

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

**CONTRIBUIÇÃO DO PRÉ-NATAL PELAS EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA**

**MARCELO ALVES MORAIS**

**FORMIGA, MINAS GERAIS**

**2012**

**MARCELO ALVES MORAIS**

**CONTRIBUIÇÃO DO PRÉ-NATAL PELAS EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA**

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

Orientador: Edison José Corrêa

**FORMIGA, MINAS GERAIS**

**2012**

**MARCELO ALVES MORAIS**

**CONTRIBUIÇÃO DO PRÉ-NATAL PELAS EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA**

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

Orientador: Edison José Corrêa

Banca examinadora:

Edison José Corrêa

Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em 04/02/2012

Dedico este trabalho a meus pais, meu irmão e toda minha família, que me apoiaram durante a realização do mesmo e, principalmente, a minha filha Maria Júlia, que é o objetivo maior de todos os meus esforços.

## Agradeço

Primeiramente a Deus, pela vida e por ter-me dado essa oportunidade.

A todos os meus familiares que me apoiaram em toda minha jornada.

Às equipes de Saúde da Família Centro Médico Educacional Lázaro Medeiros e Antônio Paulino do Nascimento.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itapeçerica.

## **RESUMO**

Considerando a importância da realização do pré-natal na redução da mortalidade materna e infantil, este estudo objetivou identificar parâmetros e propor um fluxo de ações padronizadas que abranja à atenção do pré-natal ao puerpério, possibilitando uma melhoria dos serviços pré-natais; a partir de evidências da literatura científica, registrar as bases conceituais que demonstrem a contribuição e relevância que as equipes de Saúde Família podem trazer à realização da atenção pré-natal e que possam contribuir para sensibilizar outras equipes de Saúde da Família para a realização do mesmo, visando à redução da mortalidade materna e infantil no município de Itapeçerica, Minas Gerais. Foi realizada uma análise da produção científica sobre o tema proposto, por pesquisa bibliográfica. Os resultados evidenciaram que a atenção pré-natal realizada de forma adequada é o maior fator de adesão das gestantes, com excelente cobertura e, principalmente, impacto na redução da mortalidade materna e infantil. Esse trabalho apresenta 15 pontos para um fluxo de ações de cuidado, do pré-natal ao período puerperal, pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapeçerica-MG.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal. Saúde da Família. Mortalidade materna. Mortalidade infantil.

## **ABSTRACT**

Considering the importance of prenatal achievement in reducing maternal and infant mortality, this study sought to identify parameters and propose a standardized actions flow covering from prenatal attention to puerperium, allowing an improvement in antenatal services; from evidence of scientific literature, register conceptual bases which demonstrate the contribution and importance of Family Health teams can bring to realization of prenatal care, and helping to sensitize other family health teams to carry out the same, aiming the reduction of maternal and child health in the municipality of Itapecerica, Minas Gerais. An analysis of scientific literature on the topic proposed, by bibliographic search. The results showed that prenatal conducted properly is the biggest factor of adhesion of pregnant women, with excellent coverage and, mainly, impact on the reduction of maternal and child mortality. This work presents 15 points to actions care, from prenatal to puerperal period, by Family Health teams of the municipality of Itapecerica-MG.

**Keywords:** Prenatal care. Family Health. Maternal mortality. Infant mortality.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS-** Agente Comunitário de Saúde

**BCG-** Bacilo de Calmette-Guérin

**HIV-** Vírus da Imunodeficiência Adquirida

**IG-** Idade Gestacional

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MG-** Minas Gerais

**PSF-** Programa de Saúde da Família

**SES-MG-** Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**SF-** Saúde da Família

**SINASC-** Sistema de Informações de Nascidos Vivos

**SISPRENATAL-** Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**TMI –** Taxa de Mortalidade Infantil

**TV-** Transmissão Vertical

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Justificativa	13
Objetivos	15
Metodologia	16
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PRÉ-NATAL	17
Atenção pré-natal e puerperal	17
Processo de trabalho para a atenção pré-natal na estratégia saúde da família	22
Parâmetros para redução da mortalidade materno-infantil: a Rede Cegonha	27
SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM FLUXO DE AÇÕES, DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO, PARA O MUNICÍPIO DE ITAPECERICA	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A Proposta de fluxo de ações de cuidado, do pré-natal ao período puerperal, pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapecerica-MG	36

|

## INTRODUÇÃO

Um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica consiste na cobertura de pré-natal, em que a assistência baseia-se em toda uma cadeia de procedimentos que os serviços de saúde devem realizar dentro das atribuições da atenção primária. Com isto tem-se conseguido um grande impacto sobre a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer, o que tem sido amplamente documentado.

O Ministério da Saúde preconiza que a assistência ao pré-natal e puerperal deve ser de qualidade, o que é fundamental para a saúde materna e do neonato. Sendo assim, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade, levando em consideração o ambiente ao qual está inserida e as condições sociais, econômicas, culturais e físicas (BRASIL, 2006).

Para Gaio (2004), o objetivo do pré-natal é assegurar um correto desenvolvimento da gestação, permitindo um trabalho de parto seguro e um recém-nascido saudável, sem impacto negativo para saúde materna, levando em consideração os aspectos psicossociais e as atividades preventivas e educativas. O Ministério da Saúde do Brasil, recentemente, por meio da linha fundamental “Rede Cegonha” coloca, também, esse tema como diretriz para o trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A qualidade da atenção da atenção pré-natal é uma preocupação nacional. Assim também acontece em Itapecerica, Minas Gerais, onde o autor trabalha integrado a uma equipe de Estratégia Saúde da Família.

A história de Itapecerica – do tupi-guarani, pedra lisa, ou pedra escorregadia (ita = pedra; pecerica = lisa, ou escorregadia) – inicia no ano de 1676 com a chegada de Lourenço Castanho Taques. Em 1739 foi descoberto ouro pelo guardamora Feliciano Cardoso de Camargos e o capitão Estanislau de Toledo Pisa as margens dos ribeirões Rosário e Tamanduá e aqui fixaram dando origem a paragem de “Casa da Casca do Tamanduá” (ITAPECERICA, 2011).

Em 15 de fevereiro de 1757 foi elevado à Freguesia e Paróquia de São Bento do Tamanduá. A elevação da freguesia à Vila de Tamanduá, com 34 distritos e

enorme extensão territorial, deu-se em 20 de novembro de 1789, sendo a instalação da primeira Câmara Municipal em 18 de janeiro de 1790, onde foram eleitas as primeiras autoridades locais (ITAPECERICA, 2011).

