

**Pró-Reitoria de Graduação
Escola de Saúde e Medicina
Curso de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso**

**Caracterização do pré-natal na Atenção Básica: uma revisão
integrativa**

**Autoras: Carolina Franciele Raimundo
Pamella da Natividade Diniz Rapôzo**

Orientadora: Me. Tharsila Martins Rios da Silva

**Brasília – DF
2018**

**CAROLINA FRANCIELE RAIMUNDO
PAMELLA DA NATIVIDADE DINIZ RAPÔZO**

**CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em **Enfermagem** da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Me. Tharsila Martins Rios da Silva

**Brasília
2018**



Monografia de autoria de **Carolina Franciele Raimundo** e **Pamella da Natividade Diniz Rapôzo**, intitulada: “**Caracterização do pré-natal na Atenção Básica: uma revisão integrativa**”. Apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro, da Universidade Católica de Brasília, banca examinadora constituída por:

Prof.^a Me. Tharsila Martins Rios da Silva
Orientadora

Prof.^a Esp. Fernanda Costa Fernandes
Examinador Interno

Prof.^a Dra. Fernanda Monteiro
Examinador Interno

Brasília – DF
2018

AGRADECIMENTO

Queremos agradecer, em primeiro lugar, a Deus, por ter nos dado saúde, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

A Universidade Católica de Brasília, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

A nossa orientadora Tharsila Martins Rios da Silva, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada.

RESUMO

Referência: RAIMUNDO, Carolina Franciele; RAPÔZO, Pamella da Natividade Diniz. **Caracterização do pré-natal na Atenção Básica:** uma revisão integrativa. 2018. p. 47. Curso de Enfermagem – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2018.

A conquista de gestantes para início do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de quaisquer alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança. A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo. A Atenção Básica é de extrema importância para o acompanhamento do pré-natal, é nessa etapa que os profissionais devem ter uma abordagem direcionada e especializada no sentido de atender com maior precisão as gestantes levando em consideração todas as orientações propostas no caderno de atenção básica ao pré-natal de baixo risco e todos os programas propostos pelo Ministério da Saúde. **OBJETIVO:** Revisar na literatura a caracterização do pré-natal na Atenção Básica em Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada em base de dados como BDENF, LILACS, PUBMED e Scielo com publicações dos últimos 5 anos. Após a busca por meio dos descritores cuidado pré-natal, gestante e Atenção Básica a Saúde foram encontrados cerca de 15 artigos que se encaixavam nos critérios estabelecidos. A caracterização do pré-natal se mostrou em crescente desenvolvimento, porém com fatores que precisam ser revistos e adaptados para cada meio em que se encontram, pois há domínios específicos desde a população brasileira, até a estrangeira, que vão além das características demográficas básicas. Levam em consideração as características sociais e ambientais das experiências de pré-natal das mulheres e a necessidade de uma reorganização do sistema.

Palavra-chave: Cuidado; Pré-Natal; Gestantes; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

SUMMARY: Conquering pregnant women for early prenatal care is essential for the early diagnosis of any changes and for appropriate interventions on conditions that make the health of the pregnant woman and the child vulnerable. Basic Attention (AB) is the first level of health care and is characterized by a set of actions both in the individual and in the collective scope. Basic Attention is extremely important for the prenatal follow-up, it is at this stage that the professionals must have a targeted and specialized approach in order to attend more accurately the pregnant women taking into account all the guidelines proposed in the basic care prenatal care and all programs proposed by the Ministry of Health. **OBJECTIVE:** To review in the literature the characterization of prenatal care in Basic Health Care. **METHODOLOGY:** This is an integrative review carried out in databases such as BDENF, LILACS, PUBMED and Scielo with publications from the last 5 years. After searching through the descriptors prenatal care, pregnant women and Basic Health Care were found about twelve articles that fit the criteria established, and 15 in of these were used. It is concluded that prenatal follow-up is important according to the criteria established by the Ministry of Health, and that it is of paramount importance a quality qualification of Primary Care health professionals, since prenatal satisfaction in general and to specific domains from the Brazilian population to the foreign population go beyond the basic demographic characteristics take into account the social and environmental characteristics of women's prenatal experiences and the need for a reorganization of the system is clear and objective.

Keywords: Prenatal Care; Pregnant Women; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	13
3. HIPOTESE OU PERGUNTA NORTEADORA	14
4. REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1. REDE CEGONHA	15
4.2. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.....	17
4.3. ATENÇÃO BÁSICA.....	18
5. OBJETIVOS	22
5.1. OBJETIVO GERAL	22
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
6. METODOLOGIA	23
6.1. PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA HIPÓTESE OU QUESTÃO DE PESQUISA PARA A ELABORAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA.	23
6.2. SEGUNDA ETAPA: ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ AMOSTRAGEM OU BUSCA NA LITERATURA.	24
6.3. TERCEIRA ETAPA: DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS/ CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS.	25
6.4. QUARTA ETAPA: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.	25
6.5. QUINTA ETAPA: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.	26
6.6. SEXTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/ SÍNTESE DO CONHECIMENTO.	26
7. COLETA DE DADOS	27
7.1. INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS	27
7.2. ANÁLISE DOS DADOS.....	27

7.3. ASPECTOS ÉTICOS	27
8. RESULTADO	28
9. DISCUSSÃO	36
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	42

1. INTRODUÇÃO

A consulta de pré-natal, segundo Guimarães et al (2016) é a ferramenta mais importante para a vida da gestante, tendo como objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação de forma a garantir um parto e o nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O Brasil registrou uma redução na mortalidade materna desde 1990, em que a Razão da Mortalidade Materna (RMM) nesse ano era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto que em 2007 houve uma redução de 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2013). Tais achados são resultados de esforços do sistema de saúde brasileiro para garantir a saúde materna e infantil além de reduzir mortes desnecessárias.

Castro (2010) destaca que para a Organização das Nações Unidas (ONU) a assistência ao pré-natal de qualidade é de suma importância para a sociedade mundial, e ela está entre as 8 metas do milênio. Dentre estas, a 5ª meta do milênio constitui-se em reduzir a mortalidade materna; garantir o acesso universal à saúde reprodutiva; promover no Sistema Único de Saúde (SUS) uma cobertura universal para ações de saúde sexual e reprodutiva; e deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual. Em relação a meta de redução da mortalidade materna, o pré-natal de início precoce, com número de consultas adequadas e de qualidade é uma das estratégias a serem alcançadas.

Neste sentido, o início precoce do pré-natal é essencial para o diagnóstico de quaisquer alterações na saúde da mulher e da criança, além de ser útil para a realização de intervenções adequadas sobre condições que as tornam vulneráveis. Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estipula que o número adequado de consultas de pré-natal deve ser igual ou superior a seis; as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semana e semanais no termo. Dessa forma, não existe a alta do pré-natal, que é um processo gradual e benéfico, onde o cartão do pré-natal se torna uma ferramenta de controle e segurança para a gestante, abordando sua gestação e evoluções, com anotações precisas do profissional de enfermagem e anotações médicas. Quando o parto não ocorrer até a 41ª semana, a gestante é encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo o índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a participação do pai da criança no pré-natal deve ser cada vez mais frequente, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consultas e de grupo, para o preparo do casal para o parto. Assim, torna-se importante acolher o acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos a sua participação no pré-

natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. O acompanhante pode ser alguém da família, amigo ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Essa Lei traz um fator de extrema importância onde altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Isso mostra a importância do vínculo da família da gestante desde o pré-natal até os momentos subsequentes para melhor apoio e interação nesse momento (BRASIL, 2005)

Para Falcone et al (2005), a gestação é a fase que precede o momento do parto, onde há grandes mudanças biopsicossociais na vida de uma mulher e cabe à equipe de saúde buscar compreender os múltiplos significados da gestação para essa mulher e sua família. Tal afirmação parte do entendimento que a relação que é estabelecida entre a gestante e o feto é plenamente pessoal. Assim, a história que cada mulher traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro pela equipe de saúde.

