

Assistência pré-natal no Programa de Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário II do município de Campina Grande-PB

Prenatal care in the Family Health Program (PSF) of the Health District II of the municipality of Campina Grande-PB

Atención prenatal en el Programa de Salud de la Familia (PSF) del Distrito de Salud II del municipio de Campina Grande-PB

Recebido: 20/06/2024 | Revisado: 25/07/2024 | Aceitado: 06/09/2024 | Publicado: 11/09/2024

Maria Valbilene Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4920-2036>
União de Ensino Superior de Campina Grande, Brasil
E-mail: walbileneodonto@hotmail.com

Lindiclea Balbino de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1100-386X>
Faculdade do Cariri Paraibano, Brasil
E-mail: lindicleabalbino2021@gmail.com

Ana Josélia Pinheiros de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9707-3398>
Instituto de Ensino Profissional Brasileiro, Brasil
E-mail: anajoselia_2015@hotmail.com

Vilma Maria Ramos de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0293-4029>
Escola Paulista de Enfermagem, Brasil
E-mail: vilmamari.rony@hotmail.com.br

Guimara Gonçalves da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7866-6584>
Universidade Norte do Paraná, Brasil
E-mail: guimaracosta365@gmail.com

Cleo Siqueira de Paiva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1467-6054>
Faculdade Paulista de Tecnologia, Brasil
E-mail: cleos3388@gmail.com

Maria Aparecida Silva Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9248-2499>
Complexo Educacional do Cariri, Brasil
E-mail: cidamedeiros18@hotmail.com

Resumo

Introdução: A adequada assistência ao pré-natal deverá proporcionar o acolhimento à mulher respeitando as mudanças emocionais e fisiológicas inerentes à gestação, considerando suas dúvidas, medos e angústias relacionadas a este momento de sua vida. Sendo assim, se faz necessário também que esse acompanhamento possa ser monitorado através de indicadores que possibilite avaliar a adequação do serviço prestado. Este estudo descritivo, documental, transversal e analítico com abordagem quantitativa. **Objetivo:** Avaliar o Acompanhamento ao pré-natal no distrito sanitário II do município de Campina Grande-PB. **Resultados e Discussões:** constatou-se que 99,71% das gestantes cadastradas foram acompanhadas pelo agente comunitário de Saúde; 97,70% estavam com as vacinas em dia; 90,83 estavam com consulta pré-natal em dia. Com relação ao início do pré-natal no primeiro trimestre os resultados mostraram um percentual de 76,79%; avaliando a distribuição de gestantes acompanhadas por faixa etária os resultados obtidos mostraram que 58% das gestantes estudadas eram menores de 20 anos. **Considerações Finais:** Diante do exposto, considerou-se através deste estudo que o acompanhamento ao pré-natal se mostrou bastante satisfatório, todavia se faz necessário que a assistência ao pré-natal seja organizada de forma contínua e sistemática com ações assistenciais e educativas através de uma equipe multiprofissional qualificada, garantindo captação precoce dessa mulher, acompanhamento adequado e humanizado, parto e o nascimento seguro.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Pré-natal; Programa saúde da família; Cuidado pré-natal; Avaliação em saúde.

Abstract

Introduction: The appropriate attendance to the prenatal should provide the reception to the woman respecting the emotional and physiologic changes inherent to the gestation, considering your doubts, fears and anguishes related to

this moment of your life. Being like this, it's necessary also that that accompaniment can be monitored through indicators that it makes possible to evaluate the adaptation of the rendered service. This study descriptive, documental, traverse and analytic with quantitative approach aimed at to. *Evaluate:* The Accompaniment to the Prenatal in the Sanitary District II of the municipality of Campina Grande-PB. *Resulted e discuses:* Verified that 99,71% of the registered pregnant women were accompanied by the Community Agent of Health; 97,70% were up-to-date with the vaccines; 90,83 were up-to-date with prenatal consultation. With relationship to the begining of the prenatal in the first quarter the results they showed a percentile of 76,79%; evaluating the pregnant women distribution accompanied by age group the obtained results they showed that 58% of the studied pregnant women were smaller of 20 years. *Final Considerations:* Before the exposed, he/she was considered through this study that the accompaniment to the prenatal was shown quite satisfactory, though it is done necessary that the attendance to the prenatal is organized in a continuous and systematic way with actions assistences and educationals through a team qualified multiprofissional, that guaranteeing that woman's precocious reception, appropriate accompaniment and humanized, parturition and the safe birth.

Keyword: Prenatal care; Women's health; Family health; Family health strategy; Nursing assistance.

Resumen

Introducción: Una adecuada atención prenatal debe brindar apoyo a la mujer, respetando los cambios emocionales y fisiológicos inherentes al embarazo, considerando sus dudas, miedos y ansiedades relacionados con este momento de su vida. Por tanto, también es necesario que este seguimiento pueda ser monitoreado a través de indicadores que permitan evaluar la adecuación del servicio prestado. Se trata de un estudio descriptivo, documental, transversal y analítico con enfoque cuantitativo. Objetivo: Evaluar la atención prenatal en el Distrito de Salud II del Municipio de Campina Grande-PB. Resultados y Discusiones: se encontró que el 99,71% de las gestantes registradas fueron acompañadas por el Agente Comunitario de Salud; el 97,70% se encontraba al día con sus vacunas; 90,83 tenían consultas prenatales actualizadas. En cuanto al inicio del control prenatal en el primer trimestre, los resultados arrojaron un porcentaje del 76,79%; Al evaluar la distribución de las gestantes monitoreadas por grupo etario, los resultados obtenidos mostraron que el 58% de las gestantes estudiadas eran menores de 20 años. Consideraciones finales: En vista de lo anterior, se consideró a través de este estudio que la atención prenatal resultó ser bastante satisfactoria, sin embargo, es necesario que la atención prenatal se organice de manera continua y sistemática con acciones asistenciales y educativas a través de un equipo multidisciplinario calificado, garantizando la captura temprana de esta mujer, un adecuado y humanizado seguimiento, parto y parto seguro.