Devido ao ouro de suas terras que ia sendo retirado e enriquecendo muitos e transformando a região em importante núcleo, a partir de 1862, a Vila passou a chamar-se "Cidade de Tamanduá" e desde 1882, Itapecerica (ITAPECERICA, 2011).

O município de Itapecerica situa-se no centro-oeste do Estado de Minas Gerais, tem uma área de 1.042km<sup>2</sup>. Sua altitude média é de 776m, tendo como coordenadas geográficas 20° 28' e 10" de latitude sul e 45° 17' 20" de longitude. A temperatura varia entre mínima de 10°C e máxima de 32°C.

Os municípios confrontantes são: Formiga, Pedra do Indaiá, São Sebastião do Oeste, Divinópolis, Cláudio, Carmo da Mata, São Francisco de Paula, Candeias e Camacho.

A população estimada pelo IBGE no ano de 2010 é de 21.377 habitantes. (BRASIL, 2010).

A economia de Itapecerica baseia-se na atividade de comércio, agropecuária e extração de minério, sendo que nos últimos cinco anos houve uma mudança com aumento dos setores que prestam serviços em geral, empregando um grande número de pessoas.

Em relação à infraestrutura e as condições ambientais, a população de Itapecerica é servida de estrutura urbana essencial ao seu conforto, de acordo com os seguintes índices: água tratada em 95% das casas, esgoto 90%, fossa séptica 10%, lixo coletado 92%, energia elétrica 100% na zona urbana e 88,2% na zona rural (ITAPECERICA, 2011).

Em relação ao meio ambiente, observam-se que os principais tipos de poluição no município são os da atmosfera – por fuligem, detritos; gases (CO, CO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>) –, sonora – por veículos, máquinas industriais, depredação de pedreiras por dinamites e hídrica, – devido a esgoto e lixo a céu aberto, depósitos de resíduos orgânicos – e falta de um depósito de lixo adequado e canalização do córrego que corta a cidade.

Ainda podemos destacar como principais agressores do meio ambiente os seguintes pontos:

- Desmatamento desordenado sem preocupação de fazer reflorestamento na área desmatada, e quando feito, é com árvores exóticas (eucalipto).
- Desmatamento às margens de cursos d'água e nascentes.
- Transformação da madeira em carvão e destruição das pedreiras.
- Lixo jogado a céu aberto.
- Esgoto não tratado.
- Resíduos industriais desprezados na atmosfera e nos cursos de água, sem o mínimo controle.
- Uso indiscriminado de agrotóxicos e produtos químicos tanto na área urbana quanto na área rural.

Em relação às características do serviço de saúde, Itapeçerica conta com um Serviço de Pronto Atendimento localizado no prédio da Santa Casa de Misericórdia, sendo referência de urgência e emergência, bem como para o atendimento da população não cadastrada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), o qual possui cinco equipes no município. A atenção secundária não resolvida no próprio município e a atenção terciária é referenciada para os municípios de Divinópolis, Belo Horizonte e outras cidades.

O acompanhamento das gestantes durante o pré-natal ainda não está totalmente organizado e efetivo, visto que no ano de 2010, de acordo com os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), não foram cumpridas as metas de pré-natal de efetivar o mínimo de sete consultas, mais uma de puerpério. As consultas são realizadas principalmente não centro de especialidades (Posto Central), com baixa adesão das gestantes. Nessa unidade é realizada consulta apenas médica e solicitação de exames laboratoriais. Cabe às unidades de saúde realizar orientações sobre amamentação, parto, alterações no corpo, alimentação, higiene oral, cuidado com o recém-nascido, entre outras.

Com relação à mortalidade infantil, Itapecerica tem um índice de 19,18 óbitos para cada 1000 nascidos vivos o que pode ter forte relação com a baixa cobertura de pré-natal pelas equipes de Saúde da Família (ITAPECERICA, 2011).

Dessa forma este presente estudo vem trazer como questão norteadora o seguinte problema: “de que forma a literatura avalia a relação entre pré-natal realizado na atenção primária, especialmente pelas equipes de Saúde da Família (SF) e a contribuição que este pode trazer na redução da mortalidade materna e infantil?”.

### **Justificativa**

A literatura aponta que a atuação sobre os fatores pré-natais, iniciada precocemente, realização de atividades de promoção, proteção, prevenção, tratamento das intercorrências no período gestacional, classificação do risco em todas as consultas realizadas, no mínimo seis durante o período gestacional (uma pós-parto e uma puerperal) contribuem no combate a mortalidade materna e infantil e que as unidades do Programa de Saúde da Família são essenciais para realização dessas atividades (GAIO, 2004).

Verifica-se no município de Itapecerica, uma baixa cobertura de consultas de pré-natal pelas equipes de Saúde da Família. Possivelmente, por questões culturais, pois as gestantes acham que não precisam fazer o pré-natal no PSF, preferindo o médico que irá fazer o seu parto. Há também certa resistência por alguns profissionais das equipes de Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogo, auxiliar de consultório odontológico e auxiliar de serviços gerais) em estimular a realização do pré-natal na unidade. Alguns não acham importante a sua realização nas equipes de SF, desconhecem os seus benefícios e pensam que é menos um serviço a ser realizado.

Devido a essa baixa adesão das gestantes nas consultas pelas equipes SF, comumente depara-se com gestantes hipertensas sem acompanhamento, infecções do trato urinário sem estar em uso de medicação, gestantes com menos de seis consultas de pré-natal, baixa cobertura de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, alto índice de parto cesáreo, não realização de exames

laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde e divergência de condutas, pois alguns médicos dos PSF recusam a atendê-las, já que as mesmas estão sendo acompanhadas por outro profissional da mesma classe.

Quando se fala em Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), refere-se ao risco que um recém-nascido tem de evoluir para óbito no seu primeiro ano de vida e é um dos mais importantes indicadores de saúde de uma população, pois sua magnitude depende de várias situações combinantes que, vão desde fatores socioeconômicos, relacionado às condições de vida e moradia, atuação dos serviços de saúde, acesso e a qualidade da atenção prestada, bem como as políticas públicas de saúde. Sendo assim, a TMI depende da disponibilidade de renda e de alimentos, água potável, instalações sanitárias nos domicílios, estado nutricional das mães e seus conhecimentos sobre problemas de saúde, disponibilidade de serviços de atenção à saúde qualificados para mãe e a criança desde antes do seu nascimento (MINAS GERAIS, 2010).

Itapecerica tem um percentual de cobertura de menos de 30% de consultas de pré-natal pelas equipes de Saúde da Família, e em contrapartida tem uma TMI em 2010 de 19,18 para cada 1000 nascidos vivos (ITAPECERICA, 2011). Já em Minas Gerais no ano de 2009 foi de 16,6 (MINAS GERAIS, 2010) e na região sudeste do Brasil a TMI foi de 14,6 no ano de 2007 (BRASIL, 2009).