Nesse cenário, a Atenção Básica em Saúde tem um papel fundamental na realização de um pré-natal de qualidade para a redução da mortalidade materno-infantil. A Atenção Básica em Saúde trata-se do primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo. Abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral impactando na situação de saúde da população de indivíduos e coletividades na Rede de Atenção à Saúde.

Neste sentido, com o objetivo de qualificar a Rede de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, o Ministério da Saúde, instituiu a Rede Cegonha pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País a partir da captação precoce das gestantes na Atenção Básica a fim de reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

Desde 2011, o governo federal vem implementando a Rede Cegonha, integrada com a Atenção Básica, como forma de complementar o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e com o objetivo de desenvolver a implementação de um novo modelo de atenção à saúde materno-infantil do parto até os 24 meses da criança. Para tanto o Ministério da Saúde considera a Atenção Básica para a gestante como “ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez” (BRASIL, 2012, p. 37).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede de Atenção Básica à Saúde o que também é garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Ainda segundo o Ministério da Saúde (MS),

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa (BRASIL, 2012, p. 37).

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras, estes com titulação de especialistas em obstetrícia, estão habilitados para atender ao pré-natal, partos normais sem distocia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais encaminham a gestante para o médico continuar a assistência (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o enfermeiro deve orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal, realizar testes rápidos, realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do médico, prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, conforme protocolo da abordagem sindrômica), identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica.

Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada pelo enfermeiro diretamente ao serviço de referência, realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera), orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade, orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas, realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

A Atenção Básica é de extrema importância para o acompanhamento do pré-natal, é nessa etapa que os profissionais, em especial os enfermeiros, devem ter uma abordagem direcionada e especializada no sentido de atender com maior precisão as gestantes levando em

consideração todas as orientações propostas no caderno de atenção básica ao pré-natal de baixo risco e todos os programas propostos pelo MS.

Nesse sentido, o presente estudo procura caracterizar a assistência ao Pré-Natal na Atenção Básica a partir da análise de uma revisão integrativa. Além disso, o estudo pretende contribuir para a identificação de fragilidades e potencialidades da Atenção básica no cuidado à assistência ao Pré-Natal como estratégia de redução de danos desnecessários à saúde materno-infantil.

2. JUSTIFICATIVA

Ter o pré-natal bem realizado na AB não apenas diminui as complicações durante a gestação, mas favorece a atuação dos profissionais na sala de parto. Reduz infecções e riscos do parto, além do acompanhamento da saúde no pré-natal com o cartão da gestante, levando em consideração a imunização contra tétano.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2012) a assistência ao pré-natal adequado com detecção e intervenção precoce das situações de risco, são os determinantes dos indicadores de saúde que tem um potencial grande para diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Como tendo um sistema ágil de referência hospitalar, qualificação da assistência ao parto (BRASIL, 2012, p. 21).

A atenção básica se destaca como porta de entrada para um sistema único de saúde e é visto como uma estratégia acessível para todas as pessoas e está presente em várias regiões, no qual o pré-natal merece um destaque para trazer para o centro de discussões a questão da ampliação da sua cobertura como fase para um desenvolvimento e crescimento saudáveis para a criança e um atendimento especializado e direcionado a gestante nessa etapa da vida. Contudo ainda é um desafio, pois os profissionais da atenção básica precisam dar uma qualidade na assistência ao pré-natal de forma a somar nessa etapa e proporcionar segurança a gestante e sua família.

3. HIPOTESE OU PERGUNTA NORTEADORA

O que existe na literatura nacional e internacional sobre a caracterização da assistência ao pré-natal na Atenção Básica à Saúde?

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. REDE CEGONHA

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (DAB-Ministério da Saúde, s.d). Trata-se de uma rede temática que foi instituída em 2011, como uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459 (UNIVERSIDADE..., 2015).

Segundo Carneiro (2013), os componentes da Rede Cegonha alcançam algumas ações de atenção à saúde, tais como: a concessão do teste de *Human Immunodeficiency Virus* - HIV, de sífilis e de teste rápido de gravidez; a orientação e oferta de métodos contraceptivos; fomentar o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação; exames clínicos e laboratoriais; assegurar o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; qualificar os profissionais de saúde, criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado, oferecer o SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte e emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno.

A rede cegonha deve ser implementada de forma gradativa em todo Brasil, levando em consideração a taxa de mortalidade infantil, razão da mortalidade materna e a densidade populacional (BRASIL, 2011, p. 11). Essa rede dispõe dos princípios do SUS e traz quatro componentes: Pré-natal, Parto e nascimento, Puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Suas diretrizes se dão por garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo (DAB- Ministério da Saúde).

Atos Normativos da Rede Cegonha são:

- Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
- Portaria Nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 que altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
- Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.

Os indicadores loco-regionais de morbimortalidade materno-infantil constituem elemento básico para a implementação da Rede Cegonha, nos termos do art. 5º da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (UNIVERSIDADE..., 2015, p. 9). Enquanto que a implementação das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede será acompanhada pelos Grupos Condutores Estadual e Municipais da Rede Cegonha, com monitoramento periódico do Ministério da Saúde (UNIVERSIDADE..., 2015, p.27).

De acordo com a Portaria nº 569/GM de 2000, o município deve realizar o cadastramento precoce das gestantes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN utilizando o SisPreNatal. As informações das ‘fichas de cadastramento da gestante’ e das ‘fichas de registro diário dos atendimentos das gestantes’ são as fontes de entradas de dados que devem ser digitadas. A cada mês, o SisPreNatal deve gerar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (UNIVERSIDADE, 2015, p.28).

Em seguida, o monitoramento será realizado por meio do DATASUS, um programa que traz uma forma estruturada para o acompanhamento puerperal e pré-natal e conta com as informações do SisPreNatal. Assim, os dois sistemas, SisPreNatal e DATASUS, são benéficos para a rede de atenção à saúde e são de caráter obrigatório.

Notoriamente os sistemas apresentam pontos positivos, pois facilitam os meios de informação referente à saúde da gestante, eles foram desenvolvidos para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica, porém precisam ser atualizados regularmente para um bom funcionamento e repasse das informações para os profissionais de saúde e para efetuar a fatura dos procedimentos realizados durante o processo de assistência à saúde com dados precisos e apurados.

A Rede Cegonha ainda enfrenta dificuldades para implementação e foi criada com o objetivo de superar as fragmentações e segmentação da rede de atenção à saúde no âmbito do atendimento e acompanhamento das crianças e a saúde das mulheres. Segundo Milena (2012), a Rede Cegonha recebeu críticas do movimento feminista por deslocar a política de atenção à saúde da mulher para a concepção materno-infantil, isso porque em nenhum momento, no texto

da portaria, se faz referência à atenção humanizada ao aborto, considerada a quarta principal causa de morte entre mulheres grávidas no país. A segunda crítica diz respeito à divulgação de dados de gestantes e parturientes do SisPreNatal, mediante a Medida Provisória (MP) 557/2011, aprovada no dia 26 de dezembro para complementar a Rede Cegonha e que institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna.

4.2. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, auxiliado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Segundo o Ministério da Saúde (2002), o objetivo desse programa é de assegurar melhorias de acesso, de cobertura e de qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Por outro lado, Serruya (2004) destaca que o Brasil ainda está em processo de adaptação para uma melhor atenção a qualidade da assistência na gestação e parto, pelo fato de ainda existir um modelo biomédico hegemônico vigente.