Palabras clave: Salud de la mujer; Prenatal; Programa de salud de la familia; Atención prenatal; Evaluación de la salud.

1. Introdução

Segundo Balica e Aguiar (2019), a assistência pré-natal constitui uma garantia para que a gestação possa transcorrer de forma saudável, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da gestante e de seus filhos.

A atenção pré-natal adequada é considerada uma das principais ações de promoção à saúde da gestante e do feto e prevenção de eventos adversos da gestação no âmbito da atenção primária à saúde. A melhoria do cuidado pré-natal pode ser considerada uma das mais importantes metas em termos de saúde pública devido à possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal (Silveira et al., 2008).

Para que o pré-natal seja realizado de forma adequada e proporcione bem-estar do binômio, mãe-filho se faz necessário que cada gestante seja captada o mais precocemente possível pelo serviço de saúde e o acompanhamento seja feito de maneira contínua. Sendo necessário também à existência de mecanismos que permitam registrar as ações desenvolvidas e métodos estatísticos para avaliar as ações prestadas pela instituição de saúde em conformidade com o estabelecido pelo Ministério da Saúde dentro das ações de promoção à saúde da mulher durante essa fase da vida (Silva & Pegoraro, 2018).

Segundo Zamprônio e Dreher (2013), um pré-natal inadequado é espelho dos altos índices de morbimortalidade, uma vez que 90% das causas de morte materna diretas são evitáveis no pré-natal e menos de 10% morrem de causas indiretas.

A vigilância do óbito materno, infantil e perinatal são de responsabilidade do gestor municipal. Deve ser realizada pela equipe de atenção básica para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher e de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade chamando este de evento-sentinelas o que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção (Venâncio & Paiva, 2010).

Sendo assim, em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua formulação os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (Guerreiro et al., 2012).

O principal objetivo do pré-natal é prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, período de significativas mudanças e que cada gestante vivencia de forma diferente. Segundo Luiz et al. (2018) essa condição caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas e emocionais, determinando que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo.

Nesse contexto, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) representou um passo fundamental, conciliando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua. Segundo os pressupostos da estratégia, a atenção deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa (Pierantoni & Garcia, 2012).

Segundo Almeida e Tanaka (2009), para que o monitoramento da atenção pré-natal e puerpério ocorram de forma organizada e estruturada, foi disponibilizando pelo DATASUS um sistema informatizado, SISPRÉ-NATAL, de uso obrigatório nas unidades de saúde o que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante. Esta avaliação prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. Sendo que, os indicadores de processo deverão ser monitorados continuamente para avaliação da atenção prestada.

Diante do exposto e das observações feita durante o estágio prático do componente curricular saúde da mulher, despertou-se o interesse pelo tema com o objetivo de avaliar a assistência ao pré-natal no distrito sanitário II do município de Campina Grande-PB. E como objetivo específico investigar o acompanhamento pelo agente de saúde, detectar as gestantes com imunização em dia, identificar as gestantes com consulta pré-natal no mês, identificar as gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, identificar o percentual de gestantes com menos de 20 anos cadastradas.

2. Referencial Teórico

2.1 Contextualização da assistência ao pré-natal

A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Não deve ser encarada como simples assistência médica e sim como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e emocional. O profissional que dá assistência pré-natal deve conhecer a fisiologia da gravidez, a fisiopatologia das intercorrências clínicas e as modificações emocionais do ciclo gravídico-puerperal (Livramento et al., 2019).

Nas alterações fisiológicas observadas durante o período de gestação são destacadas principalmente aquelas decorrentes dos fatores hormonais e mecânicos. Entretanto, é importante acrescentar que normalmente podem ser verificados alguns ajustes no organismo da mulher durante esse período de gravidez, contudo, é necessário que se identifiquem os transtornos dos sintomas sentidos pela gestante (Caldeira et al., 2010).

Conforme Rezende e Montenegro (2006), enfatiza essas alterações no metabolismo materno são necessárias para suprir as exigências suscitadas pelo rápido amadurecimento e desenvolvimento do concepto durante a gravidez.

Segundo Bertochi et al. (2018), é notório as alterações de maior intensidade, no âmbito emocional e psicológico. Além disso, observamos que o meio pelo qual a futura mãe responde a essas alterações depende dos vários fatores envolvidos no histórico de vida familiar. O planejamento da gravidez e os relacionamentos familiares, bem como o número de filhos.

Conforme Silva et al. (2018). desse modo, as alterações gestacionais que ocorrem acentuadamente no útero são provocadas pelo crescimento do órgão, hoje visto que a placenta acumula de 500 a 1000 ml de líquido amniótico.

Segundo Gonçalves et al. (2017), a gravidez produz alterações também no metabolismo glicídico, uma vez que o consumo contínuo de glicose pelo feto através da placenta influenciam profundamente o metabolismo dos carboidratos na gestante.

Para Barracho (2007), as alterações ocorridas no sistema cardiovascular evidenciada pelo aumento da frequência cardíaca da mãe se dá a partir da 4ª semana de gestação e no final de gravidez essa alteração alcança o valor em média de 20% maior do período inicial.

Os estudos de Viellas et al. (2014), destaca as mudanças no sistema músculo esquelético em gestantes caracterizadas pelo amolecimento das cartilagens pélvicas e pelo aumento das articulações sacroilíaca, sacrococcígea e da sínfise pubiana. Esse relaxamento se dá nos ligamentos provavelmente tanto nos estrógenos como do relaxim.

É comum ocorrer alterações também na pele de mulheres grávidas, pois consistem no aumento do fluxo sanguíneo, por isso, percebemos o aparecimento de aranhas vasculares, intensificação da cor vermelha nas áreas afetadas com o surgimento de estrias, além da elevação da atividade das glândulas sebácea e sudoríparas e dos folículos pilosos (Barbosa et al., 2018).

