de educação. Mulheres instruídas provavelmente reconhecem ou conhecem melhor os problemas relacionados ao atraso na primeira consulta do que aquelas sem educação formal, conforme evidenciado no trabalho de revisão de Sales-Silva e colaboradores (SALES-SILVA, 2024).

O local de residência e a ocupação materna também influenciam significativamente o início tardio do pré-natal. Mulheres em áreas rurais têm maior

tendência a atrasar a primeira consulta em comparação às que vivem em áreas urbanas, possivelmente devido ao acesso mais fácil aos serviços de saúde, melhor conhecimento sobre questões de saúde e maior exposição à mídia nas áreas urbanas. Mulheres desempregadas têm maior propensão a atrasar o início do pré-natal em comparação com as empregadas, conforme observado em outras revisões sistemáticas. Adicionalmente, mulheres de status econômico elevado tendem a receber cuidados pré-natais mais precoces em relação àquelas de status econômico inferior, uma vez que restrições financeiras estão associadas a barreiras como custos de transporte e exames laboratoriais, conforme observado no trabalho Silva e colaboradores de (SILVA et al, 2024).

Nos fatores obstétricos, a multiparidade está associada ao início tardio do pré-natal, com mulheres multíparas tendendo a adiar a consulta inicial mais do que as primíparas, como evidenciado no trabalho de Nascimento e colaboradores (2021). Isso pode ocorrer porque mulheres com mais gestações anteriores sentem que já conhecem o processo de gravidez e parto, além de enfrentarem mais dificuldades em frequentar o pré-natal cedo devido aos cuidados com os filhos ou ocupações relacionadas a uma família grande. A ineficácia da educação em saúde recebida em gestações anteriores também pode ser uma explicação. Além disso, gestantes com gravidez não planejada têm maior probabilidade de iniciar o pré-natal tardiamente. Isso pode ocorrer porque uma gravidez não planejada pode ser detectada mais tarde, ou a mãe pode dar menos atenção à gravidez (NASCIENTO, et al., 2021).

Nos fatores psíquicos, o uso de álcool e outras substâncias que levam à dependência química foi identificado como um fator crucial para o atraso no pré-natal. Estudos mostram que o uso de álcool durante a gestação está associado a comportamentos de risco, como violência contra a mulher por parceiros íntimos. A falta de uma rede de apoio social também constitui uma barreira ao acesso à assistência pré-natal. A combinação de comportamento de risco e falta de apoio, seja por parceiros, familiares ou grupos religiosos, torna as gestantes mais vulneráveis, afetando negativamente o uso adequado do pré-natal.

Em relação as consequências, destaca-se que o principal indicador do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados prestados no primeiro trimestre são considerados um importante indicador da qualidade dos cuidados maternos. Embora o início precoce do pré-natal seja fundamental para uma

assistência adequada, o número ideal de consultas ainda gera debates. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o número adequado de consultas seria de seis ou mais. No entanto, mesmo com um número reduzido de consultas, se o conteúdo de cada uma for enfatizado de maneira eficaz, pode não haver aumento de resultados perinatais adversos em pacientes de baixo risco.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Falta de ações de conscientização da importância do pré-natal.

Falta de busca ativa para gestantes da comunidade.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo), viabilidade e gestão

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema "atraso no pré-natal", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Jardim Canedo 3, localizada em Senador Canedo, Goiás.

Nó crítico 1	Falta de ações de conscientização da importância do pré-natal
6º passo: operação (operações)	Criar ações educativas de conscientização para início precoce do pré-natal
6º passo: projeto	Iniciando o pré-natal
6º passo: resultados esperados	Aumentar em 50% o início precoce do pré-natal
6º passo: produtos esperados	Distribuição de materiais educativos
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento acerca do pré-natal Financeiro: Material para distribuição Político: Equipe disponível para ações
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Não possui Político: Equipe disponível para ações Financeiro: Material para distribuição
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	O Gestor da UBS será responsável por conseguir os recursos necessários para as ações ocorrerem, através da solicitação na secretaria de saúde do município
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gestor da UBS – Material de distribuição ACS – Distribuição do material Médica e enfermeira – Pré-natal
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Será realizado uma reunião com a equipe a cada 15 dias para identificação das gestantes, acompanhamento e planejamento das ações educativas

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “atraso no pré-natal”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Jardim Canedo 3, localizada em Senador Canedo, Goiás.

