

DOI: 10.35621/23587490.v11.n1.p59-77

PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA

PRENATAL CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: LITERATURE REVIEW

Fillipe de Farias Leite Nóbrega¹
Pâmela Thayne Macêdo Sobreira²
Cícera Amanda Mota Seabra³
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁴
Kassandra Lins Braga⁵

RESUMO: OBJETIVO: identificar as práticas multidisciplinares implementadas no contexto do pré-natal realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os objetivos específicos foram: discutir a história e desenvolvimento da atenção materno-infantil no Brasil; abordar sobre a Estratégia Saúde da Família e Atenção Pré-Natal; e pontuar os desafios da atenção materno-infantil. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, de revisão de literatura dos trabalhos alocados no Portal de Periódicos da CAPES e na SciElo, publicados de 2015 a 2023. Os dados foram analisados através da leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. Os resultados da revisão de literatura foram agrupados em três tópicos: história da atenção materno-infantil no Brasil; Estratégia Saúde da Família e atenção pré-natal; e a atuação da equipe multiprofissional do ESF no pré-natal. A partir das análises, pôde-se identificar a importância do início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, sendo a ESF a porta de entrada para as gestantes nos serviços de saúde pública no Brasil. Além disso, destaca-se que o pré-natal vai além da intervenção médica, envolvendo a prevenção de complicações e o apoio emocional durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Assistência pré-natal. Atenção materno-infantil. Estratégia Saúde da Família.

¹ Médico pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - Recife, residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Governo da Paraíba. E-mail: fillipeleitenobrega@hotmail.com.

² Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Santa Maria.

³ Médica, residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Governo da Paraíba.

⁴ Enfermeira, PHD, docente do Centro Universitário Santa Maria.

⁵ Docente do Centro Universitário Santa Maria.

ABSTRACT: OBJECTIVE: *to identify the multidisciplinary practices implemented in the context of prenatal care carried out in the Family Health Strategy (ESF). The specific objectives were: to discuss the history and development of maternal and child care in Brazil; address the Family Health Strategy and Prenatal Care; and highlight the challenges of maternal and child care. This was a bibliographical research, a literature review of works allocated on the CAPES Journal Portal and SciElo, published from 2015 to 2023. The data was analyzed through exploratory, selective, analytical and interpretative reading. The results of the literature review were grouped into three topics: history of maternal and child care in Brazil; Family Health Strategy and prenatal care; and the performance of the ESF multidisciplinary team in prenatal care. From the analyses, it was possible to identify the importance of starting prenatal care in the first trimester of pregnancy, with the ESF being the gateway for pregnant women to public health services in Brazil. Furthermore, it is noteworthy that prenatal care goes beyond medical intervention, involving the prevention of complications and emotional support throughout the pregnancy-puerperal cycle.*

Keywords: *Prenatal Care. Maternal and child care. Family Health Strategy.*

1 INTRODUÇÃO

Conforme os dados publicados pelo Fundo de População da Organização das Nações Unidas (UNFPA/ONU), em 2021, a taxa de mortalidade materna para cada 100 mil nascidos vivos ultrapassou 107, representando um aumento alarmante. Esse índice é quase o dobro, com mais de 94% de incremento, em comparação com 2019, ano anterior à emergência sanitária global, quando a taxa era de 57 para 100 mil partos (UNFPA, 2022).

É relevante destacar que, além do aumento expressivo na taxa de mortalidade materna, os óbitos semanais de gestantes e puérperas vítimas do coronavírus apresentaram um aumento de 233% em 2021 (UNFPA, 2022). A complexidade desse cenário evidencia a importância de ações coordenadas entre autoridades de saúde, profissionais médicos e organizações dedicadas à promoção da saúde reprodutiva.