O PHPN está estruturado de maneira que toda gestante deva ter direito ao acesso, ao atendimento apropriado e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, de saber e ter garantido o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, conforme os princípios gerais e condições definidas na prática médica. Além disso, segundo o PHPN, todo recém-nascido deve ter direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p. 6).

Para cada município é definida uma série numérica de identificação das gestantes no programa, através do SisPreNatal (*software* desenvolvido pelo DATASUS e posto à disposição de município que aderir ao programa) (BRASIL, 2002, p. 7). Os municípios que aderirem ao PHPN serão anualmente avaliados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 10). O SisPreNatal permite que o gestor avalie situações diversas, dentre as quais se as adolescentes do local estão tendo uma gestação muito precoce ou se está havendo muitos casos abortos. O SisPreNatal acarreta benefício para fornecer informações que sejam fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas através do PHPN, melhorando o acesso e a qualidade do pré-natal.

Segundo Wagner (2001) o oferecimento da humanização deve estar presente para tratar as necessidades da gestante e do recém-nascido não se esquecendo do direito as suas escolhas. É claro o objetivo do PHPN de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal no país tendo estratégias benéficas tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, graças ao enfoque do MS com o seu caráter normatizador e regulador das ações à saúde obstétrica porém para uma melhor adesão é preciso que as ações sejam mais reforçadas e os objetivos mais engajados pelos profissionais, pois percebe-se que o conjunto de ações para tornar essa etapa da vida das gestantes mais humanizada precisa de práticas conjuntas tanto do MS como da rede de saúde envolvendo o local, os profissionais qualificados, os materiais necessários, a informação, o acolhimento desde o primeiro contato até o final do processo.

A aderência ao PHPN tem sido um processo de organização da atenção obstétrica, onde foi realizada com mecanismos precoces de gestão, no que se diz à regionalização e à descentralização, gerando consigo conflitos de atribuições nos três níveis de governo. A estratégia para a adesão gerou uma discussão da análise de atenção à gestação e ao parto em cada município (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Dessa forma é necessário um olhar diferenciado do MS primeiramente com os gestores e as esferas de governo e depois para com a população, para o mesmo compreender o que realmente significa e como funciona os projetos e propostas relacionados ao PHPN. Deve ter um enfoque para que os cidadãos entendam o objetivo como um processo da saúde que possui ações integrais sobre o pré-natal e ao nascimento com o devido acompanhamento da equipe multidisciplinar de saúde onde essa equipe precisa dominar o programa e executar conforme as diretrizes.

4.3. ATENÇÃO BÁSICA

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF, é um evento internacional que apresentou um marco de importante influência nos debates sobre o futuro das políticas de saúde no Brasil e no mundo, confirmando que a saúde é um direito de todos (GIL, 2006). A Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde estimula à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo. Sendo assim estimula que todos colaborem para que os cuidados primários da saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a Declaração de Alma-Ata.

A Atenção Básica é um nível de atenção à saúde ampliado, com alto grau de capilaridade e descentralização nos serviços de saúde de maneira a estar presente o mais próximo das pessoas (BRASIL, 2012a). Além disso, a Atenção Básica em Saúde deve ser a principal porta de entrada para toda a Rede de Atenção à Saúde e usuários, sendo fundamental os princípios da universalidade, participação social, continuidade do cuidado, vínculo, responsabilização, integridade da atenção, humanização, equidade e acessibilidade (BRASIL, 2012a).

A AB desempenha um papel de extrema importância na vida de indivíduos e coletividades. Com as Estratégias Saúde da Família busca-se um atendimento de atenção integral a cada indivíduo e grupo sociais seguindo os princípios e diretrizes do SUS por meio da promoção, proteção da saúde, diagnóstico, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos, manutenção da saúde, além de intervenções nos condicionantes e determinantes sociais em saúde (BRASIL, 2012a).

A organização da Atenção Básica em Saúde compreende o exercício de práticas de cuidado e gestão sob forma de trabalho em equipe, que são dirigidas para as populações de territórios definidos por meio da responsabilidade sanitária. Para tanto, a AB atua a partir dos critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, a ética e, além disso, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que vão auxiliar no manejo de demandas e necessidades de saúde de indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2012a, p. 19).

De acordo com a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no SUS, a Atenção Básica também envolve outras iniciativas, como: as equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); as Equipes de Atenção Básica; e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, por exemplo, foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família de maneira a integrar as Redes de Atenção à Saúde, não sendo, portanto, de livre acesso para atendimentos individuais ou coletivos (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação por favorecer uma reorientação do processo

de trabalho com maior potencial de acentuar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica (BRASIL, 2012A, p. 54).

Para tanto, as equipes de Saúde da Família devem definir o território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS, realizar a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares ou ambientais, prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, desenvolver ações educativas entre outras atribuições.

Segundo a PNAB, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, cabe ao enfermeiro atribuições específicas:

- I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL, 2017)

Considerando a diversidade de programas e métodos para captação, atendimento e solução de problemas individuais e coletivos da população, destaca-se a necessidade de educação em serviço e aperfeiçoamento para os trabalhadores de saúde. Tal afirmação parte do entendimento que as equipes de saúde, de maneira geral, necessitam de educação permanente na AB para um melhor desenvolvimento nas áreas de abrangência dos atendimentos pois a educação permanente é considerada uma ferramenta de gestão que tem o potencial de gerar grandes mudanças no cotidiano dos serviços.

A educação permanente em saúde (EPS) é uma política de saúde que tem o intuito de gerir de uma maneira mais dinâmica os fatores relacionados ao cotidiano, com o enfoque para a troca de informações e saberes onde entram os problemas diários, a aprendizagem e o ensino

para responder os questionamentos que fazem parte da vida diária relacionada á saúde, essa ligação sem um caráter mecânico se mostra apta para trazer benefícios a pessoas nas suas particularidades.

Nesse ponto de vista, o Ministério da Saúde sugeriu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) sendo uma estratégia do SUS na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores, buscando sempre articular a integração entre o ensino, serviço e comunidade, além de assumir como base a regionalização da gestão do SUS para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2006).

A AB é a porta de entrada para as gestantes realizarem o pré-natal, com um acompanhamento adequado e funcional com profissionais capacitados para proporcionar qualidade a essa etapa da vida da mulher e a sua família. A EPS deve estar presente desde o acolhimento da gestação/puerpério tendo apoio da equipe multidisciplinar, onde o enfermeiro precisa analisar e contextualizar cada gestante na sua particularidade, realizando assim um atendimento especializado, direcionado e de qualidade, colocando seus conhecimentos em prática e aperfeiçoando em cada atendimento conforme necessário.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GERAL

Revisar na literatura a caracterização do pré-natal na Atenção Básica à Saúde.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a caracterização dos artigos selecionados.
- Identificar possíveis barreiras vivenciadas pelas gestantes na assistência ao pré-natal da Atenção Básica.

6. METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o presente estudo foi a revisão integrativa. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES et al., 2008).

Segundo Mendes et al (2008), a revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa usado na Prática Baseada em Evidências (PBE), que nos permite a incorporar evidências na prática clínica. Esse método tem como objetivo sintetizar resultados da pesquisa sobre um determinado tema, de maneira sistematizada e organizada, fazendo assim um acréscimo maior de conhecimento ao tema em questão.