Segundo Livramento et al (2019), as mudanças orgânicas e psicológicas devem ser acompanhadas por especialistas no assunto, a fim de promover o tratamento dos fatores de risco que passam a comprometer o bem-estar materno-fetal.

Conforme Santos e Souza (2021), uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para obtenção de bons resultados da gestação. Neste sentido é importante que se estimule às mulheres a realizarem o pré-natal e participarem de grupo de gestantes, além de treinar profissionais de saúde que possam realizar esta atividade de forma qualificada atendendo a demanda reprimida, criar novos serviços e ampliar os existentes.

Quanto ao sistema respiratório as alterações morfológicas em cerca de 80% das mulheres grávidas têm dilatação significativa de ambos os ureteres e pelves renais, que inicia precocemente (10 semanas) e por esta razão filiada à atonia decorrente de estímulos hormonais, provavelmente a progesterona. Mais tarde, entretanto, deve-se-lhe juntar fator mecânico, pois a dilatação é principalmente observada ao lado direito, acima do estreito superior, o que ocorre por conta, provavelmente, da dextrorrotação normal que apresenta o útero pejado. O fluxo de urina está retardado, causa da maior predisposição à infecção urinária que tem as grávidas (Ranzi & Souza, 2013).

As alterações fisiológicas na gestante são decorrentes de fatores hormonais e mecânicos. É comum, as alterações no metabolismo glicídico e no lipídico este sofre modificações no sentido de catabolizar as gorduras sempre que possível, ou seja, mobilizam os depósitos de gordura e a concentração de ácidos graxos cresce no plasma. Essas alterações parecem estar na dependência de hormônio de crescimento, glucagon, lactogênio placentário humano a ação lipolítica faz assim que esteja diminuída a utilização de glicose pelas células (Alves & Bezerra, 2020).

No período da gravidez o volume sanguíneo total e o débito cardíaco materno aumentam em até 80%, por isso, provavelmente ocorre a anemia fisiológica devido o aumento do volume plasmático maior do que o de hemátias. Podemos dizer que a gravidez compreende estado de mudanças em todos os sentidos, o que pode ocorrer o estado de hipercoagulabilidade, além do acréscimo das necessidades metabólicas. No caso do renal este aumenta acentuadamente determinando a redução nos níveis de uréia e de creatinina no sangue. E conforme o aumento dos níveis de progesterona provoca o

esvaziamento gástrico lento contribuindo para o aparecimento de vários incômodos inclusive as varizes, hemorróidas e a da retro esternal (Costa et al., 2010).

Segundo o manual técnico do ministério da saúde, o acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (Teixeira & Amaral, 2011).

Nesse sentido, a fim de implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos a que cada gestante está exposta. No manual técnico em relação ao pré-natal e puerpério, considera importante a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo, a testagem para sífilis e HIV/SIDA, hoje vista quando existem doenças crônicas como: diabetes mellitus, a hipertensão arterial crônica, a epilepsia e outras situações como anemias, e problemas de câncer uterino, de mama (Goncalves & Piccinini, 2007).

Segundo Carvalho et al (2018), em uma avaliação da atenção pré-natal, exames como testes anti-HIV, reações sorológicas para toxoplasmose/rubéola/hepatite, são considerados importantes.

Segundo Silveira et al (2020), as medidas de atendimento a gestantes serem preconizadas, informadas e atualizadas aos profissionais de saúde ainda se tem indicadores de resultados que apresentam dados que geram risco a gestante, podemos citar: a alta incidência de Sífilis Congênita, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e atraso ou não vacinação do Tétano as gestantes, uma vez que esta deve ser conferida a toda e qualquer mulher mesmo antes da concepção.

Segundo o Ministério da Saúde a visita domiciliar deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e apesar de estar voltada a gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre sua família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde (Reigada & Romano, 2018).

O conceito de atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbi - mortalidade materna e perinatal. A atenção humanizada inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê. A gravidez e o parto sendo eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade (Barbosa et al., 2018).

Um acompanhamento de pré-natal, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde requer uma atenção de qualidade e humanizada, que dependerá de recursos necessários, da organização de rotinas e evitando intervenções desnecessárias, garantindo a privacidade e autonomia da gestante. Para isso, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para atenção obstétrica e neonatal, com referência e contra referência (Carvalho et al., 2018).

Em alguns casos estes serviços não são facilmente disponibilizados e a demora é tão acentuada que a gestante passa todo o período gestacional sem conseguir fazer uma ultrassonografia, fato este, considerado negativo para a qualidade de um serviço de pré-natal. As vantagens do exame de ultrassonografia, entretanto, são inúmeras, dentre elas, no primeiro trimestre (entre a 10^o-14^o semana) pode se verificar a medida da translucência nucal, como marcador da síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas, ou seja, através dela pode-se acompanhar a evolução da gestação além de avaliar a morfologia e formação fetal (Gonçalves et al., 2017).

Conforme Amorim et al (2022), afirmam que uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para obtenção de bons resultados da gestação.

O Ministério da Saúde desenvolveu um software pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, do Sistema Único de Saúde. O

SISPRÉ-NATAL define um elenco mínimo de procedimentos para uma assistência adequada, permite também o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de Puerpério (Barbosa et al., 2018).

Na assistência qualificada e humanizada prestada nas Unidades Básica de Saúde os profissionais devem segundo Brasil (2000).