Justifica-se este estudo pelo fato do pré-natal das gestantes de risco habitual, em Itapecerica, deve ser realizado majoritariamente pelas equipes de Saúde da Família (MINAS GERAIS, 2003), para as quais, a aquisição e difusão de novos conhecimentos científicos poderão servir de subsídios para conscientizar as equipes do PSF e de outras unidades que realizam pré-natais e acompanhamento puerperal no município, sobre a sua importância e benefício do mesmo no combate a mortalidade materna e infantil.

A justificativa, então, do ponto de vista social, concentra-se na relevância da abordagem do tema enquanto possível norteadora de ações nos serviços de saúde que visem reduzir, cada vez mais, os indicadores de mortalidade infantil e materna, influenciados pela realização, ou não, do pré-natal.

A relevância técnica desse trabalho ocorre à medida que é possível analisar o que a literatura diz sobre o tema e ao mesmo tempo registrar uma base conceitual e

operacional sobre o mesmo, já que, apesar do assunto ser amplo, poucos são os trabalhos publicados especificamente acerca da relação entre pré-natal realizado nas equipes de Saúde da Família e redução da mortalidade materna e infantil.

## **Objetivos**

São os seguintes objetivos desse trabalho:

### Objetivo geral

Identificar parâmetros e propor um fluxo de ações padronizadas, a ser iniciado dentro de seis meses a um ano, que abranja à atenção do pré-natal ao puerpério, possibilitando uma melhoria dos serviços pré-natais, visando à redução da mortalidade materna e infantil no município de Itapecerica, Minas Gerais.

### Objetivos específicos

- a) Identificar a importância e os aspectos conceituais e operacionais para a realização do pré-natal por equipes de Saúde da Família.
- b) Fornecer subsídios e propor um protocolo do processo de cuidado pré-natal para o município de Itapecerica.
- c) Aumentar a cobertura do pré-natal pelas equipes de saúde da família no município de Itapecerica através da sensibilização dos profissionais envolvidos na rede sobre sua importância no combate à mortalidade materna e infantil.

## **Metodologia**

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada pesquisa bibliográfica para formulação de referencial teórico e fundamentação científica, bem como uma análise do tema, a partir da bibliografia levantada, considerando a relação entre o pré-natal realizado por equipes de Saúde da Família e a redução da mortalidade materna e infantil.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Lakatos e Marconi (1991) acrescentam que a pesquisa bibliográfica tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. Nesse sentido, foram utilizados livros e a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde.

Foram utilizados os seguintes “descritores” na busca por via eletrônica: “cuidado pré-natal”, “saúde da família”, “mortalidade materna” e “mortalidade infantil” sendo utilizados somente os textos completos, idioma português com ano de publicação entre 2005 e 2010.

O critério de inclusão baseou-se, preponderantemente, em estar relacionado ao Programa de Saúde da Família e sobre os benefícios do pré-natal e conteúdos pudessem agregar informações que tivessem relação com os objetivos propostos. Assim, buscou-se reunir artigos com conteúdos e abordagens que pudessem contribuir para a resposta do problema proposto inicialmente.

O critério de exclusão, portanto, foi o descarte de artigos e conteúdos que, embora trouxessem em seu texto um dos descritores, não seguissem o mesmo raciocínio dos objetivos determinados neste estudo de revisão, partindo para outras abordagens mais amplas e diversas.

## ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O pré-natal tem como um de seus objetivos centrais assegurar um correto desenvolvimento da gestação, permitindo um trabalho de parto seguro e um recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna. Levando em consideração os aspectos psicossociais a serem considerados e as atividades preventivas e educativas, o modelo de atenção primária Estratégia Saúde da Família vem contribuindo de forma significativa com estes resultados, pois, através da captação precoce das gestantes, disponibilidade de atendimento e atividades educativas tem demonstrado importante resultado na redução da mortalidade materna e neonatal em todo o território nacional (GAIO, 2004).

A presente revisão bibliográfica abordará evidências científicas, obtidas como descrito em metodologia, considerando os aspectos de atenção pré-natal e puerperal, processo de trabalho para a atenção pré-natal na estratégia Saúde da Família e parâmetros para redução da mortalidade materna e infantil: A Rede Cegonha.

### Atenção pré-natal e puerperal

A Estratégia Saúde da Família, eixo estruturante da atenção básica em todo o território nacional, visa, principalmente, ampliar o **primeiro contato**, ou seja, o acesso e a utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento, a **longitudinalidade** do cuidado, ou vínculo, que é a relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde, entre profissionais e indivíduos, a **integralidade**, que pressupõe um conceito amplo de saúde, na qual as necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas, e a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática comunitária e por último, a **coordenação do cuidado**, ou organização das respostas ao conjunto de necessidades, passo essencial para o sucesso dos demais, pois saúde consiste em um conceito amplo de atenção as necessidades dos indivíduos famílias e comunidades, por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2007).

Sendo assim, torna-se ferramenta indispensável para realização do acompanhamento da mulher grávida em todo o seu período gestacional, continuando durante o período puerperal, assegurando um desenvolvimento saudável para mulher e para o neonato (BRASIL 2007).

O objetivo do pré-natal definido pelo Ministério da Saúde brasileiro consiste em uma assistência a mulher durante o período gravídico e puerperal, de forma que esta mulher deve ser acolhida desde o início da gravidez, assegurando, até o fim da gestação, o nascimento de um concepto saudável e a garantia do bem estar da mãe e do neonato. A assistência materna é associada à atenção ao recém-nascido e à criança nos primeiros meses. Por período puerperal vamos nos referir nesse texto ao período que se inicia após o parto e a dequitação da placenta e vai até o 45º dia, sendo denominado como **tardio** (GAIO, 2004).

O mesmo Ministério preconiza que uma assistência qualificada e humanizada se realize por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, sendo que o serviço de saúde deve ser de fácil acesso e de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: prevenção, promoção e assistência à saúde da puérpera e do recém-nascido, desde a unidade básica até ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006).

A classificação do risco é necessária para identificar as gestações de alto risco e oferecer atendimento diferenciado nos variados graus de exigência, evitando, assim, maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

A gravidez é considerada de baixo risco quando não são necessárias intervenções de maior complexidade e cujas morbidades e mortalidades maternas e perinatais são menores do que a vigente para a população em geral. Sendo assim a gestante deve ser reavaliada de forma contínua em cada consulta e só pode ser confirmada de baixo risco ao término do processo gestacional, após o parto e o puerpério (GAIO, 2004).