Além disso, esse contexto também está relacionado a causas obstétricas diretas, que são consideradas evitáveis, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, infecções puerperais e hemorragias pós-parto. Tanto no Brasil quanto globalmente, essas condições são frequentes entre gestantes, amplificando os riscos associados a desfechos desfavoráveis materno-infantis. A qualidade da atenção pré-natal surge como um fator para melhorar essas circunstâncias, envolvendo avaliação integral da gestante, educação em saúde e ampliação do acesso à imunização, exames e orientações sobre amamentação e nutrição (LIMA *et al.*, 2017).

Diante desse contexto, o objetivo primordial da assistência pré-natal é evitar complicações clínico-obstétricas, proporcionando apoio físico e emocional que permita à mulher vivenciar a maternidade de forma saudável. O acolhimento e as práticas profissionais adequadas têm um impacto positivo no vínculo usuário-profissional, gerando segurança para a gestante compartilhar sentimentos, dúvidas e realizar os exames clínico-obstétricos. Isso favorece a integralidade e humanização do cuidado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A inclusão de familiares

durante as consultas também tem se mostrado positiva para garantir apoio continuado à gestante (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Outra questão que interfere diretamente na qualidade dos serviços de atenção pré-natal está intrinsicamente relacionada ao desenvolvimento de ações resolutivas e acolhedoras. Sendo assim, os profissionais precisam ser capacitados para avaliar, tratar e orientar as gestantes para proporcionar um acompanhamento eficaz, aumentando as chances de adequação do pré-natal. A capacitação técnica abordando gestação, parto, cuidados com o recém-nascido e estímulo ao autocuidado influencia positivamente a satisfação da mulher com os serviços prestados, impactando diretamente no comparecimento às consultas (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi identificar as práticas multidisciplinares implementadas no contexto do pré-natal realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, foi utilizada a metodologia da pesquisa bibliográfica, uma vez que essa metodologia de pesquisa permite o aprofundamento de conceitos teóricos discutidos por diversos autores sobre um tema em específico (SEVERINO, 2013; LAKATOS, MARCONI, 2021). Considerou-se trabalhos publicados e alocados no Portal de Periódicos da CAPES e na SciELO (Scientific Electronic Library Online), publicados de 2015 a 2023, porque o foco deste estudo são as pesquisas mais recentes sobre o tema.

Para a realização desta pesquisa, foram selecionados descritores específicos como termos-chave para a busca de informações pertinentes à área do estudo. Assim, os descritores utilizados foram: “Atenção Pré-natal”; “Estratégia Saúde da Família”, “Medicina na Estratégia Saúde da Família”. Esses termos foram considerados em associação, utilizando os operadores booleanos AND e OR para melhorar os resultados da busca. O método utilizado para a análise do material coletado foi a técnica de leitura de Gil (2018), que incluiu a leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.

Dessa forma, para alcançar esse objetivo, foram delimitadas três etapas necessárias, que vieram compor os objetivos específicos: discutir a história e desenvolvimento da atenção materno-infantil no Brasil; abordar sobre a Estratégia Saúde da Família e Atenção Pré-Natal; e pontuar os desafios da atenção materno-infantil.

A seguir, estão estruturadas as seções do estudo, iniciando com a descrição pormenorizada da metodologia e do passo a passo da pesquisa, e posteriormente as seções referentes à pesquisa bibliográfica.

2 HISTÓRIA DA ATENÇÃO MATERNO INFANTIL NO BRASIL

A assistência pré-natal, marco importante na trajetória da saúde materno-infantil, teve seu início no final do século XIX. Naquela época, as consultas eram esporádicas e careciam de uma abordagem clínica sistematizada. Em diversos países, essa prática ganhou relevância, tornando-se a principal forma de assistência às mulheres no Brasil até o final da década de 1970 (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Em nações em desenvolvimento, onde os serviços médicos eram limitados, a atenção pré-natal representava, e ainda representa, uma oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Este cuidado é uma prática de medicina preventiva, visando prioritariamente à preservação da saúde física e mental da gestante, ao mesmo tempo em que busca identificar quaisquer alterações decorrentes da gravidez que possam impactar negativamente o feto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Embora a gravidez seja um processo fisiológico, ela induz alterações no organismo materno que, se não acompanhadas adequadamente, podem levar a estados patológicos de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto. Portanto, o acompanhamento pré-natal é importante para reduzir a possibilidade de ocorrência desses riscos, assegurando a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2012).