- a) Conhecer o número de gestantes da área de abrangência,
- b) Programar e avaliar as ações de saúde;
- c) Captar as gestantes no 1º trimestre;
- d) Acolher imediatamente a gestante na unidade de saúde;
- e) Seguir protocolo do MS de no mínimo de 6 consultas; realizar os exames de rotina preconizados pelo SUS e nos períodos gestacionais apropriados;
- f) Realizar sorologia IgM para rubéola;
- g) Ofertar medicamentos necessários;
- h) Diagnosticar, tratar/controlar as intercorrências clínicas na gestação e/ou doenças crônicas;
- i) Avaliar a necessidade de realização do Papanicolau;
- j) Manter cartão da gestante, prontuário e registro de atendimento completo;
- k) Realizar práticas educativas;
- l) Avaliar o estado nutricional da gestante;
- m) Realizar busca ativo de faltosas;
- n) Realizar visita domiciliar.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que compõem as equipes de saúde da família. A unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível do sistema local de assistência denominada Atenção Básica. Devendo também estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias assegurando a referência e contra-referência. Cada unidade trabalha com área de abrangência definida e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adscrita (Condeles, et al., 2019).

2.2 Programas preconizados pelo SUS

Dentro do contexto de Saúde da Mulher. Souto e Moreira (2021), afirma que o Ministério da saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984. Este deveria prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Apesar de ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres.

A partir de 1996, o Ministério da Saúde vem ampliando investimentos para promover a organização da atenção básica dos municípios. Para tanto, definiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e de Saúde da Família. Como estratégias prioritárias capazes de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas também a valorização do papel das pessoas, e da comunidade na melhoria das condições de saúde e de vida (Brito et al., 2014).

O programa de saúde da família veio consolidar a assistência ao pré-natal de forma mais humanizado. Para Martins & Molinaro (2013), este programa foi criado pelo Ministério da Saúde cujo seu principal propósito é reorganizar a prática da

atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Esta estratégia tem sido entendida como um movimento de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipe multiprofissional em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (Silva et al., 2012).

Este novo modelo de atenção a saúde atua dentro dos princípios do SUS, segundo Diniz (2005), nele as regiões da cidade são divididas em áreas que abarquem cerca de 4500 pessoas, todos os moradores são cadastrados e seus históricos de saúde levantados. Para cada área é designada uma equipe responsável, ela será formada por: 1 médico(a) generalista (clínico-geral), 1 enfermeiro(a), 1 auxiliar de enfermagem, entre 4 e 6 agentes comunitários de saúde e outros profissionais - como dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O agente comunitário de saúde é aquele que atua junto a população e aos serviços de saúde. Haja vista que, no primeiro momento ele é o responsável pelo cadastramento da população, levantando informações sobre quem são e onde estão os possíveis pacientes da região onde atua, sempre ficando atento para casos que demandam maior atenção como gestantes, idosos, doentes crônicos etc. Depois de feito o cadastramento o agente continua visitando aquelas famílias periodicamente, e quando identifica alguma doença avisa aos demais profissionais da equipe e agenda consultas, que são realizadas na Unidade Básica de Saúde (Bonstein & Stotz, 2008).

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (Rodrigues et al., 2011).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema tendo como eixos transversais a universalidade, a integralidade e a equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (Magnago et al., 2017).

De acordo com o SIAB, o trabalho de equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. As famílias são visitadas regularmente pelas equipes, que detectam problemas e lhes dão encaminhamento, além de realizar ações de caráter preventivo. As famílias são visitadas regularmente pelas equipes, que detectam problemas e lhes dão encaminhamento, além de realizar ações de caráter preventivo (Pierantoni & Garcia, 2012).

O trabalho realizado em grupo possibilita que cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está

exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (Condeles et al., 2019).

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, documental, transversal e analítico com abordagem quantitativa. De acordo com Pereira (2018) a pesquisa descritiva teve como objetivo principal descrever as características de uma determinada população ou fenômeno. É considerado documental visto que serão incluídos os dados gerados a partir do sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), utilizado como fonte de informação a Ficha SSA2 para Avaliação dos indicadores de acompanhamento do pré-natal. De acordo com Estrela (2018), quando a pesquisa é caracterizada pela fonte de coleta de dados, que estão restritas a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes secundárias, realizamos um estudo documental.

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado com equipes de saúde da família do distrito sanitário II do município de Campina Grande-PB. A cidade está localizada no interior do estado da Paraíba, no agreste paraibano, na parte oriental do planalto da Borborema. A uma altitude média de 552 metros acima do nível do mar. A área do município abrange 620,6 km²., clima equatorial semi-árido.

Possui atualmente 419.379 habitantes, segundo dados do IBGE de 2022. Em 1991 o Índice de Desenvolvimento Humano era de 0,647, subindo para 0,721 em 2000. O algodão no início do século XX era a principal atividade responsável pelo crescimento da cidade, atraindo comerciantes de todas as regiões. Atualmente a cidade tem grande destaque no setor de informática e desenvolvimento de softwares.

O Modelo de Atenção Primária a Saúde é a Estratégia de Saúde da Família. Implantado nos seis Distritos Sanitário. No Distrito Sanitário II estão implantados 16 UBSF segundo informação da própria secretaria de saúde, que trabalha com população adstrita, demanda organizada e equipe multiprofissional com ações de prevenção e promoção à saúde.

A Vigilância Sanitária, como definição da Lei Orgânica de Saúde, existe para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse para a saúde, cabendo a ela executar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (Brasil, 2006).

O distrito sanitário II é dividido nas seguintes unidades básicas de saúde da família (UBSF):

1. Bodocongo João Rique equipe I
2. Bodocongo João Rique equipe II
3. São Januário I
4. São Januário II
5. Bodocongo I açude
6. Mutirão equipe I
7. Pedregal Adalberto equipe I
8. Pedregal Raimundo equipe I
9. Pedregal Adalberto equipe II
10. Pedregal Raimundo equipe II

11. Mutirão equipe II
12. Equipe Beija Flor Tambor
13. Equipe Bem Ti Vi Bosque
14. Equipe Pardal Capim Grande
15. São José da Mata Zu II Sabia
16. São José da Mata Zu I Colibri.