Para a elaboração da revisão integrativa, primeiro o revisor irá determinar um objetivo específico junto com questionários que deverão ser respondidos, para depois ser realizada a busca de coleta e identificação de maior quantidade de pesquisa a ser relevante para seu estudo e que estes estejam dentro dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Posteriormente, o revisor avalia o desenvolvimento dos estudos que foram selecionados para verificar se são válidos metodologicamente, resultando assim na redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados que foram coletados desses estudos são analisados sistematicamente, onde mais tarde serão interpretados, sintetizados e concluídos de formulações originadas dos diversos estudos incluídos (MENDES et al, 2008).

De acordo com Mendes et al (2008) para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, descritas abaixo.

6.1. PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA HIPÓTESE OU QUESTÃO DE PESQUISA PARA A ELABORAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA.

Inicialmente foi definido que a caracterização da assistência ao pré-natal na Atenção Básica à Saúde seria a questão norteadora, a questão foi gerada por meio do interesse da área em si e os benefícios que a mesma traz para a área de enfermagem em específico e para a saúde da gestante.

Nessa fase, a estratégia PICO pode ser utilizada para facilitar na elaboração da pergunta norteadora. Esta estratégia é apresentada pelas seguintes siglas e seus significados **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e “**O**utcomes” (desfecho).

O quadro seguir apresenta os quatros componentes da estratégia PICO:

Quadro 1 – Descrição da estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Pode ser um único paciente, um grupo de paciente com uma condição particular ou um problema de saúde.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos.
C	Controle ou comparação	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Desfecho (“Outcomes”)	Resultado esperado.

Fonte: (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007)

Assim, para a elaboração da pergunta norteadora foi utilizado a estratégia PICO em que o problema de pesquisa (P) trata-se da assistência ao pré-natal na Atenção Básica; a intervenção ou interesse (I) foi a busca na literatura sobre o tema; a comparação (C) não se enquadra, pois não se trata de um estudo comparativo; e os resultados ou “outcomes” (O) foi a categorização dos resultados obtidos nas produções científicas encontradas.

A pesquisa de dados foi realizada no período de setembro de 2018 a outubro de 2018, por meio da base de dados LILACS, PUBMED e Scielo no idioma português brasileiro, inglês e espanhol com os seguintes descritores identificados na base dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo que em português do Brasil foram as seguintes palavras-chave: Cuidado; Pré-Natal; Gestantes; Atenção Primária a Saúde. Na língua inglesa: Prenatal Care; Pregnant Women; Primary Health Care. Enquanto que na língua espanhola: Atención Prenatal; Mujeres Embarazadas; Atención Primaria de Salud.

6.2. SEGUNDA ETAPA: ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ AMOSTRAGEM OU BUSCA NA LITERATURA.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 5 anos; artigos publicados na língua inglesa, espanhola e portuguesa brasileira; publicações relacionadas a assistência ao pré-natal realizadas pela equipe multiprofissional da atenção básica; publicações realizadas na

Atenção Básica à Saúde; publicações completas e disponíveis de forma online; e, por fim, resumos disponíveis.

Os critérios de exclusão foram publicações relacionadas ao pré-natal de Alto Risco; publicações que não estão relacionadas ao tema da atenção básica.

6.3. TERCEIRA ETAPA: DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS/ CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS.

Esta etapa é caracterizada por quais informações deveriam ser extraídas dos estudos selecionados, por meio de uma sistematização para reunir as informações chave. Segundo Botelho et al (2011), é necessário que haja uma busca da publicação do artigo dentro íntegra, quando for finalizado esse procedimento, criar uma tabela para a revisão integrativa com os estudos que foram pré-selecionados.

No presente estudo foi utilizada a tabela disponibilizada no Apêndice A para a categorização dos artigos encontrados. A tabela foi construída pelas pesquisadoras e continha informações como: nome da revista; nome da base de dados; ano da publicação; título; objetivos; autores; tipo de estudo; conclusão e link do artigo.

6.4. QUARTA ETAPA: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.

Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, que é um dos itens a serem analisados nesta fase. Os níveis de evidências foram descritos abaixo (MUIR, 1997):

Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;

Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;

Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;

Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;

Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;

Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

6.5. QUINTA ETAPA: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.

Essa etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados da pesquisa convencional. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.

6.6. SEXTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/ SÍNTESE DO CONHECIMENTO.

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

7. COLETA DE DADOS

7.1. INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Foi realizado uma busca de artigos completos nas bases de dados descritos anteriormente e que possam entrar em consenso com os interesses da pesquisa. Criado uma tabela de *Word* para organizar os artigos encontrados pelas pesquisadoras com os seguintes dados: nome da base de dados, nome da revista, ano de publicação, título, autores, objetivos, tipo de estudo e conclusão e link do artigo (APÊNDICE A).

7.2. ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita a análise de cada artigo de forma sucinta, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão propostos neste trabalho.

7.3. ASPECTOS ÉTICOS

No que diz respeito as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNP) para pesquisas com seres humanos por meio da resolução n° 466/12, o presente estudo, por se tratar de uma revisão integrativa, não teve a necessidade de ser apresentado a um comitê de ética em pesquisa.

8. RESULTADO

Foi realizada uma busca na literatura por meio das bases de dados LILACS, PUBMED e Scielo, no período de setembro a outubro de 2018, com as seguintes palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Gestantes; Atenção Primária a Saúde. Na língua inglesa: Prenatal Care; Pregnant Women; Primary Health Care. Enquanto que na língua espanhola: Atención Prenatal; Mujeres Embarazadas; Atención Primaria de Salud. Atendendo aos critérios de inclusão, foram encontrados 1003 artigos. Logo após a leitura dos títulos e resumo, somente 19 artigos foram selecionados e 15 artigos para a análise atenderam aos critérios previamente estabelecidos. Desses 19 artigos selecionados, 9 deles encontravam-se repetidos em demais bases de dados. A Tabela 1 demonstra o quantitativo de artigos obtidos nas referidas bases de dados.

Tabela 1 – Quantitativo de artigos obtidos nas bases de dados LILACS, PUBMED e Scielo no período setembro a outubro de 2018.

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Artigos duplicados nas bases	Artigo analisado
LILACS	225	218	7	3	6
PUBMED	760	751	9	1	6
SCIELO	18	15	3	3	3
Total	1003	984	19	9	15

Fonte: Elaboração nossa

Quanto ao período de publicação, constatou-se que o ano que mais apresentou maior número de artigos publicados foi em 2018, com quatro publicações correspondendo a 26,6% de publicações incluídas no estudo. O ano de 2017 e 2014 foram identificadas três publicações em cada ano, correspondendo a 20% cada. O ano de 2013 foram duas publicações, correspondendo a 13,3%. Os anos de 2016, 2012, 2009 possuem um estudo cada, o que representa 6,6% das publicações em cada um destes anos, e, 2013, 2012, 2009, estes artigos não se enquadram nos critérios de inclusão, porém apresentaram informações bastante relevantes para nosso estudo.

A Tabela 2 traz a relação ao delineamento de pesquisa de cada artigo selecionado para uma fácil compreensão sobre a abordagem dos assuntos e suas conclusões. Quanto ao nível de evidência, os quinze artigos selecionados encontravam-se nos níveis de evidência 1, 2, 4, 5 e 6.