No contexto brasileiro, a disseminação do programa de atenção pré-natal teve início com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 1980. O PAISM tinha como propósito fornecer ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, além

de abordar temas como sexualidade, adolescência e climatério (DEPALLENZA *et al.*, 2022).

A Norma Operacional Básica 9/96, implementada no final de 1997, consolidou a ênfase na saúde preventiva, conferindo grande destaque ao Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa assumiu a responsabilidade por realizar ações preventivas nas áreas de saúde da criança, da mulher, controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, e também nas áreas de controle de doenças infecciosas como hanseníase e tuberculose (BRASIL, 1996).

Consciente da importância da atenção pré-natal nos resultados perinatais e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000. Esse programa propôs critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderissem a esse programa (BRASIL, 2000).

Dessa forma, foram estabelecidos vários critérios para o cuidado pré-natal, abrangendo desde a captação precoce da gestante até a realização de procedimentos considerados essenciais e passíveis de implementação na grande maioria dos municípios brasileiros. Esses critérios visam assegurar a qualidade e eficácia do atendimento, promovendo a saúde materna e infantil (BRASIL, 2000).

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil, apesar de ter aumentado nas últimas décadas, ainda enfrenta desafios significativos. Persistem desigualdades, especialmente em relação ao acesso, com um percentual considerável de mulheres em áreas rurais que não recebem esse acompanhamento essencial. Além disso, observa-se uma disparidade marcante nas taxas de cobertura conforme as diferentes regiões geográficas do país (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

O principal propósito da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gestação, um período de mudanças físicas e emocionais únicas para cada gestante. Este acolhimento visa oferecer suporte integral, considerando não apenas a saúde física, mas também a saúde emocional das mulheres durante esse período (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

O controle pré-natal, seguindo as orientações dos órgãos oficiais de saúde, deve iniciar-se precocemente, alcançar uma cobertura universal, ser realizado de

forma periódica e integrar-se com outras ações preventivas e curativas. Além disso, é importante observar um número mínimo de consultas para garantir a eficácia desse acompanhamento. O sucesso do controle pré-natal está diretamente relacionado ao momento em que se inicia e ao número adequado de consultas realizadas ao longo do processo (DEPALLENZA *et al.*, 2022).

Com o objetivo central de reduzir a morbidade e mortalidade tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal se destaca por desenvolver ações preventivas e educativas. Através do contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde, busca-se realizar o rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez (DEPALLENZA *et al.*, 2022).

Diante do exposto, cabe ressaltar que a atenção ao pré-natal é um segmento de alto potencial indicativo da qualidade dos serviços de saúde, dada a sua importância dentro da Atenção Básica. Isso se reflete na oferta mínima e obrigatória, na ampla distribuição nacional e na exigência de disponibilidade de médicos, enfermeiros, exames laboratoriais, agendamento de consultas, instalações e instrumental adequados. Além disso, a cobertura do pré-natal é um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando o compromisso com a promoção da saúde materno-infantil em todo o país (ANDREUCCI *et al.*, 2011).

No Brasil, a identificação de pelo menos três indicadores aponta para desafios na assistência pré-natal, revelando áreas de atuação que necessitam de atenção e aprimoramento. Entre esses indicadores, tem-se a alta incidência de sífilis congênita. O diagnóstico e tratamento da sífilis têm uma taxa de 100% de realização durante a assistência pré-natal, tornando esse indicador uma preocupação que requer abordagens mais eficazes para prevenção e intervenção (BRITO *et al.*, 2008).

Além disso, Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), que representa a principal causa de óbitos maternos, pode ser diagnosticada pela mensuração sistemática da pressão arterial, associada à identificação de sinais e sintomas clínicos, bem como exames complementares. A atenção apropriada a esses aspectos durante o pré-natal é fundamental para a prevenção e controle dessa condição, que impacta diretamente na saúde materna (PAHO, 2018; BRASIL, 2022).