Considera-se de alto risco ou de risco agravado a gravidez em que a gestante ou seu concepto está sujeito a sucumbir ou ser lesado durante o ciclo gravídico-puerperal. Sempre que identificados fatores com pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez, de alto risco, passa a ter necessidade de avaliações mais frequentes e de maior complexidade (GAIO, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) estabelece que os estados e municípios, por meio das unidades que integram o seu sistema de saúde, devem realizar a atenção ao pré-natal e puerpério assegurando os seguintes parâmetros:

- Captação precoce da gestante, em menos de 120 dias.
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.
- Realizar durante a gravidez atividades de escuta da mulher e seu acompanhante, atividades educativas em grupo ou individual, estímulo ao parto normal, anamnese e exame clínico da gestante, exames laboratoriais, imunização antitetânica, avaliação do estado nutricional, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais, prevenção e tratamento do câncer de colo do útero e mama.
- Tratar as intercorrências da gravidez, utilizando a classificação do risco da gravidez na primeira consulta e nas subsequentes.
- Atender as comorbidades e garantir o vínculo e acesso à unidade de referência ambulatorial e/ou hospitalar especializado.
- Registrar os atendimentos no prontuário e cartão da gestante.
- Atender a mulher e o neonato no pós-parto imediato e realizar a consulta puerperal.

Segundo Gonçalves *et al.* (2008), a assistência à gestante é uma atividade realizada há muito tempo pelos serviços de saúde pública no Brasil, visando principalmente melhorar os indicadores de saúde materno-infantil. A assistência ao pré-natal consiste num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do seu conceito.

Consideramos risco como toda característica ou circunstância que esteja associada ao aumento da probabilidade de ocorrência de um fato indesejado, independente de sua causalidade.

Com a realização pré-natal, tem-se a possibilidade de evitar a mortalidade materna em torno de 90 a 95%, o que, por sua vez, está ligado diretamente à

oportunidade e qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, parto e puerpério, visto que o melhoramento da atenção ao pré-natal é essencial para prevenir morte por doenças hipertensivas (que responde por 24% das mortes maternas), hemorragias, sepsis e por outras causas diretas, além de contribuir para indicação de forma correta de parto cesariana. Sendo assim, um pré-natal bem conduzido é essencial para redução da morbimortalidade materna e neonatal (VICTORA, 2001, *apud* BENIGNA, NASCIMENTO, MARTINS, 2005).

Em relação à atenção puerperal, puerpério **imediate** deve ser compreendido como o período que se inicia logo após o parto e dequitação da placenta e vai até o 10º dia, sendo denominado **tardio**, entre o 10º e o 45º dia e, por fim, o puerpério **remoto**, que vai além do 45º dia (GAIO, 2004).

Durante esse período deve ser estimulado o vínculo entre os pais e filho, devendo esse ser reforçado ainda na primeira hora de vida, incentivando os pais a olhar, tocar e a amamentar seu filho. Lembrando que na primeira hora de vida, deve-se ficar atento aos riscos de hemorragia materna, atentando para os seus sinais, frequência cardíaca, pressão arterial, involução uterina e volume de perda sanguínea. A puérpera deve ser encorajada a deambular o mais precoce possível, manter uma higiene meticulosa com a vulva e períneo e aplicar bolsas de gelo sobre o períneo para reduzir o edema e desconforto pós episiotomia (GAIO, 2004).

Assim que a mulher e o recém-nascido retornam para seu domicílio, recomenda-se uma visita domiciliar para os mesmos na primeira semana após a alta. Caso o bebê for considerado de alto risco, essa visita deve ser feita nos primeiros três dias. A busca e agendamento são feita pelos agentes comunitários de saúde. Os objetivos dessa visita são (BRASIL, 2006):

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido.
- Orientar e apoiar a família para amamentação.
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido.
- Avaliar a interação da mãe com o bebê.
- Identificar as situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.
- Orientar o planejamento familiar.

Ainda com relação as cuidados pós-neonatais, as ações do 5º dia compreendem a atenção prestada pelas equipes de Saúde da Família no seu primeiro contato com as crianças e tem por finalidade (MINAS GERAIS, 2005):

- Preencher o cartão da criança e orientar a família sobre sua importância e finalidade.
- Verificar sinais de perigo (convulsões, amamentação, vômitos, frequência respiratória, tiragem subcostal, batimento de asa de nariz, gemido, fontanela abaulada, secreção purulenta no ouvido, eritema ou secreção purulenta no umbigo, pústulas na pele, letargia, movimentos menos que o normal, sinais de dor a manipulação, febre, hipotermia).
- Realizar o teste do pezinho.
- Aplicar as vacinas BCG e Hepatite B, caso ainda não tenha sido aplicadas.
- Orientar aleitamento materno, cuidados com umbigo e higiene.
- Verificar icterícia.
- Agendar primeira consulta de puericultura.
- Aplicar vacina anti-rubéola na mãe, caso ainda não vacinada.
- Agendar consulta de pós-parto para a mãe.

Para Benigna *et al.* (2005) a realização do pré-natal pelas equipes de saúde da família tem contribuído para melhorar os indicadores epidemiológicos, principalmente onde as condições de vida e saúde são mais precárias.

Oliveira e Ramos (2007, p. 243) afirmam que:

[...] o Programa de Saúde da Família possibilita uma melhor compreensão das situações, com uma atuação mais dialógica e completa, como por exemplo, o atendimento do pré-natal. Permitindo o exercício da criatividade pelos profissionais de saúde, é possível construir vínculos mais espontâneos e mais naturais com a população, "ir além da técnica" no sentido de transformar técnicas e protocolos em meios para alcançarmos um fim maior, no qual o incentivo para que os usuários desenvolvam o

senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, esteja em primeiro lugar.

### **Processo de trabalho para a atenção pré-natal na estratégia saúde da família**

Um pré-natal realizado de forma humanizada e com qualidade contribui para a evolução de uma gravidez saudável sem riscos para a mãe e o seu futuro conceito. O Programa de Saúde da Família tem como um de seus objetivos principais a prevenção e promoção da saúde, sendo de sua responsabilidade a saúde da mulher e da criança em todos os seus ciclos da vida, garantindo às gestantes um acesso ao serviço de saúde, sendo está, uma estratégia importante no combate a mortalidade materna e infantil.