Tabela 2 – Artigos utilizados para pesquisa desenvolvida, descrição do título, revista, anos de publicação, bases de dados, autores, tipo de estudo e nível de evidência:

Título	Revista	Ano de publicação	Base de dados	Autores	Delimitação e Nível de evidência
As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde	Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental	2018	LILACS	Garcia ESGF, Bonelli MCP, Oliveira AN, et al	Estudo descritivo e transversal Nível de evidência: 4
Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2013-2014	LILACS	Ruschi GEC, Antônio FF, Zandonade E, Miranda AE	Estudo transversal Nível de evidência: 4
Avaliação das Consultas de Pré-Natal: Adesão do Pré-Natal e Complicações na Saúde Materno-Infantil	Revista Ciência Plural	2017	LILACS	Pereira DO, Ferreira TLS, Araújo DV, Melo KDF, Andrade FB	Estudo quantitativo e avaliativo Nível de evidência: 4
As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.	Revista Brasileira de Enfermagem	2009	SCIELO	Helena Eri Shimizu Maria Goreti de Lima	Método qualitativo Nível de evidência: 4
Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiência de gestantes na Atenção Básica.	Revista Saúde em debate	2014	SCIELO	Maria Zeneide Nunes da Silva; Andréa Batista de Andrade; Maria Lúcia Magalhães Bosi	Estudo orientado pelo enfoque qualitativo Nível de evidência: 5
Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2014	LILACS/ SCIELO	Polglioni, RBS, Neto ETS; Zandonade E.	Estudo epidemiológico seccional Nível de evidência: 4
Adequabilidade da Assistência Pré-Natal em uma Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre – RS	Revista Gaúcha de Enfermagem	2013	LILACS/SCIELO	Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG.	Estudo de coorte histórica. Nível de evidência: 4
O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de	Revista Mineira de Enfermagem	2012	LILACS	Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF.	Pesquisa exploratória e descritiva

gestantes e enfermeiros.					Nível de evidência: 5 e 6
Intention of gestation and gestational age in the first prenatal visit (ANC) in Rwanda	National institutes of health	2018	PUBMED	Mkandawire P; Atari ó, Kangmennaan g J, Arku L, Luginaah I, Etowa J	Modelo lognormal no Stata SE 15 Nível de evidência: 4
Prenatal education of overweight or obese pregnant women to prevent childhood overweight (the ETOIG study): an open-label, randomized controlled trial.	National institutes of health	2018	PUBMED	Parat S, Nègre V, Baptiste A, Valensi P, Bertrand AM, Chollet C, Dabbas M, Altman JJ, Lapillonne A, Tréluyer JM, Elie C, Tauber M, Lorenzini F, Cosson E	Ensaio aberto, randomizado e controlado Nível de evidência: 1
The challenges of prenatal care for Bangladeshi women: a qualitative study.	Revista ELSEVIER	2018	PUBMED	Akter MK, Yimyam S, Chareonsanti J, Tiansawad S	Pesquisa qualitativa descritiva Nível de evidência: 5
Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa.	Revista ELSEVIER	2017	PUBMED	Adeyinka O , Jukic AM , McGarvey ST , Muasau-Howard BT , Faiai M , Hawley NL	Pesquisa estruturada Nível de evidência: 2
Improving prenatal care in pregnant women in Iranshahr, Iran: Applying Health Belief Model.	Revista ELSEVIER	2017	PUBMED	Izadirad H , Niknami S , Zareban I e Hidarnia A	Estudo randomizado e controlado Nível de evidência: 1
Expectations and satisfaction of pregnant women : unveiling prenatal care in primary care.	Revista ELSEVIER	2016	PUBMED/LILACS / SCIELO	Aparecida Maciel Cardelli A, Li Marrero T, Aparecida Pimenta Ferrari R, Trevisan Martins J, Serafim D	Pesquisa qualitativa Nível de evidência: 5
O programa de assistência pré-natal nos cuidados de saúde primários em Portugal – uma reflexão	Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn	2014	SCIELO	MARTINS, M.F.S.V.	Estudo de caso. Nível de evidência: 4

Fonte: Elaboração nossa.

A caracterização do Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde identificadas nos artigos relacionaram-se com a assistência qualificada ao Pré-Natal; educação em saúde; acompanhamento social; dificuldade das gestantes; e dificuldade dos enfermeiros, fatores que interferem para um pré-natal de qualidade conforme o MS intitula. A questão do acolhimento e organização por parte das equipes ainda se mostram em desenvolvimento devido a fatores como: nova política de saúde e questões de falta de atualização e treinamento no sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (POLGLIANI; SANTOS NETO; ZANDONADE, 2014). Tais informações podem ser visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2. Caracterização do pré-natal na Atenção Básica

CARACTERIZAÇÕES DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA	PUBLICAÇÕES
<p>ASSISTÊNCIA QUALIFICADA AO PRÉ-NATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Queixas; • Equipe integrada; • Competência Profissional; • Cartão pré-natal; • Atenuar riscos; • Início do pré-natal no 1 trimestre; • Exames Físicos; • Exames Laboratoriais; • Exames de Imagem; • Níveis de Acesso; • Orientação (Ter no mínimo 6 consultas, realização dos testes rápidos); • Aderir ao pré-natal; • Consulta de puerpério; • Aleitamento Materno. 	<p>CARDELLI, A. A. M; MARRERO, T. L; FERRARI, R. A. P; MARTINS, J. T; SERAFIM, D. Expectations and satisfaction of pregnant women: revealing prenatal care in primary care. Invest. Educ. Enferm. Ano 2, n. 34, 2016, p. 252-260.</p> <p>MKANDAWIRE, P; ATARI O; KANGMENNAANG, J; ARKU, G; LUGINAAH, I; ETOWA, J. Pregnancy intention and gestational age at first antenatal care (ANC) visit in Rwanda. Midwifery. 2018.</p> <p>HASS, C.N; TEIXEIRA, L.B; BEGHETTO, M.G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. Rev. Gaúcha Enferm. Ano 3, n. 34, 2013, p. 22-30.</p> <p>SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Brasília. Ano 3, n. 62, 2009. maio-jun, p. 387-392.</p> <p>SILVA, M.Z.N. da; ANDRADE, A.B. de; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. Saúde em Debate, v. 38, n. 103, p.805-816, 2014. GN1 Genesis Network.</p> <p>GARCIA, E.S.G.F; BONELLI, M.C.P; OLIVEIRA, A.N; et al. As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. Rev Fund Care Online. Ano 3, n. 10, 2018 jul./set, p. 863-870.</p> <p>MARTINS, M.F.S.V. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. Rev. Bras. de Brasileira. Ano 6, n. 67, 2014 nov-dez, p. 1008-1012.</p> <p>RUSCHI, G.E.C; ANTÔNIO, F.F; ZANDONADE, E; MIRANDA, A.E. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo,</p>

	<p>2013-2014: corte transversal. Rev Bras Med Fam Comunidade. v. 39, n. 12, 2017, p. 1-13.</p> <p>PEREIRA, D.O; FERREIRA, T.L.S; ARAUJO, D.V; MELO, K.D.F; ANDRADE, F.B. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno infantil. Revista Ciência Plural. Ano 3, n. 3, 2017, p. 2-15.</p> <p>GUERREIRO, E.M; RODRIGUES, D.P; SILVEIRA, M.A.M; LUCENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Revista Mineira de Enfermagem. 2012.</p>
<p>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de gestantes; • Qualidade de vida; • Empoderamento da gestante; • Estimulação ao pré-natal; • Cuidados mãe-filho. 	<p>SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Brasília. Ano 3, n. 62, 2009. maio-jun, p. 387-392.</p> <p>PARAT, S; NÈGRE, V; BAPTISTE, A; VALENSI, P; BERTRAND, A.M; CHOLLET, C; DABBAS, M; ALTMAN, J.J; LAPILLONNE, A; TRÉLUYER, J.M; ELIE, C; TAUBER, M; LORENZINI, F; COSSON, E. Prenatal education of overweight or obese pregnant women to prevent childhood overweight (the ETOIG study): an open-label, randomized controlled trial. International Journal Of Obesity. 21 set. 2018.</p> <p>AKTER, M.K; YIMYAM, S; CHAREONSANTI, J; TIANSAWAD, S. The challenges of prenatal care for Bangladeshi women: a qualitative study. International Nursing Review, 3 set. 2018.</p> <p>IZADIRAD, H; NIKNAMI, S; ZAREBAN, I; HIDARNIA, A. Improving prenatal care in pregnant women in Iranshahr, Iran: Applying Health Belief Model. Women & Health, p.1-12, 7 nov. 2017.</p>
<p>ACOMPANHAMENTO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento familiar. 	<p>SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Brasília. Ano 3, n. 62, 2009. maio-jun, p. 387-392.</p>
<p>DIFICULDADES DAS GESTANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento inadequado; • Falta do conhecimento sobre os profissionais de Enfermagem dentro do pré-natal; • Escuta ativa; • Limitação no acesso de consulta; • Pagar a Ultrassom fora da UBS; • Problemas com o acesso funcional (tempo de espera); • Falta de profissional da saúde. 	<p>SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Brasília. Ano 3, n. 62, 2009. maio-jun, p. 387-392.</p> <p>SILVA, M.Z.N. da; ANDRADE, A.B. de; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. Saúde em Debate, v. 38, n. 103, p.805-816, 2014. GN1 Genesis Network.</p> <p>AKTER, M.K; YIMYAM, S; CHAREONSANTI, J; TIANSAWAD, S. The challenges of prenatal care for Bangladeshi women: a qualitative study. International Nursing Review, 3 set. 2018.</p> <p>ADEYINKA, O; JUKIC, A.M; MCGARVEY, S.T; MUASAU-HOWARD, B.T; FAIAI, M; HAWLEY,</p>