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são fortemente influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, além dos aspectos biológicos da reprodução humana e da presença de doenças relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. A busca pela redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal depende significativamente da avaliação criteriosa da assistência pré-natal. A qualidade dessa assistência está diretamente ligada aos níveis de saúde de mães e conceptos, evidenciando a importância de aprimoramentos contínuos nas práticas de pré-natal para garantir resultados mais positivos para a saúde materno-infantil no Brasil (BRITO *et al.*, 2008).

3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), desencadeou transformações significativas no modelo assistencial brasileiro. O antigo paradigma centrado na assistência à doença foi gradativamente substituído pela ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta executada por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2010).

No contexto da saúde familiar, como sugere o próprio nome, o PSF concentrou-se na promoção da manutenção da saúde e na prevenção de agravos, conferindo especial importância à saúde da mulher. Desde as primeiras décadas do século XX, as políticas nacionais de saúde incorporaram a saúde da mulher, inicialmente limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto (LEITE, 2017; BRASIL, 2007).

O acompanhamento pré-natal anteriormente realizado no âmbito do Programa Saúde da Família foi substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF), marcando não apenas uma mudança de nome, mas a consolidação efetiva de um conjunto de ações voltadas para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, abrangendo indivíduos, famílias e comunidades de maneira integral e contínua (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Em 2006, o panorama da saúde pública no Brasil recebeu uma mudança significativa: o PSF, conhecido como Programa de Saúde da Família, evoluiu para

além de uma mera iniciativa temporária. Tornou-se uma estratégia sólida e perene na atenção básica em saúde. Essa transformação foi essencial, pois um programa possui um prazo definido, enquanto uma estratégia é concebida para perdurar, para se adaptar e se fortalecer ao longo do tempo. Assim, nasceu a Estratégia Saúde da Família - ESF, uma abordagem que visa não apenas tratar, mas prevenir e promover o bem-estar das comunidades (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

A implantação da ESF no Brasil foi acompanhada pelo Pacto em Saúde de 2006, um marco que se desdobra em três pilares fundamentais: o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Este pacto não surge apenas como uma formalidade, mas como um compromisso sério e necessário para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), visando fortalecer, sobretudo, a Atenção Básica em saúde (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Dessa forma, a ESF é caracterizada por uma atuação contínua nas atividades de saúde pública direcionadas à comunidade. Seu objetivo é integrar as ações entre profissionais de saúde, alinhando-as às reais demandas e necessidades da população. Essa estratégia destaca-se pelo estabelecimento de vínculos e pela criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, marcando uma mudança significativa no objeto de atenção, agora centrado em grupos humanos (MOIMAZ *et al.*, 2011).

Ao incorporar e reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, especialmente voltada para a saúde da família. Seu objetivo primordial é ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, proporcionando uma abordagem longitudinal e integral aos indivíduos e grupos populacionais. A ESF visa operar com o modelo de vigilância da saúde, tornando a equipe de saúde responsável pela população residente em seu território. Isso envolve a promoção da participação popular, criação de parcerias intersetoriais e a responsabilidade da equipe pela atenção integral aos indivíduos e grupos populacionais (MOIMAZ *et al.*, 2011).

A reorientação das ações de saúde pela ESF destaca-se pela ênfase em práticas de educação e promoção da saúde, abordando os conteúdos de maneira crítica e contextualizada. Essa abordagem visa não apenas tratar doenças, mas

também prevenir e promover a saúde de forma abrangente, alinhando-se aos princípios fundamentais do SUS (MOIMAZ *et al.*, 2011).

Para a efetiva operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), é imprescindível a formação de equipes multiprofissionais que atuem de maneira integrada em áreas delimitadas. Essas práticas vão além dos limites da unidade de saúde, englobando a comunidade local em seu contexto. Esse envolvimento permite um conhecimento mais aprofundado da realidade e a definição de prioridades de atuação a curto, médio e longo prazo (DUARTE; ANDRADE, 2006).