3.3 População

A população da pesquisa foi constituída por 349 gestantes do distrito sanitário II, cadastradas no SSA2 do SIAB referente ao mês de Março de 2022.

3.4 Instrumento e Coleta de Dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário que contempla as variáveis consideradas relevantes para responder aos objetivos propostos pelo estudo. A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2022, através da consulta em documentos na Secretaria de Saúde do Município visto que mensalmente as UBSFs encaminham os dados para alimentar o Sistema de Informação SIAB

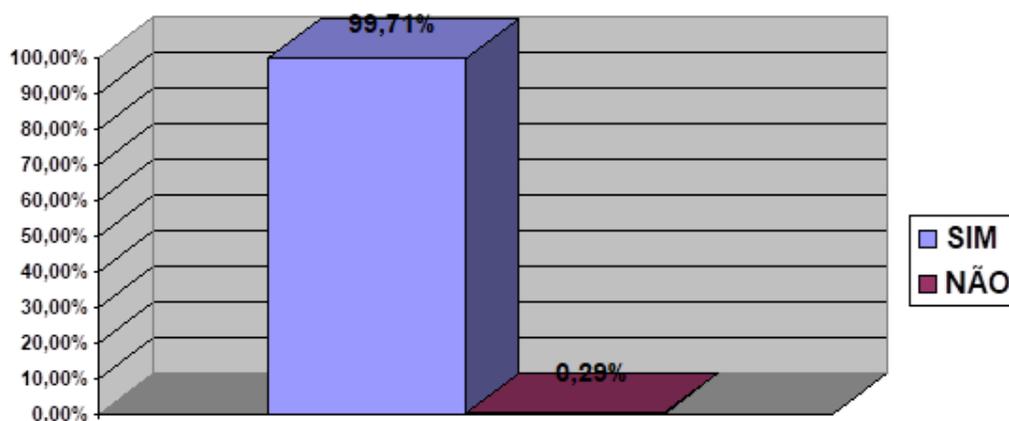
3.5 Resultados e Discussões

Os dados foram agrupados e apresentados sob a forma de figuras e em números percentuais e absolutos, utilizando o programa estatístico do Microsoft Excel e discutido a luz da literatura.

4. Resultados e Discussão

Os resultados e discussão foram direcionados para os 4 indicadores propostos pelo SSA2 do Sistema de Informação SIAB: gravidez abaixo dos vinte anos; gestantes acompanhadas por agentes comunitários de saúde; gestantes com consultas em dia; captação das gestantes ao serviço de saúde no 1º trimestre de gestação; e cobertura de vacinação antitetânica.

Figura 1 - Percentual de gestantes acompanhadas.



Fonte: Distrito Sanitário II, Campina Grande-PB, (2022).

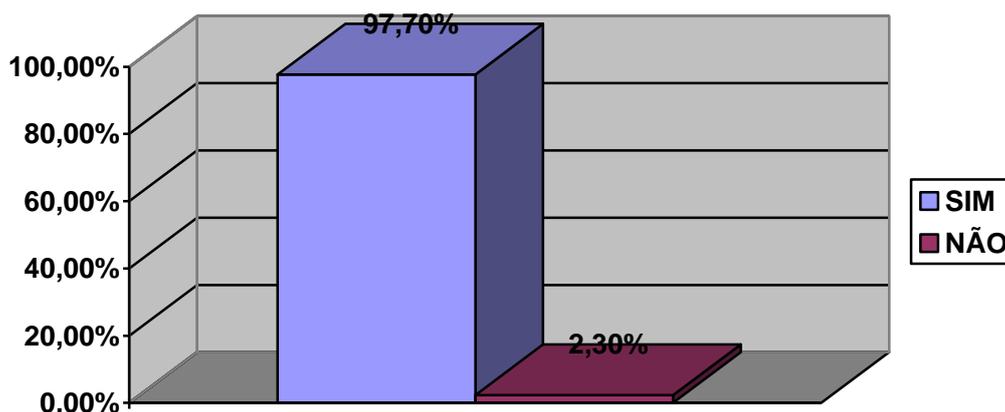
O gráfico da Figura 1 mostra que o percentual de gestantes acompanhadas acima mostra que das 349 gestantes cadastradas no SSA2 referente ao mês de março de 2022, 99,71%, foram acompanhadas, estes resultados foram satisfatórios representando um avanço significativo nos indicadores de saúde da mulher.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com Moura, Holanda & Rodrigues (2003), que avaliando a assistência ao pré-natal oferecida em uma microrregião do Ceará verificou que 92,2% das gestantes cadastradas no pré-natal receberam a visita do agente de saúde no mês em estudo.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) preconiza a consulta mensal para acompanhar o estado de saúde das gestantes, e a cada visita pelo ACS, os dados da gestante devem ser atualizados na Ficha B-GES (Brasil, 2003).

No estudo de Serruya et al. (2004), para acompanhar as gestantes foi elaborado um sistema informatizado, o SISPRENATAL, de uso obrigatório para os municípios. A criação e o desenvolvimento de um sistema de informações sobre a assistência pré-natal tinham como objetivo primeiro e circunstancial monitorar o cumprimento dos critérios estabelecidos no PHPN.

Figura 2 - Distribuição das gestantes quanto às vacinas em dia.



Fonte: Distrito Sanitário II, Campina Grande-PB (2022).

O gráfico da Figura 2 mostra que 97,70% das gestantes cadastradas estavam com vacinas em dias enquanto 2,30% não estavam vacinadas.

Segundo Manual de normas de vacinação Brasil (2006), a vacinação da gestante é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e proteção da mãe, a imunização é realizada com a vacina dupla do tipo adulto-dT, e na falta pode ser realizada com a Toxóide Tetânica TT. O esquema de vacinação deve ser realizado em três doses, sendo a primeira dose com dois meses de intervalo e a terceira seis meses após a primeira dose, ou com intervalo mínimo de um mês de acordo com a data provável do parto, e em mulheres com esquema incompleto, completar as doses que falta e fazer reforço com dez anos após as três doses, caso ocorra gravidez cinco anos ou mais depois da aplicação da outra dose antecipar o reforço A população da microrregião de Baturité está praticamente coberta (100%) pelo vacinal.