	<p>N.L. Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa. <i>Bmc Pregnancy And Childbirth</i>, v. 17, n. 1, 16 nov. 2017.</p> <p>CARDELLI, A. A. M; MARRERO, T. L; FERRARI, R. A. P; MARTINS, J. T; SERAFIM, D. Expectations and satisfaction of pregnant women: revealing prenatal care in primary care. Invest. Educ. Enferm. Ano 2, n. 34, 2016, p. 252-260.</p>
<p>DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em registrar a mesma informação no PEP e no cartão da gestante. • Sobrecarga no trabalho 	<p>POLGLIANI, R.B.S; SANTOS NETO, E.T; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Ano 6, n. 36, 2014, p. 269-275.</p>

Fonte: Elaboração nossa.

As barreiras encontradas pelas gestantes como falta de informação sobre a equipe que irá atendê-la, os exames que não são feitos na unidade, a demora nos atendimentos, a falta de incentivo educacional, em especial para a mãe primípara, sobre essa nova fase que se encontra, se destacam de forma abrupta devido à forma simples e econômica de se resolverem, como por exemplo, o incentivo dos profissionais em estimular as gestantes a comparecerem a todas as consultas e esclarecer o quão benéfico será o acompanhamento adequado não só da parte do profissional como também do binômio mãe-filho (SHIMIZU; LIMA, 2009; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; GUERREIRO et al, 2012).

O pouco incentivo no âmbito da educação em saúde voltado para a educação pré-natal vem mostrando que esse déficit causa complicações tanto no período gestacional como pós-parto (SHIMIZU; LIMA, 2009; CUNNINGHAM et al, 2018; PARAT et al, 2018; AKTER et al, 2018; IZADIRAD et al 2017).

Em relação aos artigos estrangeiros, foi identificado um estudo em Portugal que apontou a taxa de mortalidade materna em 2000 cifrava-se em 2,5% já em 2014 caiu para 0,15%. A qualidade dos cuidados de saúde em especial para a gestante e o processo de formação e profissionalismo interverem de forma direta na saúde da gestante. A orientação em tal país é feita pelo Médico da Família e da Enfermeira de Cuidados Gerais ou da Especialista em Saúde Materna e Obstétrica foi notado que a intenção de garantir uma assistência integral e humanizada às grávidas e as suas famílias realmente funciona.

Já em Ruanda, é possível ver que mesmo com a cobertura quase universal do pré-natal é preciso realizar educação em saúde para proporcionar pontualidade dos intervalos dos exames sucessivos, adesão ao número de consultas. Cobertura de cuidados pré-natais (ANC).

Nos EUA a participação no atendimento pré-natal em grupo pode melhorar os desfechos do parto, pois apesar dos avanços biomédicos substanciais e dos esforços de intervenção, os

partos prematuros e de baixo peso ao nascer persistem, com graves consequências para a saúde do lactente, da criança e do adulto então foi explícito que atendimento pré-natal em grupo proporciona às mães cuidados holísticos durante um período de estresse e mudança, integrando-os a uma rede social de pares.

Em Samoa as gestantes relataram que precisam de uma facilidade de acesso as clínicas, melhorar o tempo de espera e aumentar o tempo com os profissionais. Já em Imo, na Nigéria, as mulheres das comunidades rurais não aderem ao pré-natal devido ao custo dos serviços.

Por fim, em um estudo realizado no Irã o acompanhamento social, econômico e educacional durante a gravidez se mostra com resultados positivos de aderência ao programa. Em Bangladesh as questões socioculturais afetam o pré-natal, pois as mulheres não têm a chance de tomar suas próprias decisões assim é necessária uma educação em saúde sensível a população e a família da gestante.

Apesar dos estudos dos artigos terem sido realizados em artigos brasileiros e estrangeiros os resultados mostram-se similares em alguns pontos específicos como, por exemplo, a importância da educação em saúde para as gestantes, das realizações dos exames preconizados por órgão oficial da Saúde como o MS e a organização da equipe e da unidade (GUERREIRO et al, 2012; FERREIRA et al, 2017; PEREIRA et al, 2017; GARCIA; BONELLI; OLIVEIRA, 2018; POLGLIANI; SANTOS NETO; ZANDONADE, 2014). A satisfação no pré-natal em geral e a domínios específicos vão além das características demográficas básicas levam em consideração as características sociais e ambientais das experiências de pré-natal das mulheres.

A Tabela 4 foi observado o quantitativo de artigos que abordaram tais assuntos.

Assunto referente a	Artigos encontrados
Cartão Pré-Natal e Prontuário	2
Educação Pré-Natal	2
Questão de melhoria e do cuidado no Pré-Natal	3
Expectativa e satisfação das gestantes e dos enfermeiros no Pré-Natal	1
Barreiras no Pré-Natal	3
Avaliação da assistência	1
Avaliação das consultas	2
Ações de enfermagem	1
Total	15

Fonte: Elaboração nossa.

Dessa forma nota-se na tabela 4 que as informações se completam e evoluem para um atendimento adequado e satisfatório conforme embasamento teórico. As ações isoladas não devem continuar em prática, pois não se enquadram nos parâmetros estabelecidos pelo MS.

Por fim, o pré-natal na atenção básica à saúde ainda necessita superar o modelo biomédico. Nota-se que, apesar de esforços nas mudanças dos modelos de atenção à saúde, estas consultas ainda estão enraizadas no modelo biomédico e que as mulheres necessitam ser mais ouvidas, principalmente, nos aspectos referentes ao seu contexto de vida. (GARCIA; BONELLI; OLIVEIRA, 2018).

9. DISCUSSÃO

De acordo com Hass et al (2013) é notável que a assistência ao pré-natal teve uma evolução significativa a partir da década de 80, principalmente no Brasil. Essa assistência era vista como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que pudessem resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. O MS estabeleceu em 2006, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal, acolher a mulher desde o início de sua gravidez até o fim da gestação, assegurando ter um nascimento de uma criança saudável, com garantia do bem-estar materno neonatal.

O MS tem concretizado políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, como também implementou medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como urgência e emergência.

Entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde (VALADARES, 2018).