As ações executadas pelos profissionais da ESF, conforme descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), abrangem desde a atenção à saúde da criança até o controle de doenças como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Tuberculose e Hanseníase, incluindo também ações voltadas à saúde bucal. Essa abordagem, de acordo com as diretrizes da ESF, visa garantir uma cobertura eficaz, proporcionando uma atenção integral e contínua à população cadastrada no modelo de atenção Saúde da Família em relação à população total do município (BRASIL, 2002b).

Para que essas equipes sejam eficazes em seu papel, é fundamental a composição mínima de profissionais, tais como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, além da possibilidade de inclusão de profissionais de saúde bucal. Cada equipe é responsável por um número máximo de pessoas, com a média recomendada respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL, 2011). Nesse contexto, as equipes de Saúde da Família têm suas atividades fundamentadas nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde.

Na década de 80, o Ministério da Saúde introduziu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Além disso, o atendimento da gestante por uma equipe multidisciplinar na atenção pré-natal de alto risco (PNAR) é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O acompanhamento durante a gravidez, realizado no âmbito da Atenção Básica, engloba a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que possam ocorrer durante o período gestacional (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização ao Parto e Nascimento, declarado pelo Ministério da Saúde Brasileiro, estabelece que seis consultas de pré-natal mais a consulta de

puerpério devem ser realizadas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002). Portanto, a gestante tem o direito de realizar pelo menos seis consultas para assegurar uma gestação saudável e um parto seguro. No entanto, é importante observar que esse acompanhamento nem sempre ocorre, o que pode resultar em uma alta demanda de internações e outras complicações.

Assim, o acompanhamento pré-natal na ESF, quando conduzido de maneira eficiente por toda a equipe envolvida, resulta no nascimento de um bebê saudável e em uma mãe devidamente informada sobre os cuidados necessários para o recém-nascido. Esse acompanhamento abrange questões fundamentais, como vacinação, amamentação e o devido acompanhamento pediátrico. A abordagem integral proporcionada durante o pré-natal não apenas visa à saúde imediata, mas também prepara a gestante para a fase pós-parto, promovendo uma transição mais suave para a maternidade (QUEIROZ *et al.*, 2017).

A Rede Cegonha complementa o PHPN, focalizando-se no cuidado durante o parto, nascimento, puerpério e nos primeiros dois anos de vida da criança. No âmbito do pré-natal, essa estratégia propõe a inclusão de novos exames, como a realização de testes rápidos para sífilis, HIV e proteinúria, além da ampliação do uso do ultrassom obstétrico para atender a 100% das gestantes. Tais recomendações constituem os parâmetros para uma prestação de serviços adequada no pré-natal e serviram como referencial teórico para a avaliação proposta neste contexto (BRASIL, 2011).

4 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO ESF NO PRÉ-NATAL

A Estratégia Saúde da Família (ESF) adota uma abordagem diferenciada para atender gestantes, priorizando a identificação precoce dessas mulheres por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Durante as visitas domiciliares, os ACS identificam mulheres com atraso menstrual, indicando a possibilidade de gravidez. Ao detectar uma gestante, o ACS agenda imediatamente a primeira consulta, garantindo a captação precoce (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