Um estudo do tipo pesquisa-ação realizado por Mattos et al (2003) que 57,6% das gestantes de Juiz de Fora – MG, não foram vacinadas, pois não havia registro de vacinação antitetânica, caracterizando cobertura inferior àquelas relatadas na literatura brasileira.

Na meta para gestantes, não existe fórmula específica para o cálculo do número de gestantes a vacinar em cada área, ou para calcular o número de doses necessárias. Estes dados podem ser estimulados a partir de alguns parâmetros, como:

As gestantes vacinadas, com três ou mais doses da tríplice ou dupla (DT, dT) ou TT, há menos de cinco anos, não necessitam de nenhuma dose;

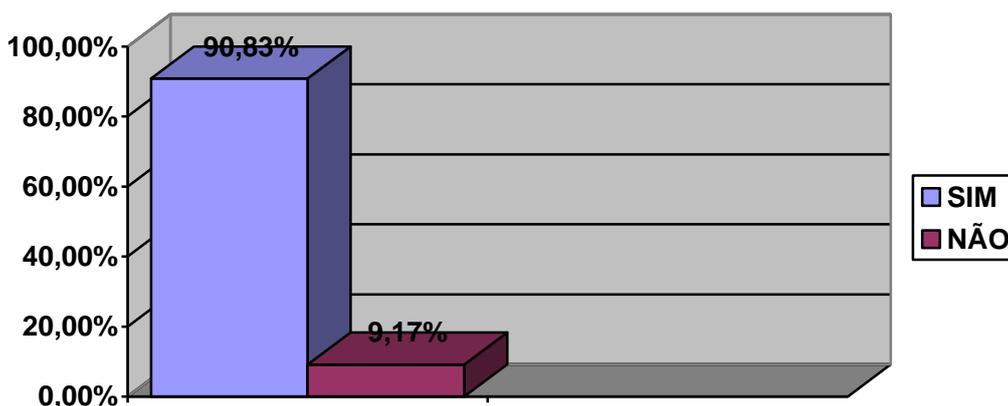
As gestantes vacinadas com três ou mais doses da tríplice ou dupla (DT, dT) ou TT, há mais de cinco anos, necessitam de uma dose;

As gestantes nunca vacinadas, necessitam de três doses;

A demanda de gestantes ao serviço e capacidade do mesmo em vacinar as que não comparecem (Brasil, 2001).

No PSF, o que tem contribuído para a melhoria do acesso das gestantes ao atendimento pré-natal, gerando boa cobertura de acompanhamento por agentes de saúde e consultas, bem como excelente cobertura por toxóide tetânico; a captação precoce das gestantes precisa continuar melhorando e o número de consultas por gestantes mostrou-se satisfatório em sua maioria. Ressalta-se, aqui, a grande importância da implantação e utilização dos dados do SIAB e SINASC com o intuito de avaliar, continuamente, a assistência pré-natal (Brasil, 2005).

Figura 3 - Distribuição de gestantes com consulta pré-natal em dia.



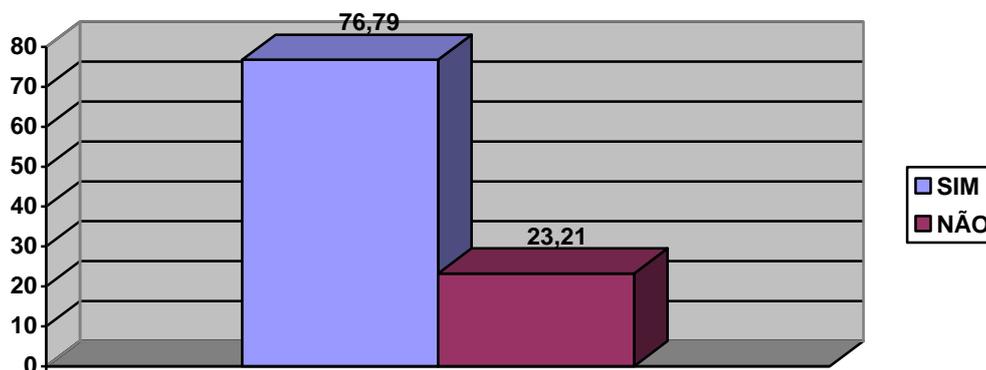
Fonte: Distrito Sanitário II, Campina Grande-PB (2022).

O gráfico da Figura 3 mostra o percentual de gestantes com consulta pré-natal em dia, sendo 90,83% de consultas realizadas no corrente mês de março de 2022. Esses dados se mostram bastante significativos já que a assistência pré-natal mensal é necessária para o acompanhamento das mudanças específicas de cada trimestre possibilitando a continuidade e sistematização da assistência.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000) o número de consultas desejáveis para um bom acompanhamento pré-natal, é de no mínimo seis consultas. Os enfermeiros do PSF de Campina Grande ressaltaram esforçar-se para atingir este parâmetro, fazendo o possível para que a gestante compareça a todas as consultas pré-natais para um bom acompanhamento da evolução da gestação, entretanto eles avaliam que este número não é suficiente para obter mais qualidade e desenvolver todas as ações preconizadas pelo referido programa.

A gestante com consulta pré-natal no mês é aquela que no mês de referência teve, pelo menos, um atendimento pré-natal com médico ou enfermeiro em uma unidade de saúde (Brasil, 2003 p. 50).

Figura 4 - Distribuição de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre.