A adequabilidade da assistência pré-natal ainda se mostra baixa, desde o número mínimo de consultas até o preenchimento correto dos formulários envolvidos na assistência pré-natal, a totalidade dos critérios mínimos estabelecidos pelo PHPN ainda se mostram com fragilidade que precisam ser corrigidas (HASS et al, 2013).

Já para Ruschi et al (2013), as informações sobre a saúde, em específico a saúde da mulher na sua fase da gestação, devem receber atenção em relação ao preenchimento do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). No qual as informações devem ser claras, objetivas e completas para a equipe multidisciplinar poder compartilhar das informações sobre cada gestante de uma forma conjunta com todas as unidades de saúde, ou seja, elas devem compartilhar todas as informações para melhorar a saúde da mulher. E com isso é necessário treinamentos e capacitações periódicas dos profissionais para melhorar as informações inseridas no PEP. E também uma atenção do departamento de informática da Secretária de Saúde sobre as atualizações do sistema que devem ter comunicação direta com os servidores de saúde.

A existência de informações sobre a saúde materno infantil é fundamental para garantir uma assistência pré-natal de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para com as ações de redução da mortalidade materna e perinatal (POLGLIANI; SANTOS NETO; ZANDONADE, 2014, p. 270)

Segundo Polgliani, Santos Neto, Zandonade (2014) a utilização do cartão pré-natal e do PEP na atenção básica ainda acarretam muitas divergências entre os mesmos, pois o que está em déficit em um está completo no outro e vice-versa. São diferentes fontes de informação que deveriam ser singulares para melhor assistência de saúde como informações completas sobre anemia gestacional, hipertensão gestacional, diabetes gestacional entre outras de extrema importância e relevância. Ainda existem precariedades dos registros dos prontuários da AB que podem ser solucionadas quando organização e exclusão da resistência do profissional de saúde em registrar a mesma informação em dois instrumentos diferentes.

A entrada precoce das mulheres no pré-natal ameniza ou até mesmo evita futuros problemas de saúde como sobrepeso, transtornos hipertensivos da gravidez e obesidade. Algumas barreiras financeiras como falta de transporte e desemprego ainda interverem na vida de algumas gestantes e a questão voltada para o atendimento paciente-provedor interverem de maneira mais abrupta devido à capacidade de instigação que uma gestante faz a outra quando não está satisfeita com o atendimento isso prejudica a gestação atual e até as futuras (PARAT et al, 2018). Um programa de educação e aconselhamento nutricional para mulheres com excesso de peso iniciado após 3 meses de gestação não se mostra tão significativo e proveitoso como para mulheres que estão nas primeiras semanas de gestação.

Um aspecto citado é que as estrangeiras grávidas tem um risco maior de complicações devido ao sobrepeso e obesidade. Com a baixa utilização do pré-natal pode resultar em baixos níveis de satisfação e resultados positivos, sendo necessário assim, melhorar o atendimento no sentido de ter um acesso mais rápido, onde a demora não acabe desestimulando as gestantes a procurarem o serviço de saúde e mostrando ser necessário também um tempo maior na consulta com o médico ou enfermeiro (ADEYINKA et al, 2017).

De acordo com Akter, Yimyam, Chareonsanti e Tiansawad (2018), as questões socioculturais ainda afetam o pré-natal de várias mulheres principalmente em regiões onde as mulheres não têm muita autonomia. Sendo necessários programas de educação em saúde não só para as gestantes, mas também para os familiares mais próximos, gerando o conhecimento da importância do mesmo e também evitando problemas futuros. É necessário também lutar para garantir às mulheres as medidas de promoção de saúde em todo o seu processo de vida.

Foi relatado por outro autor estrangeiro que o alto custo dos serviços para as mulheres das regiões rurais interverem no manejo e nos resultados positivos de uma gestação saudável devido à falta de acessibilidade financeira.

Cada país tem sua forma de encarar e lidar com o pré-natal e com a educação em saúde desde o acompanhamento social, econômico e educacional passado as gestantes, no Irã o Modelo de Crenças em Saúde (HBM) se mostrou efetivo na adoção do pré-natal (IZADIRAD et al, 2017).

As crenças em saúde referem-se à susceptibilidade e à gravidade percebida na doença em questão e aos benefícios e barreiras percebidos com relação aos comportamentos de prevenção ou tratamento da doença (COLETA, 1999). É composto por seis dimensões, que se inter-relacionam. Para que um indivíduo adote medidas preventivas, ele precisa acreditar que poderá ser afetado pela doença (Percepção de suscetibilidade), que a ocorrência da doença acarretará consequências físicas e/ou sociais sérias (Percepção de severidade), que a realização de uma ação é capaz de reduzir tanto a sua suscetibilidade quanto à severidade (Percepção de benefícios) e que as barreiras existentes para realizar a ação (Percepção de barreiras) são superadas pelos benefícios. As percepções de suscetibilidade e severidade da doença podem criar a intenção para a ação, contudo, a simples intenção não é garantia de execução, podendo ser necessária a presença de estímulos desencadeadores da ação (Estímulo para ação). É importante que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar com sucesso um comportamento requerido e de superar as barreiras por ele percebidas (Autoeficácia) (FIGUEIRA et al, 2013, p. 169).

O pré-natal cresceu e se mostra avançando em vários pontos importantes com isso é essencial estimular que as gestantes acelerem o início do pré-natal, a pontualidade dos intervalos de exames sucessivos e a adesão ao número recomendado de visitas. Durante as consultas já questionar a futura mãe, se ela pretende engravidar novamente e quais as orientações passarem para os casos que não se tem intenção mais para evitar possíveis fragilidades futuras (MKANDAWIRE et al, 2018).

Na concepção de Guerreiro, Rodrigues, Silveira e Lucena (2012) a falta de referência e de contra referência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato com as gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal.

O período pré-natal é uma etapa que requer cuidados e atenção especial materno-infantil, pois a intenção é se chegar a um parto e nascimento sem complicações. Este acompanhamento se dá pela equipe multiprofissional da Atenção Básica de Saúde nos Centros de Saúde, próximos a casa de cada gestante onde cada membro da equipe exerce seu papel de

assistência direta a gestante (MARTINS, 2014). Em Portugal, a necessidade da rede de Cuidados de Saúde Primária organizar serviços multiprofissionais orientados para a promoção de saúde da mulher e da sua família, de maneira particular, quanto ao aconselhamento à prestação de informação ou a educação para a saúde.

É notável que a oferta de educação pré-natal reduz as queixas e aumenta a qualidade de vida das mulheres grávidas onde levando-se em consideração o papel do enfermeiro as atitudes de sensibilidade e afetividade demonstradas pelo mesmo, desde a primeira consulta levam a vulnerabilidade da gestante nessa nova etapa para um ponto de segurança voltado a humanização comparado com outros profissionais. O trabalho da equipe no acompanhamento pré-natal na Atenção Básica é de grande relevância, sendo citado pelos enfermeiros entrevistados por esse artigo. As consultas de pré-natal são intercaladas entre médico e enfermeiro, além das consultas com o dentista e nutricionista, quando se faz necessário (GUERREIRO et al, 2012).

Autores afirmam que a atuação da equipe de enfermagem na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal está deficitária. Obteve-se informações sobre as ações desenvolvidas como exame físico completo com aferição da pressão arterial (PA), peso, altura, pulso, estado nutricional, inspeção de pele e mucosas, palpação da tireoide, pesquisa de edema em MMII, exame das mamas. Exames preconizados pelo pré-natal como ultrassonografia, exame de anemia e urina, teste HIV, sífilis e hepatite B e C, ausculta BCF, posição fetal e altura uterina estão em déficit, pois não estão sendo realizadas corretamente. As orientações sobre aleitamento materno, alimentação adequada para evitar o risco de desenvolver Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), diabetes gestacional, importância das vacinas, medidas de conforto, sinais de perigo, trabalho, sexualidade e sinal de Trabalho de Parto (TP).