O agente tem o papel de estabelecer e reforçar o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde. Embora o foco esteja na gestante, a assistência no domicílio é integral e sistemática, abrangendo toda a família e o contexto social. Qualquer alteração ou identificação de fatores de risco é registrada e discutida com a equipe na Unidade de Saúde. A delimitação da área de abrangência da unidade de saúde, preconizada pelo modelo da ESF, facilita a detecção precoce das gestantes na comunidade, incentivando-as a participar do programa de Pré-Natal (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Para garantir a adesão total das gestantes ao Pré-Natal, sem abandonos ou óbitos maternos, são necessários mecanismos efetivos de regionalização do sistema local de saúde, uma prática incorporada pela ESF para aprimorar a assistência. A intervenção de enfermagem e médica começa quando a mulher busca o serviço de saúde com medos, dúvidas, angústias ou curiosidade sobre a gravidez. Durante a consulta, a valorização das queixas relatadas pela gestante é essencial, criando um ambiente de apoio e confiança (DUARTE; ANDRADE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, a condução do pré-natal demanda um diálogo franco, sensibilidade e uma capacidade apurada de percepção por parte dos profissionais de saúde. Estas são condições fundamentais para disponibilizar o conhecimento em saúde de forma efetiva à mulher e à sua família, considerados atores primordiais durante o período gestacional e no momento do parto (COSTA *et al.*, 2009).

O estabelecimento de uma escuta aberta, isenta de julgamentos ou preconceitos, proporciona à gestante a segurança necessária para compartilhar sua intimidade, fortalecendo-a ao longo da jornada até o parto e contribuindo para a construção do conhecimento sobre si mesma. Essa abordagem visa, em última instância, um nascimento tranquilo e saudável do bebê, garantindo, assim, a manutenção da saúde da mãe (COSTA *et al.*, 2009).

Além disso, a ESF adota a metodologia de estimular a participação das gestantes no pré-natal através de espaços de discussão coletiva. Esses encontros permitem a continuidade da consulta, abordando temas como a importância do pré-natal, sexualidade, orientação de higiene e dieta, desenvolvimento da gestação, alterações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, direitos trabalhistas,

cuidados com o recém-nascido, amamentação, puerpério e planejamento familiar. É fundamental ressaltar que, embora as gestantes sejam o foco principal do processo de aprendizagem, não são dissociadas de seu contexto familiar e social (DUARTE; ANDRADE, 2006).

No contexto das orientações durante a consulta pré-natal, destacam-se temas como o aleitamento materno e os cuidados com o recém-nascido os mais ofertados. O aleitamento materno, em particular, repercute em diversos campos da saúde, contribuindo para a prevenção de condições como diarreias, infecções respiratórias agudas e outros processos infecciosos localizados ou sistêmicos (ORTIGA; CARVALHO; PELLOSO, 2015).

No que concerne à assistência pré-natal oferecida pelas equipes da ESF, Brito *et al.* (2008) revelam que, apesar da acessibilidade limitada, os resultados indicam um acompanhamento satisfatório. A maioria das gestantes cadastradas é captada precocemente, iniciando o pré-natal no primeiro trimestre, cumprindo o número recomendado de consultas e obtendo uma boa cobertura da vacinação antitetânica. Destaca-se que a Estratégia de Saúde da Família teve um impacto significativo na redução da mortalidade infantil no Brasil no período de 1991 a 2002. Observou-se que, para cada aumento de 10% na cobertura da ESF, a mortalidade infantil diminuiu 4,5% (BRITO *et al.*, 2008).

No que diz respeito aos cuidados durante o pré-natal e parto, as equipes de Saúde da Família seguem normas e regras estabelecidas em protocolos que abrangem todos os procedimentos e exames recomendados (BRASIL, 2006). Em contraste, no modelo tradicional de atenção, a programação de serviços de saúde e a atenção à saúde podem não necessariamente seguir as recomendações do Ministério da Saúde ou utilizar protocolos específicos. O aumento significativo na cobertura do atendimento pré-natal nos últimos 10 anos, refletido por um aumento de mais de 350% na atenção básica, destaca-se como um impacto positivo atribuído à ESF (MENDOZA-SASSI *et al.*, 2011).

4.1 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

O início precoce da assistência pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, é fundamental para garantir um acompanhamento efetivo ao longo de toda a gravidez. Estudos indicam que a realização de um pré-natal de qualidade está associada à redução de desfechos perinatais adversos, como baixo peso e prematuridade, além de contribuir para a diminuição das chances de complicações obstétricas, como eclâmpsia, diabetes gestacional e óbitos maternos (MARQUES *et al.*, 2021).