As equipes de Saúde da Família visam um cuidado envolvendo toda a comunidade local em seu *habitat*, o que permite conhecer a realidade onde os indivíduos estão inseridos. Os profissionais têm como princípio básico ser hábil nas tomadas de decisões e ser fonte de recursos para uma população definida. Assim, saúde da família é uma estratégia baseada na comunidade, em que a relação entre paciente-equipe é alvo central (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Podemos ainda dizer que a atenção à mulher grávida inclui a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas ocorridos durante o período gestacional até o pós-parto, tanto da mulher quanto do bebê. Por isso, a assistência deve considerar os aspectos biopsicossociais, não mais se concebendo a assistência baseada nos modelos biomédicos. Devem ser considerados os sentimentos da mulher em suas múltiplas dimensões, visto que a gestação é um momento único e singular da vida das mulheres (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Em estudo realizado em Palmas no estado do Tocantins (SILVA e MONTEIRO, 2009), com o objetivo de se verificar a adequação da assistência de pré-natal em gestantes atendidas nas unidades de Estratégia Saúde da Família, foram abordados: em primeiro lugar, as características socioeconômicas das puérperas, segundo, exame clínico-obstétrico junto com exames laboratoriais,

terceiro, adequação do pré-natal, e em quarto lugar, a associação entre a adequação do pré-natal e as características socioeconômicas maternas.

Com relação ao primeiro item – características socioeconômicas – verificou-se que a baixa renda está associada diretamente a inadequação da assistência pré-natal.

Já para o segundo item – exames clínico e laboratoriais – foram considerados como bons os exames clínico-obstétricos, mas houve uma baixa porcentagem de puérperas que repetiram os exames laboratoriais no terceiro trimestre.

No terceiro, verificou-se que há uma adequação do pré-natal, pois a grande maioria das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e realizou mais de seis consultas durante o período gestacional.

Por fim o quarto item, que avaliou a associação entre adequação do pré-natal e as características socioeconômicas, concluiu-se que fatores como idade materna, etnia, renda familiar, escolaridade, situação conjugal e trabalho remunerado, influenciam diretamente a qualidade da atenção pré-natal (SILVA e MONTEIRO, 2009).

Sendo assim a Estratégia Saúde da Família tem total capacidade de identificar esses fatores de risco no cuidado pré-natal, por estar inserida dentro da comunidade onde a gestante está inserida, e por atuar de forma preventiva em todos os itens citados no estudo de Silva e Monteiro.

Em outro estudo realizado em Araguari, Minas Gerais, onde foi avaliada a efetivação de três indicadores – seis consultas de pré-natal, exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde e a captação precoce da gestante com menos de 120 dias de idade gestacional –, verificou-se que as unidades de Saúde da Família prestam uma assistência melhor do que o Centro de Atendimento e Atenção Materno Infantil que atende as gestantes não cobertas pelas equipes de Saúde da Família, e que estas unidades atendem aos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

Para Gonçalves *et al.*(2008) em estudo sobre a efetividade da assistência de pré-natal de uma unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo, verificou-se que o modelo de assistência preconizado pelo PSF, no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos profissionais a cada oportunidade de contato

do usuário com o serviço de saúde, constatou-se que essa característica proporciona às gestantes uma segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez. O estudo verificou também que a captação precoce da gestante para realização do pré-natal no primeiro trimestre está presente em 82% das gestantes e que a totalidade realizou no mínimo seis consultas de pré-natal e não houve intervalo entre uma consulta e outra superior a oito semanas, principalmente devido à busca ativa dos agentes comunitárias de saúde.

O mesmo estudo salienta que a delimitação de área de abrangência por equipes de SF permite uma captação precoce da gestante residentes na comunidade, bem como as incentivam ao comparecimento no pré-natal. O estudo também verificou que não houve casos de abandono do pré-natal e/ou óbitos maternos e neonatais e somente um caso (2% do total estudado) de criança que nasceu com baixo peso (menos de 2.500 gramas) devido à mãe ser tabagista e consumir acima de 20 cigarros/dia (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Como mostra este estudo, são inúmeros os benefícios da realização da atenção pré-natal pelas equipes de Saúde da Família, atuando diretamente na redução da mortalidade materna e infantil.

Uma característica das equipes de Saúde da Família é contar com a interdisciplinaridades dos seus profissionais. Em uma pesquisa com gestantes acompanhadas nas unidades de Saúde da Família na zona leste de São Paulo, em que um dos objetivos era identificar as informações adquiridas pelas gestantes durante o acompanhamento e atendimento multiprofissional do pré-natal, verificou-se que o esclarecimento das gestantes deve ser constante, desde as visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde, até nos grupos de educação em saúde, prevendo a participação da equipe de saúde bucal, com a intenção de estimulá-las a procurar o serviço de saúde bucal para prevenir várias complicações e também para aprender sobre os cuidados com o bebê (MELO *et al.*, 2007).

Sabendo-se sobre a importância do contato da gestante com os profissionais de saúde, Piccini *et al.* (2007) fizeram um estudo sobre a efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do sul e do nordeste do Brasil e, em sua comparação, através de múltiplos fatores de avaliação, permitiu identificar uma vantagem relativa do PSF em relação ao modelo tradicional.

Vasconcelos (2001) *apud* Oliveira e Ramos (2007), ressalta que o Programa de Saúde da Família possibilita uma melhor compreensão das situações, com uma atuação mais dialógica e completa, com os profissionais que atuam utilizando a criatividade e construindo vínculos com a população. Nesse mesmo estudo, é feita uma avaliação do grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de Saúde da Família no município de Vitória e conclui-se que:

[...] a maioria das gestantes mostrou satisfação com o atendimento prestado nas Unidades estudadas, havendo uma clara associação desse contentamento com a boa relação com os membros da equipe e a existência da visita domiciliar como fator importante da qualidade do serviço prestado (OLIVEIRA e RAMOS, 2007, p. 253).

Para avaliar o cuidado à gestante no contexto do Programa de Saúde da Família, Costa *et al.* (2007) avaliaram os seguintes atributos no município de Teixeiras, Minas Gerais: estrutura, sendo esta as instalações físicas, recursos materiais e normas; processo, como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários, a intersetorialidade, a referência e contra-referência, a participação da comunidade; e por fim o resultado, – a acessibilidade, o acolhimento e a resolubilidade.

Como decorrência do estudo, foram obtidas as seguintes informações:

Item estrutura: uma instalação física incipiente, precária, velha, com muitas dificuldades de higienização e biossegurança. Os recursos materiais receberam avaliação intermediária e, como principal deficiência, a falta de protocolos e normas de atividades de grupo e de educação em saúde.