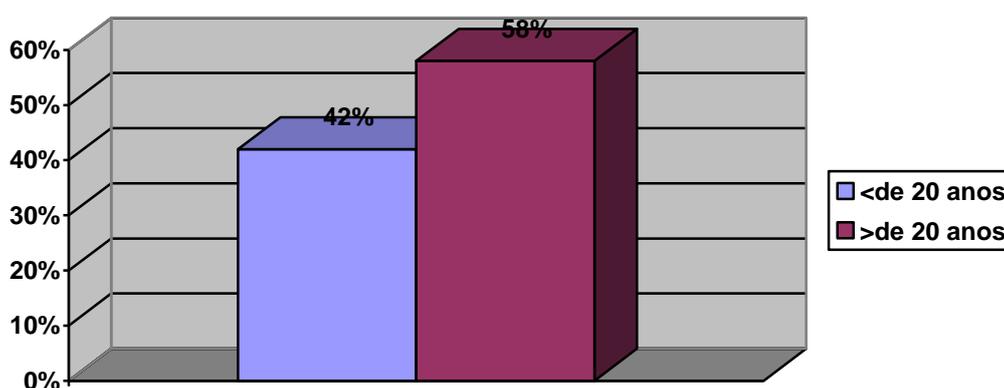
Fonte: Distrito Sanitário II, Campina Grande-PB (2022).

De acordo com o gráfico da Figura 4 do total de gestantes cadastradas 76,79% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Brasil (2006) Considera a importância da captação precoce da gestante ao serviço de saúde, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, sejam elas de promoção, prevenção ou de tratamento.

Moura et al. (2003) encontrou em seus estudos sobre Avaliação da assistência ao Pré-natal em uma microrregião do Ceará uma média de 58,2% na microrregião, indicando a necessidade de intensificação da captação precoce das gestantes na comunidade, a fim de garantir tempo hábil para a implementação das possíveis intervenções de saúde

Leal et al. (2005) a captação precoce dessa mulher, a sistematização da assistência e adesão ao pré-natal constitui a garantia da qualidade desse cuidado.

Figura 5 - Distribuição de gestantes menor de 20 anos de idade.



Fonte: Distrito Sanitário II, Campina Grande-PB (2022).

O gráfico da Figura 5 mostra que das gestantes cadastradas 42% são menores de 20 anos, estes dados são relevantes, pois mostram um percentual elevado de gestação na adolescência, geralmente a gravidez nesta faixa etária não é planejada coincidindo com a maior não aceitação e uma grande postergação no início do pré-natal.

Brasil (2000) assevera que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN /2000) do Ministério da Saúde foi instituído com o objetivo de assegurar a melhoria da assistência, da cobertura e da qualidade do acompanhamento determinando os parâmetros de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. No

entanto, o Programa não menciona as atividades, clínico-obstétrica de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

5. Considerações Finais

A análise e o assistência do trabalho de pré-natal no Programa de Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário II do Município de Campina Grande-PB. Permitiu constatar que a ação do planejamento tem o objetivo de assegurar a melhoria da assistência, da cobertura e da qualidade do acompanhamento determinando os parâmetros de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. No entanto, o Programa não menciona as atividades, clínico-obstétrica de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

Ter muitas gestantes menores de 20 anos requer acompanhamento específico, e o gráfico da Figura 1, retrata essa realidade, por demonstrar que das 349 gestantes cadastradas no SSA2 referente ao mês de março de 2022, 99,71%, foram acompanhadas. Os resultados foram satisfatórios, pois representaram um avanço significativo nos indicadores de saúde da mulher.

A questão da captação precoce é demonstrada no gráfico da Figura 2. que retrata a distribuição das gestantes quanto às vacinas em dia. Demonstrando que 97,70% das gestantes cadastradas estavam com vacinas em dias enquanto 2,30% não estavam vacinadas. Conclui-se então que a vacinação da gestante é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e proteção da mãe, e que a imunização é realizada com a vacina dupla do tipo adulto-dT, e na falta pode ser realizada com a Toxóide Tetânica TT. Já o gráfico da Figura 3, representa a distribuição de gestantes com consulta pré-natal em dia, sendo 90,83% de consultas realizadas no corrente mês de março. Esses dados se mostram bastante significativos já que a assistência pré-natal mensal é necessária para o acompanhamento das mudanças específicas de cada trimestre possibilitando a continuidade e sistematização da assistência.

De acordo com o gráfico da Figura 4, que analisa a distribuição de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre de gestação; Se pode considerar que os resultados obtidos foram satisfatórios já que do total de gestantes cadastradas no serviço estudado, 76,79% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Outro ponto a ser considerado diz respeito à importância da captação precoce da gestante ao serviço de saúde, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, sejam elas de promoção, prevenção ou de tratamento.

Ficou evidenciada no gráfico da Figura 5, a distribuição de gestantes menores de 20 anos de idade, mostrando que das gestantes cadastradas 42% são menores de 20 anos; estes dados são relevantes, pois mostram um percentual elevado de gestação na adolescência, geralmente na gravidez, nesta faixa etária não é planejada coincidindo com a maior não aceitação e uma grande postergação no início do pré-natal.

Finalmente, esta análise confirma a validade do Programa de Saúde da Família que veio consolidar a assistência ao pré-natal mais humanizado. Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

Por fim, observou-se que a presença de acompanhante junto à mulher nas consultas de pré-natal e no parto está associada à maior qualidade da assistência recebida pelas usuárias do Sistema Único de Saúde no estado de Santa Catarina. Os achados deste estudo contribuem para uma reflexão mais ampla sobre a prática assistencial e a importância da disposição dos serviços de saúde para incentivar e facilitar a participação de acompanhantes junto à mulher, e avaliar, em suas rotinas, as razões para mulheres acompanhadas apresentarem maior probabilidade de receber melhores cuidados assistenciais.