O debate em torno do número ideal de consultas no pré-natal continua em aberto, com a OMS preconizando que o número adequado seja igual ou superior a seis (BRASIL, 2013). É importante destacar que o Ministério da Saúde (MS) considera ideal que as consultas sejam realizadas de forma alternada por enfermeiros e médicos, com a presença do companheiro da gestante em todos os momentos. No entanto, essa abordagem nem sempre é totalmente implementada, seja devido a questões pontuais, que são ajustadas nas consultas seguintes, ou a limitações mais persistentes, como a insuficiência de recursos humanos em quantidade adequada para efetuar as alternâncias ao longo dos atendimentos (FREIRE *et al.*, 2022).

O protocolo do MS estabelece que, no mínimo, uma consulta deve ser realizada no primeiro trimestre, seguida por duas no segundo e três no terceiro trimestre. Ao entrar em contato com a gestante, a equipe de saúde busca promover a compreensão do significado da gestação para ela e sua família, especialmente quando se trata de gestantes adolescentes. A segurança no atendimento e o estabelecimento de vínculos são elementos essenciais para a humanização do cuidado, favorecendo a adesão das gestantes às consultas (BRASIL, 2013).

Outro ponto a ser levado em consideração diz respeito à complexidade da atenção básica à população gestante. É necessário considerar as diversas dificuldades que surgem durante esse processo. Muitos desses desafios estão relacionados à localização geográfica das usuárias, dificuldades de deslocamento, assiduidade dos profissionais no local de trabalho e adequação da estrutura da

unidade de saúde. Esses fatores são particularmente significativos na perspectiva das gestantes, principalmente em áreas rurais, onde as condições podem ser limitadas, especialmente em pequenos municípios (COSTA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, o papel do profissional que atua como Agente Comunitário de Saúde (ACS) ganha destaque, pois as visitas domiciliares surgem como uma estratégia para superar as dificuldades enfrentadas pelos usuários na zona rural. Essas visitas representam uma conexão direta entre a população e os serviços de saúde, proporcionando uma abordagem mais acessível para a parcela da população atendida pelas equipes (COSTA *et al.*, 2013).

A comunicação clara e objetiva por parte dos profissionais de saúde é fundamental para verificar se as gestantes estão compreendendo as informações. Essa interação é fundamental para garantir que as gestantes compreendam os cuidados durante e após a gestação, assim como a importância da atenção pré-natal regular. Sendo assim, é possível contribuir para uma gestação saudável, reduzindo fatores de risco e complicações no período gravídico e puerperal (QUEIROZ *et al.*, 2021).

Além disso, destaca-se a adoção de estratégias, como incentivar o pré-natal por meio de campanhas coletivas, estimular a busca ativa domiciliar através dos agentes comunitários, ampliar a cobertura de áreas com o programa Saúde da Família e disponibilizar atendimentos de qualidade são fundamentais para garantir uma assistência eficaz durante a gestação (QUEIROZ *et al.*, 2021).

Sobre as consultas de pré-natal, é imperativo realizar o exame físico da gestante, proporcionando um acompanhamento efetivo das mudanças corporais e condições físicas da mulher e do bebê. Dentre as práticas adotadas, destacam-se a medida de peso e altura, aferição da pressão arterial, inspeção de pele e mucosas, palpação de toda região do pescoço, cervical e axilar, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen e dos membros inferiores, além da pesquisa de edemas. Quando necessário, exames específicos e complementares também devem ser realizados (BRASIL, 2011).

5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

Ao longo deste estudo, evidenciou-se a relevância do início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a porta de entrada para as mulheres. O acolhimento e as visitas domiciliares integram-se à organização da unidade de saúde, assegurando assistência de qualidade às gestantes e aos bebês. A participação da equipe é fundamental, mas é necessário investir na formação de enfermeiros e médicos qualificados para o atendimento no ciclo gravídico-puerperal, bem como alocar recursos financeiros para equipamentos e exames nas unidades.