Item processo: classificado como intermediário, sendo que a avaliação clínica da gestante foi classificada como intermediária assim como o cartão da gestante. Com relação a atividades educativas recebeu a classificação incipiente, evidenciando a necessidade de maior realização de grupos educativos com a gestante abordando temas como aleitamento materno, alimentação da gestante,

imunização, informações sobre preparação para o parto, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar.

Item resultado: no qual foram avaliados acessibilidade, acolhimento e resolubilidade, recebeu classificação avançada, a maioria das gestantes se sentia bem acolhidas nas equipes de Saúde da Família e valorizaram a importância dos agentes comunitários de saúde, ao acolher informações, dificuldades e necessidades das gestantes e seus familiares.

Esse estudo revela as dificuldades que as equipes de Saúde da Família no município de Teixeira enfrentam, como, por exemplo, as estruturas físicas precárias e falta de recursos materiais e, ainda, a necessidade de profissionais que atuem no serviço voltando à atenção para práticas educativas e preventivas, conforme prerrogativa do programa Saúde da Família, mas, que mesmo assim, foi possível conseguir um resultado avançado no cuidado do pré-natal pelo uso de protocolos disponíveis pelo Ministério da Saúde por todos os profissionais que constituem as equipes, ressaltando-se uma participação efetiva dos agentes comunitários de saúde na criação de vínculo com as famílias pertencentes à área de abrangência, facilitando o acesso e melhorando o acolhimento das gestantes nas unidades de saúde.

Já Araújo, Vieira e Silva (2008), em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, objetivaram analisar a implantação da detecção da infecção pelo vírus HIV em gestantes em uma unidade básica de Saúde da Família. Evidenciaram que o acesso à marcação de consulta de pré-natal é umas das principais dificuldades enfrentadas pelas mesmas para realização do teste anti-HIV e que essa deficiência se dá principalmente pela não captação precoce da gestante e não priorização do atendimento da mesma nas unidades de Saúde da Família, o que, por muitas vezes, leva a gestante a não realizar o exame.

Conforme relatado pelo estudo, vimos que um dos objetivos centrais do Programa de Saúde da Família é facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde assim como oferecer um atendimento que assegure a resolubilidade.

[...] a atenção pré-natal é uma prioridade do PSF e tem a finalidade de detectar precocemente os fatores de risco para anomalias ou enfermidades nas mulheres grávidas, visando prestar intervenções eficazes e oportunas, o acesso à consulta deve ser uma prioridade, especialmente neste programa, e o programa de saúde da família se apresenta como espaço estratégico cujo envolvimento é imprescindível para que a política de prevenção da TV realmente se concretize. (ARAÚJO, VIEIRA e SILVA, 2008, p.1904).

### **Parâmetros para redução da mortalidade materno-infantil: a Rede Cegonha**

Com o intuito de garantir a assistência e a humanização do atendimento às gestantes, o Ministério da Saúde do Brasil lançou recentemente o programa Rede Cegonha, onde visa garantir à gestante e ao recém-nascido os seguintes benefícios: o acesso, pelo transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, o vínculo da gestante a uma unidade de referência, garantindo, assim, um trabalho de parto seguro, através de boas práticas de atenção, com direito a escolha do acompanhante pela gestante e acesso ao planejamento reprodutivo.

O principal objetivo desse programa é garantir a todas as gestantes o acesso, acolhimento e resolutividade, garantindo a redução da mortalidade materna e neonatal, mediante (BRASIL, 2011):

- Efetivação de um sistema de saúde que tenha números de consultas suficientes para as gestantes.
- Ampliação de exames e retorno dos resultados em tempo hábil.
- Visitas ao local onde ocorrerá o parto, com vagas sempre disponíveis.
- Vale transporte e vale-táxi.
- Escolha do acompanhante pela gestante.
- Adoção de boas práticas com estímulo ao parto normal.
- Promoção do aleitamento materno.

- Garantia do acompanhamento na atenção básica da mãe e da criança e na atenção especializada para os de maior risco.
- Imunização para ambos, conforme calendário vacinal vigente, com busca ativa de faltosos.
- Acesso ao planejamento familiar, direito sexual e reprodutivo.

A classificação do risco gestacional em todas as consultas permite a adequação do cuidado durante todo o transcorrer do período gestacional, e em caso de qualquer alteração nas condições da gestante, permite intervenção imediata.

Com relação aos exames laboratoriais, é imprescindível a realização destes de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) e seus resultados em tempo hábil, pois algumas alterações podem implicar em cuidados especiais, e um diagnóstico tardio durante o período gestacional pode implicar em sérios riscos tanto para a mãe quanto para o bebê.

Já a garantia de vinculação da gestante em uma unidade de referência, principalmente no caso das gestantes de alto risco, traz para a mulher e sua família uma sensação de tranquilidade, já que o seu parto irá ocorrer em um ambiente hospitalar com total segurança, com equipe capacitada e transporte seguro e sempre disponível, evitando assim a “mãe peregrina” (BRASIL, 2011).

O atendimento da criança nos seus primeiros dois anos de vida através das equipes de Saúde da Família, e especializado para os casos de maior risco, junto com a promoção do aleitamento materno e imunização de acordo com o calendário vacinal vigente, com a busca ativa de faltosos, são medidas que contribuem de forma significativa com a redução da mortalidade infantil e para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê.

O planejamento familiar permite ao casal decidir quando e quantos filhos pretendem ter, e através dessa prática irá contribuir com o controle de natalidade e a ocorrência de gravidez não planejada.

## **SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM FLUXO DE AÇÕES, DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO, PARA O MUNICÍPIO DE ITAPECERICA**

Para a atualização do processo de atenção à gestante, considerando os dados das evidências registradas, sugerimos a revisão do processo de trabalho dos membros das equipes de SF, referente às seguintes ações: captação da gestante, controle e organização do fluxo das gestantes dentro do município e quando referenciadas para o centro Viva Vida, acompanhamento das gestantes pelas equipes de Saúde da Família até a 30ª semana de idade gestacional, acompanhamento da gestante a partir da 30ª semana pelo centro de especialidades (Posto Central), garantir o atendimento puerperal, ações do quinto dia e continuidade através da puericultura. Apresentamos no APÊNDICE A uma proposta de fluxo para as ações do cuidado pré-natal até o período puerperal pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapeçerica-MG.

São propostas 15 atividades, apontando-se os responsáveis e as ações a serem desenvolvidas. As ações propostas visam atender aos indicadores de cobertura, sendo avaliados da seguinte forma:

### **Indicadores**

1. Número de gestantes encaminhadas pelo ACS: atendidos / total de casos encaminhados pelo ACS.
2. Número de gestantes atendidas por médicos e enfermeiros / total de gestantes registrados.
3. Número de gestantes referenciadas atendidos / total de gestantes referenciadas.
4. Número de gestantes acompanhadas pelo ACS no domicílio e pelo médico ou enfermeiro / total de gestantes registradas.
5. Número de gestantes referenciadas acompanhadas / total de gestantes referenciadas.