São escassos os estudos que analisam a associação assistência no pré-natal e as práticas assistenciais desenvolvidas. Predominam investigações qualitativas ou voltadas à experiência vivenciada e sua avaliação por acompanhante ou pelos serviços de saúde. Pesquisas quantitativas, com amostra representativa, não estão disponíveis. Estudos populacionais, ao analisarem a associação da presença de acompanhante no parto e pós-parto com desfechos obstétricos, demonstraram uma relação positiva entre esse acompanhamento, boas práticas assistenciais e desfechos clínicos satisfatórios.

Assim sendo, se faz necessário que estudos futuros sejam desenvolvidos nesta temática, pois é um assunto importante para a saúde, impacta diretamente na compreensão da dimensão da assistência ao pré-natal, sendo fundamental reconhecer as dificuldades e buscar técnicas que aprimorem as condutas que a enfermagem destina a grávida. Bem como contribui para ampliar e atualizar a literatura científica, que encontra-se com escassez de trabalhos nesta vertente.

Referências

- Alves, G. F., Varella, T. C., & Nogueira, L. S. (2005). *Dermatologia e Gestação. Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(2), 179-186.
- Alves, T. V., & Bezerra, M. M. M. (2020). Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional. *Revista de psicologia*, 14(49), 114-126. <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324>>.
- Almeida, C. A. L., & Tanaka, O. Y. (2009). Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saude Publica*. 43(1), 98-104.
- Amorim, T. S., et al. (2022) Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*, 26, 1-9.
- Barbosa, M. R., et al. (2018). Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do programa de humanização no pré-natal e nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 25(3), 793-804.
- Balica, L. O., & Aguiar, R.S. (2019). Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, 17(61), 114-126.
- Baracho, E. (2006). *Fisioterapia aplicada a obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. Guanabara Koogan.
- Bonstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(1), 285-268.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Manual Técnico. Brasília: FEBRASGO, p45.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde*. O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e humanização a saúde com controle social, Brasília, serie D, n.16.
- Brasil. (2003). Ministério as Saúde. *Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. p.96.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde. 80 p.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. *Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. (3 ed.). Brasília -DF.
- Brito, R. S., Ferreira, N. E. M. S., & Santos, D. L. A. (2014). Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Sau. &Transf. Soc*. Florianópolis, 5(1), 16-21.
- Caldeira, A. P., Oliveira, R. M. D., & Rodrigues, O. A. (2010). Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3139-3147.
- Carvalho, I. S., et al. (2018). O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. *ev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 17(2), 70-77.
- Condeles, P. C, et al.. (2019). Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. *Esc Anna Nery* ;23(4).
- Costa, E. S., et al. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(2), 86-93.
- Diniz, C. S. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3), 627-37.
- Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Editora Artes Médicas.
- Gonçalves, M. F., et al. (2017). Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(3).
- Guerreiro, E. M. et al. (2012). O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Reme – Rev. Min. Enferm.*, 16(3), 315-323.

- Guimarães, R. M., et al. (2017). Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc Saude Colet.* [online]. 22(5), 1407-1416
- Leal, M. C., Gama, S. G. N., & Cunha, C. B. (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública.* 39: 100-7.
- Livramento, D. V. P., et al. (2019). Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.
- Luiz, L. A., da.; Aquino, R., & Medina., M .G. (2018). Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 42(n.esp.), 111-126.
- Martins, M. I. C., & Molinaro, A. (2013). Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.*18(6):1667-1676.
- Mattos, et al. (2003). Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 14(5).
- Magnago, C., et al. (2017). Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do Proge SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5),1521-1530.
- Moura, R. F., Holanda, J. R. F., & Rodrigues, M. S. P. (2003). Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microregião de saúde do ceará, Brasil. *Caderno de saúde pública.* 19(6), nov/dez.
- Pereira, A. S., et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Ed. UFSM. E4.
- Pierantoni C. R., & Garcia, A. C. (2012). A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. *Divulg saúde debate;* (47), 45-55.
- Ranzi, M. C., & Souza, A. W. (2013). *Tratamentos estéticos mais eficazes para minimizar as alterações decorrentes da gravidez.* Recuperado de <<https://tcconline.utp.br/media/tcc/2017/05/tratamentos-esteticos-mais-eficazes-para-minimizar-as-alteracoes-decorrentes-da-gravidez.pdf>>
- Rezende, J., & Montenegro, C.A.B. (2006). *Obstetrícia Fundamental*. 1(0 ed.). Guanabara Koogan.
- Reigada, C. L. L., & Romano, V. F. (2018). O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280316.
- Rodrigues, E. M., Nascimento, R. G., & Araújo, A. (2011). Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm.* USP, 45(5), 1041-1047.
- Santos, C. A. S. M., & Souza, G. S. (2021). A importância do cuidado pré-natal para o desenvolvimento saudável do neonato: um estudo retrospectivo no município de Rio Claro-SP. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 5655-5664.
- Serruya, S., Lago, T. G., & Cecatti, J. G. (2004). Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 26(7),517-25.
- Silveira, C. R., et al. (2020). Papel do enfermeiro na inserção dos parceiros no pré-natal e tratamento de gestantes com sífilis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(11), e4741-e4741.
- Silveira, M. F., et al. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 42, 957-64.
- Silva, N. D. (2012). Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS: *um instrumento de gestão do trabalho na saúde* [dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz.
- Silva, R. A. B., et al. (2018). Atuação do fisioterapeuta no período gestacional: uma revisão integrativa de Literatura. *Portuguese Reon Facema.* Out-Dez 4(4), 1330-1338.
- Souto, K., & Moreira., M. R. (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate.* Rio de Janeiro, 45(130), 832-846.
- Teixeira, I. R., & Amaral, R. M. S. (2011). Magalhaes, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *Revista e-Scientia*, 3(2), 26-31.
- Venâncio, S. I., & Paiva, R.. (2010). O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 10(3):369-375.
- Viellas, E. F., et al. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Caderno de Saúde pública*, 30, 585-92.
- Zampronio, F. P. C. (2012). *Atuação da fisioterapia dermato-funcional das disfunções estéticas decorrentes da gravidez.* <http://bibliodigital.unijui.edu.br>