Nó crítico 2	Falta de busca ativa para gestantes da comunidade
6º passo: operações	Estabelecer busca ativa de gestantes na comunidade
6º passo: projeto	busca ativa de gestantes
6º passo: resultados esperados	Identificar 90% das gestantes da comunidade
6º passo: produtos esperados	Programa de busca ativa de gestantes implantado
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento acerca do pré-natal Financeiro: Não necessário Político: Equipe disponível para ações
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Não possui Político: Não possui Financeiro: Não necessário
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	As ACS irão ser responsáveis por fazer a busca ativa das gestantes na comunidade e orientá-las a comparecer no pré-natal. Será realizado o cadastramento das gestantes no acompanhamento da ação
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	ACS – Busca ativa Médica e enfermeira – Planejamento da agenda de acompanhamento e realização do Pré-natal
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Será realizado uma reunião com a equipe a cada 15 dias para identificação das gestantes e planejamento da agenda de acompanhamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da pesquisa foram atingidos, pois, por meio da análise estratégica dos principais problemas da UBS, foi possível elaborar um plano de ação coerente, seguindo critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, alinhados à responsabilidade sanitária da ESF.

A primeira ação planejada foi para criar ações educativas de conscientização para início precoce do pré-natal visando aumentar em 50% o início precoce do pré-natal através da distribuição de materiais educativos. O Gestor da UBS será responsável por conseguir os recursos necessários para as ações ocorrerem, através da solicitação na secretaria de saúde do município. Para monitorar as ações será realizado uma reunião com a equipe a cada 15 dias para identificação das gestantes, acompanhamento e planejamento das ações educativas.

A segunda ação foi para estabelecer busca ativa de gestantes na comunidade. Identificar 90% das gestantes da comunidade. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) irão ser responsáveis por fazer a busca ativa das gestantes na comunidade e orientá-las a comparecer no pré-natal. Será realizado o cadastramento das gestantes no acompanhamento da ação. Será realizado uma reunião com a equipe a cada 15 dias para identificação das gestantes e planejamento da agenda de acompanhamento.

Metas e objetivos simples e de fácil execução, com uso de baixa tecnologia, mas de grande relevância para o cuidado humanizado à saúde, foram estabelecidos. Essas propostas, por serem práticas e acessíveis, podem ser implementadas por outras equipes da ESF, contando com a participação ativa da comunidade e das equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C.B.; CECATI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005. 160 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico**; Brasília. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico de gestação de baixo risco. Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ms, 2016. 58 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

Organização Mundial da Saúde (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez* (WHO/RHR/16.12). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

_____. IBGE. **Senador Canedo**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/senador-canedo/panorama>. Acesso em: 03 mar. 2023.

CARRARA, Gisleangela L.r.. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Revista Fafibe On-line**, Internet, v. 6, n. 6, p. 96-109, 2013. ISSN 1808-6993.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.52-62, 19 jul. 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2018.31722>. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722/25719>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452006000100016>.

ESPOSTI, C. D. D., Santos-Neto, E. T. D., Oliveira, A. E., Travassos, C., & Pinheiro, R. S. (2020). Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1735-1750.

NASCIMENTO, José William Araújo, et al. "Principais fatores associados ao tardiamento do pré-natal: Uma revisão sistemática/Main factors associated with late prenatal care: A systematic review." *Brazilian Journal of Health Review* 4.6 (2021): 28273-28286.

MOURA-FERREIRA, M. C., dos Santos, S. R., Pinheiro, L. H. F., Medeiros, R. R. P., de Resende, T. C., da Silva, E. M., ... & Júnior, L. N. M. (2024). PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA: EMPECILHOS E POTENCIALIDADE. *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, 39.

SÁ, Caroline Reis de et al. Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. **Rev. Aps**, Internet, v. 1, n. 18, p.92-101, mar. 2015.

SALES SILVA, L. S., Santos, E. M. S., Estevam, M. K. D., Magalhães, J. G., Junior, C. R. B., da Costa Macena, L. F., ... & Costa, I. C. F. (2024). Gravidez na adolescência no Brasil: Determinantes sociais, culturais e econômicos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(7), 778-791.

SILVA, Guilherme Guimarães, et al. "Gravidez na adolescência: o papel da Atenção Primária à Saúde." *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 24.5 (2024): e15958-e15958.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 103, p.805-816, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SILVA, Silvanira do Nascimento et al. A importância do pré-natal na prevenção da toxicemia gravídica e o papel do enfermeiro. **Revista Saúde em Foco**, Online, v. 1, n. 9, p.8-16, 2017. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/003_a_importancia_do_pre_natal_na_prevencao_da_toxicemia.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TEIXEIRA, Ivonete Rosânia; AMARAL, Renata Mônica Silva; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 26-31, 2010. ISSN 1984-7688.

TOLEDO, Renata Ferraz de; JACOBI, Pedro Roberto. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento

comunitário para o enfrentamento de problemas. **Educação & Sociedade**, [s.l.], v. 34, n. 122, p.155-173, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0101-73302013000100009>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>