6. Número de gestantes contra-referenciadas atendidas / total de gestantes contra-referenciadas.

Essa avaliação deve ser realizada sistematicamente a cada três meses, de forma que permita um melhoramento contínuo da atenção pré-natal pelas equipes de Saúde da Família no município de Itapeçerica-MG.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura aponta para que o pré-natal seja iniciado precocemente e que a realização de atividades de prevenção, promoção, proteção, tratamento das intercorrências no período gestacional, classificação do risco em toda consulta – sendo no mínimo seis durante o período gestacional, uma pós-parto e uma puerperal – contribuam no combate à mortalidade materna e infantil e que as unidades do Programa de Saúde da Família sejam essenciais para realização dessas atividades.

Nesse trabalho objetivou-se levantar bases conceituais sobre a importância da realização do pré-natal pelas equipes de Saúde da Família e sua contribuição na redução da mortalidade materna e infantil. Dessa forma, a aquisição de novos conhecimentos científicos serve de subsídios para estimular as equipes de Saúde da Família, assim como conscientizá-las sobre o acompanhamento pré-natal e puerperal no município de Itapeçerica, em Minas Gerais (Brasil), melhorando a assistência mãe-filho e reduzindo, assim, a mortalidade materna e infantil.

Na revisão bibliográfica, o mais significativo foi verificar que em várias unidades de equipes de Saúde da Família em todo o território nacional onde o pré-natal é realizado de forma adequada, consegue-se uma ótima adesão das gestantes, com excelente cobertura e, principalmente, impacto na redução da mortalidade materna e infantil.

Com relação à estrutura física das unidades de Saúde da Família na contribuição ao cuidado na atenção pré-natal, essa foi poucas vezes citada, talvez por não representar significativa importância na qualidade do atendimento, e quando foi citado, demonstrou também que interfere muito pouco na qualidade da atenção prestada, e o que realmente mais influencia na qualidade da atenção pré-natal é a forma de abordagem da equipe, desde o acolhimento, atendimento, grupos educativos e da eficiência da busca ativa dos agentes comunitários de saúde.

Entre os objetivos levantados para este trabalho, além de identificar a importância e os aspectos conceituais e operacionais para a realização do pré-natal por equipes de Saúde da Família, foi possível fornecer subsídios para a construção

de um protocolo, assim como propor a implantação de um protocolo de pré-natal para o município de Itapecerica.

Sendo assim, através da implantação de um fluxo de ações para o processo de realização de pré-natal e sensibilização dos profissionais que constituem a rede de atenção pré-natal no município de Itapecerica, é possível ampliar a cobertura do pré-natal pelas equipes de Saúde da Família na tentativa de contribuir com a redução da mortalidade materna e infantil.

Como próxima etapa para ampliação da atenção pré-natal no município de Itapecerica, MG, é necessário sensibilizar as equipes de Saúde da Família para sua realização, aplicar as bases conceituais sobre a atenção pré-natal no Ministério da Saúde do Brasil e utilizar a Linha Guia de Pré-natal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para construção e posterior implantação do protocolo de pré-natal.

Como recomendação para redução da mortalidade materna e infantil no município de Itapecerica, MG, poderá contribuir de forma significativa na redução dos parâmetros de mortalidade, a adoção de um fluxo de ações padronizado para atenção pré-natal e puerperal pelas unidades que realizam pré-natal no município, a sensibilização de todos os profissionais envolvidos na rede sobre a importância do pré-natal ser realizado pelas equipes de Saúde da Família e a adoção do programa Rede Cegonha pela Secretaria Municipal de Saúde proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil a ser iniciado dentro de um período de seis meses a um ano.

Para o acompanhamento do serviço de pré-natal, bem como a adesão das gestantes e das equipes de Saúde da Família ao fluxo estabelecido é necessária a revisão trimestral dos indicadores apresentados no apêndice A, de forma que o mantenha atualizado e permita intervenções em tempo hábil no processo do cuidado pré-natal.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L., VIEIRA, N. F. C., SILVA, R. M. Implementação do Diagnóstico da Infecção pelo HIV para Gestantes em Unidade Básica de Saúde Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n.6: p. 1899-1906, nov./dez 2008. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-493884>>. Acesso em: 17 maio 2011.

BENIGNA, M. J. C., NASCIMENTO, W. G., MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2: 23-31, jun./dez. 2004. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-417978>> Acesso em: 17 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério**. Assistência Humanizada e qualificada. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2011

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, vol. 8, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2011.

BRASIL. DATASUS, **Indicadores de Mortalidade**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c01b.htm>>. Acesso em: 9 set. 2011.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=313350>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BRASIL, Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 9 ago. 2011.

COSTA, G. D., *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1 Rio de Janeiro, RJ. set./out. 2009. p. 1347-1357. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-524993>>. Acesso em: 17 maio 2011.

DUARTE, S. J. H., ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no programa Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 1: p. 122-125, abr. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-446987>> Acesso em: 17 maio 2011.

GAIO, D. S. M., Assistência Pré-Natal e Puerpério. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. São Paulo: Artmed, 2004, 3ª ed., p 357.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, p.44.

GONÇALVES, R.; *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.3: p. 352, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-486369>>. Acesso em: 17 maio 2011.

ITAPECERICA, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Investimento 2010**. Dados Locais, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991, p. 183.

MELO, J. M., *et al.* Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 16, n.2: p 280-286, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-455820>>. Acesso em: 17 maio 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, **Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério**. Belo Horizonte, 2003,1ª ed.p. 3 – 7.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte, 2005,1ª ed. p. 21.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, **Análise de Situação de Saúde**, Belo Horizonte, 2010, p.61. Disponível em: < [http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/publicacao\\_subsec\\_saude\\_FINAL.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf) > Acesso em: 9 set. 2011.

MIRANDA, F. J. S., FERNANDES, R. A. Q. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Revistas de Enfermagem, UERJ**, v. 18, n. 2: p. 179-183, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-561977>>. Acesso em: 17 maio 2011.

OLIVEIRA, C. B., RAMOS, M. C. O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de Saúde da Família no município de Vitória. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 15, n.2: p. 243-253, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-520087>>. Acesso em: 17 maio 2011.

PICCINI, R. X., *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 7, n. 1: p. 75-82, jan./mar 2007. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-454572>>. Acesso em: 17 maio 2011.