A assistência pré-natal vai além de uma simples intervenção médica. Trata-se de um trabalho preventivo de intercorrências clínico-obstétricas e de apoio emocional. Diante desse contexto, a atenção básica na gravidez envolve prevenção, promoção da saúde e tratamento de problemas durante o período gestacional e pós-parto, contemplando tanto a mulher quanto o bebê. Os aspectos biopsicossociais ganham destaque, superando modelos biomédicos, considerando os sentimentos das mulheres diante dessa experiência única e singular.

No entanto, pôde-se identificar ao longo deste estudo que diversos obstáculos interferem no acompanhamento pré-natal, incluindo dificuldade de acesso aos serviços de saúde, longa espera antes do atendimento, lentidão no processo de agendamento de consultas e exames, e falta de estrutura das unidades de saúde. Além disso, circunstâncias intrínsecas à mulher, como gestação no início da idade reprodutiva, gestações prévias, condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de apoio social, não aceitação da gravidez, ser mãe solteira e baixa escolaridade, são fatores que podem contribuir para o pré-natal inadequado.

A compreensão dessas características maternas é essencial para proporcionar cuidado individualizado e integral, garantindo atendimentos de qualidade. O conhecimento desses desafios e a implementação de estratégias que visem superá-los são necessários para promover uma assistência pré-natal efetiva, reduzindo os índices de mortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ANDREUCCI, C. B. *et al.* Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: manual técnico**. Brasília-DF: 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília-DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília-DF: 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica Portaria nº 2203 de 1996**. Brasília-DF: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002**. Brasília-DF: 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria PR no 1.459/ 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - sus - a Rede Cegonha. Brasília-DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília-DF: 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

BRITO, A. O. *et al.* Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, 2008.

COSTA, C. S. C. *et al.* Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1347-1357, 2009.

COSTA, Y. L. *et al.* Caderneta da gestante: avaliação dos dados perinatais. **Rev. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 8, n. 2, p. 336-346, 2020.

DEPALLENZA, M. A. *et al.* Programa Mais Médicos e a atenção ao pré-natal: desfechos obstétricos em três regiões baianas entre 2010 e 2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 141-156, 2022.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, 2006.

FREIRE, B. S.N *et al.* Consulta pré-natal de baixo risco: opinião dos enfermeiros em estratégia saúde da família. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas 2018.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saude Publica.**, v. 34, n. 5, p. 13-1, 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LEITE, I. S. A Importância do Enfermeiro no Programa Saúde da Família no Atendimento ao Pré-natal de Baixo Risco. **Uninter: Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, 2017.

LIMA, M. R. G. *et al.* Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad Saude Colet.**, v. 25, n. 3, p. 324-31, 2017.

LIMA, S.L. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan**. v. 13, n. 2, p.261-269, 2013.

MARQUES, L. J. P. *et al.* Risco de óbito fetal segundo fenótipos de vulnerabilidade biológica no município de São Paulo, Brasil. **Faculdade de Saúde Pública**, p. 105, 2022.

MENDOZA-SASSI, R.A. *et al.* Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, 2011.

MIRANDA, F. J. S.; FERNANDES, R. A. Q. Assistência pré-natal: Estudo de três indicadores. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 179-184, 2010.

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 965–972, 2011.

NASCIMENTO, K. I. M. *et al.* Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 7362–7380, 2021.

ORTIGA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 5, n. 4, p. 618-627, 2015.

PAHO. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa - Mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 30 dez. 2023.

QUEIROZ, F. F. S. N. *et al.* Avaliação do aplicativo “Gestação” na perspectiva da semiótica: o olhar das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 485-492, 2021.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, p. 1-7, 2017.

SANTOS, T. C. S. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal: opinião das gestantes. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 5, n. 1, 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **RBGO**, v. 26, n. 7, p. 517-525 2004.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 9, p. 2935-48, 2016.

UNFPA, Fundo de População da Organização das Nações Unidas. **Mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>. Acesso em: 27 dez. 2023.