SILVA, M. B., MONTEIRO, P. S., Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família em Palmas- TO, 2009. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1: p. 22-29, 2010. Disponível em:  
<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-575249>>. Acesso em: 17 maio 2011.

**APÊNDICE A** Proposta de fluxo de ações de cuidado, do pré-natal ao período puerperal, pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapecerica-MG.

Equipe de Saúde da Família: _____					
Atividades	Responsável				Ações:
	Méd.	Enf.	Aux. Enf.	ACS	
1. Identificar e captar a gestante o mais precoce possível.	X	X	X	X	Durante consultas individuais, ou visitas domiciliares, sempre que identificar uma gestante, encaminhar para iniciar o pré-natal no PSF.
2. Orientar a buscar atendimento na unidade de saúde e realizar busca ativa das gestantes residentes na área de abrangência.				X	Identificar as gestantes no bairro e encaminhar o mais precoce possível, preferencialmente antes do 4º mês de gestação. Verificar se todas foram atendidas pela equipe de SF (indicador 1).
3. Realizar o acolhimento, cadastramento e a primeira consulta da gestante na unidade de Saúde da Família.	X	X			Cadastrar no SISPRENATAL o mais precoce possível, preferencialmente antes do 4º mês, fornecendo o número de cadastro. Vinculá-la à maternidade de referência. Fazer a abertura do prontuário, levantar a história perinatal, preencher o cartão da gestante, avaliar o risco gestacional, orientá-la quanto à participação nos grupos educativos sobre aleitamento materno, cuidados com recém-nascido e parto. Encaminhar ao Centro Viva Vida, caso for gestante de alto risco. Solicitar e autorizar os exames laboratoriais, conforme preconizado pela SES-MG, solicitar ultra-som obstétrico e agendar coleta de citopatológico (indicadores 2 e 3).
4. Avaliar o estado vacinal da gestante contra o tétano e encaminhá-la para vacinação quando necessário.	X	X	X		Verificar se o cartão de vacinas da gestante possui pelo menos três doses da vacina antitetânica, sendo a última a menos de cinco anos, caso esteja faltando alguma dose, encaminhá-la para sala de vacinas.

continua

**APÊNDICE A** Proposta de fluxo de ações de cuidado, do pré-natal ao período puerperal, pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapecerica-MG – continuação.

Equipe de Saúde da Família: _____					
Atividades	Responsável				Ações:
	Méd.	Enf.	Aux. Enf.	ACS	
5. Administrar vacina antitetânica.		X	X		Administrar as doses da vacina antitetânica sempre que necessário conforme calendário vacinal vigente, anotar no cartão da gestante, no cartão de vacinas e por fim, no mapa de doses aplicadas. Agendar as próximas doses, quando for necessário.
6. Verificar mensalmente se o número de gestantes cadastradas está igual ao número de gestantes acompanhadas pela equipe de Saúde da Família.		X		X	Comparar com os registros do SISPRENATAL (indicador 4).
7. Realizar segunda consulta de pré-natal	X				Revisar a ficha perinatal e a anamnese atual, cálculo da idade gestacional (IG), controle do calendário vacinal, exame físico geral e gineco-obstétrico, interpretação dos exames laboratoriais e solicitação de outros se necessário, acompanhamento das condutas em serviços especializados, registrar os dados da consulta no cartão da gestante e no prontuário, preencher a ficha de acompanhamento do SISPRENATAL, prescrição de medicamentos e suplementos vitamínicos quando necessário, reclassificar o risco da gestante.
8. Providenciar, nos casos indicados, o atendimento no centro de referência de maior complexidade.	X	X			Conferir a efetivação do atendimento de referência (indicador 5) e analisar a indicação dos encaminhamentos realizados.

Continua

**APÊNDICE A** Proposta de fluxo de ações de cuidado, do pré-natal ao período puerperal, pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapecerica-MG – continuação.

Equipe de Saúde da Família: _____					
Atividades	Responsável				Ações:
	Méd.	Enf.	Aux. Enf.	ACS	
9. Realizar o acompanhamento subsequente até o término da gravidez, sendo que na 30ª semana a gestante deve ser encaminhada ao Centro de Especialidades (Posto Central) municipal para acompanhamento mútuo.	X	X	X	X	Realizar o acompanhamento mensal da gestante, de acordo com as atribuições de cada classe profissional, na 30ª semana, encaminhá-la para continuidade do pré-natal no Centro de Especialidades, junto com relatório clínico-obstétrico e exames realizados para acompanhamento, até o término da gravidez, pelo médico pré-natalista.
10. Realizar a busca ativa das gestantes faltosas nas consultas e grupos educativos.				X	Realizar através de visitas domiciliares a busca ativa de gestantes que por algum motivo faltaram a consulta ou a atividades educativas e, logo em seguida, fazer um novo agendamento.
11. Atender os casos contra referenciados.	X	X			Conferir a efetivação da contra-referência (indicador 6).
12. Comunicar à equipe sobre o nascimento, agendar visita para o médico ou enfermeiro e encaminhar para as ações do quinto dia.				X	Realizar visita domiciliar nas primeiras 24 horas pós-alta hospitalar, encaminhar a mãe e o bebê para recebimento das ações do 5º dia.

Continua

**APÊNDICE A** Proposta de fluxo de ações de cuidado, do pré-natal ao período puerperal, pelas equipes de Saúde da Família do município de Itapecerica-MG – continuação

Equipe de Saúde da Família: _____					
Atividades	Responsável				Ações:
	Méd.	Enf.	Aux. Enf.	ACS	
13. Realizar as ações do 5º dia		X			Realizar as ações do quinto dia, agendar visita domiciliar até o décimo dia para crianças de risco habitual, agendar puericultura e consulta puerperal até o 30º dia.
14. Consulta puerperal	X				Avaliar o estado geral da puérpera, orientar sobre planejamento familiar.
15. Consulta de puericultura	X	X			Realizar consulta de puericultura, classificar o risco, e agendar próximas consultas.

Indicadores a serem avaliados, incluídos nas ações planejadas:

Indicadores
1. Número de gestantes encaminhadas pelo ACS: atendidos / total de casos encaminhados pelo ACS
2. Número de gestantes atendidas por médicos e enfermeiros / total de gestantes registrados
3. Número de gestantes referenciadas atendidas / total de gestantes referenciadas
4. Número de gestantes acompanhadas pelo ACS no domicílio e pelo médico ou enfermeiro / total de gestantes registradas
5. Número de gestantes referenciadas acompanhadas / total de gestantes referenciadas
6. Número de gestantes contra-referenciadas atendidas / total de gestantes contra-referenciadas