É nítido que os profissionais de saúde precisam de capacitação e de compromisso com o serviço e as diretrizes que o mesmo estabelece para permanecer atualizado com base em evidências científicas adotando uma postura que não deixe a desejar. O Ministério da Saúde investe em cursos de capacitação e melhoria das condições assistências na Atenção Primária para melhorar esse quadro, pois o pré-natal no sentido de qualidade de serviço não atendeu as expectativas de uma parte das gestantes (GARCIA; BONELLI; OLIVEIRA, 2018; PEREIRA et al, 2017; CARDELLI et al, 2016).

A satisfação com o serviço enfermeiro-gestante encontra-se positiva baseada em informações colhidas diretamente com as gestantes, pois relatam que se sentem mais a vontade para questionar e debater sobre essa nova etapa que chegou, entretanto foi constatado que

algumas gestantes demonstraram que conheceram a consulta de enfermagem durante o pré-natal (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Uma das principais prioridades da PNAISM é promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada que amplie a adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (RIOS; VIEIRA, 2007 apud SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). É notório que o acesso cresceu e evoluiu no sentido de marcação de consultas e atendimento. A humanização no momento da consulta se mostrou bastante agradável e satisfatório no ponto de vista das gestantes, pois é garantido o vínculo gestante e profissional (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Polgliani, Santos Neto, Zandonade (2014), afirmam que a ideia da Rede Cegonha possa dificultar cada vez mais as melhorias da qualidade da assistência pré-natal, visto que são preconizados todos os procedimentos previstos no PHPN e somados a outros procedimentos de maior complexibilidade de acordo com o risco gestacional. Já para Cardelli, Marrero, Ferrari, Martins, Serafim (2016) visa favorecer a oferta de uma atenção contínua e integral no intuito de garantir esta assistência à mulher.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pré-natal é a mais importante das assistências prestada nas Unidades Básicas de Saúde à mulher no decorrer da gestação, onde é possível realizar um acompanhamento saudável da gestante e seu filho, prevenindo ou tratando as complicações que podem surgir nesse período, concorrendo, assim, para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e infantil.

A consulta de enfermagem contribui para que a gestante enfrente esta etapa da vida com mais tranquilidade, pois lhe permite compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados. E onde o vínculo entre o profissional e gestante no pré-natal deve ser mantido até o momento do parto, ou seja, o simples encaminhamento de uma pessoa de um serviço para outro, sem comunicação ou continuidade, não quer dizer a garantia de uma assistência resolutive.

O presente estudo evidenciou alguns entraves para a realização de um pré-natal de qualidade como a precariedade dos registros dos prontuários e do PEP na Atenção Básica, a demora no atendimento, a demora nos resultados de exames solicitados, ausência de referência e contra referência, carência de recursos materiais e tecnológicos, peregrinação da gestante, limitação dos enfermeiros na solicitação de exames e falta de trabalho em equipe. Tais achados reforçam que ainda há muitos desafios postos para que se tenham verdadeiras melhorias na assistência pré-natal. No entanto, destaca-se que as ações, preconizadas pelo MS, ainda estão em desenvolvimento para o alcance e fortalecimento da integralidade do cuidado das pessoas no período do pré-natal, parto e planejamento reprodutivo.

Sendo assim, foi possível identificar que o pré-natal ainda é uma linha de cuidado que necessita de uma atenção especial de gestores, pesquisadores e profissionais de saúde. Destaca-se a importância do papel do enfermeiro na redução de agravos ao público do pré-natal. Além disso, destaca-se que atividades educativas durante pré-natal reduz as queixas e aumenta a qualidade de vida isso inclui evitar obesidade entre as gestantes, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, doenças circulatórias. Isso deve ser englobado como um dos pontos primordiais de melhoria do pré-natal.

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADEYINKA, O; JUKIC, A.M; MCGARVEY, S.T; MUASAU-HOWARD, B.T; FAIAI, M; HAWLEY, N.L. Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, v. 17, n. 1, 16 nov. 2017.

AJAEGBU, Okechukwu Odinaka. Access and Utilization of Prenatal Health Care Services in Rural Communities: A Study of Isiekenesi in Imo State. **International Journal Of Health Services**, v. 47, n. 4, p.795-806, 7 set. 2017.

AKTER, M.K; YIMYAM, S; CHAREONSANTI, J; TIANSAWAD, S. The challenges of prenatal care for Bangladeshi women: a qualitative study. **International Nursing Review**, 3 set. 2018.

ANALISE POLÍTICA EM SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde em 2016: avanços, desafios e resultados.** 2017. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=58f51333a319ff1adc256e5205e4e372&pg=4> Acesso em: 04 maio 2018.

BOTELHO, R. L. L.; CUNHA, A. C. C.; MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n.11, p.121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Rede Cegonha**. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 28 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde mais perto de você: Rede Cegonha.** Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 28 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 27 de out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso: 23 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n° 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 320 p. (A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n° 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 1. Ed. Rev. 2013. 320 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Sífilis**. V. 48, n. 36, p. 1-44. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em: 06 mai 2018.

CARDELLI, A. A. M; MARRERO, T. L; FERRARI, R. A. P; MARTINS, J. T; SERAFIM, D. Expectations and satisfaction of pregnant women: revealing prenatal care in primary care. **Invest. Educ. Enferm.** Ano 2, n. 34, 2016, p. 252-260.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CASTRO, Danielle Freitas Alvim de. **Qualidade de Vida de Gestantes Assistidas pela Estratégia Saúde da Família**. 2010. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13012011-150422/fr.php>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

COLETA, Marília Ferreira Dela. **O modelo de crenças em saúde (HBM):** uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. v. 7, n. 2, p. 175-182. 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n2/v7n2a07.pdf> Acesso em: 23 nov. 2018.

CUNNINGHAM, S.D; LEWIS, J.B; SHEBL, F.M; BOYD, L.M; ROBINSON, M.A; GRILO, S.A; LEWIS, S.M; PRUETT, A.L; ICKOVICS, J.R. Group Prenatal Care Reduces Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight: A Matched Cohort Study. **Journal Of Women's Health**, 25 set. 2018.

FALCONE, V. M; MADER, C. V. N; NASCIMENTO, C. F. L; SANTOS, J. M. M; NÓBREGA, F. J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista Saúde Pública**, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2018.

FERNANDES, C. L. Heloíse. **O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.** São Paulo, 2010. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16122010-120232/pt-br.php>>. Acesso em: 09 de Abr. de 2018.

FERREIRA, T.L.S; MELO, F.L.A.C.G; ARAUJO, D.V; MELO, K.D.F; ANDRADE, F.B. Avaliação da assistência com foco na consulta de atendimento pré-natal. **Revista Ciência Plural**. Ano 2, n. 3, 2017, p. 4-15.

FIGUEIRA, Taís R; FERREIRA, Efigênia; SCHALL, Virgínia; MODENA, Celina. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes. **Rev Odontol Bras Central**. v. 22, n. 63, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2014/v22n63/a4363.pdf> Acesso em: 23 nov. 2018.

GARCIA, E.S.G.F; BONELLI, M.C.P; OLIVEIRA, A.N; et al. As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **Rev Fund Care Online**. Ano 3, n. 10, 2018 jul./set, p. 863-870.

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família:** sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n6/06.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2018.

GUERREIRO, E.M; RODRIGUES, D.P; SILVEIRA, M.A.M; LUCENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2012.

HASS, C.N; TEIXEIRA, L.B; BEGHETTO, M.G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Rev. Gaúcha Enferm**. Ano 3, n. 34, 2013, p. 22-30.

IZADIRAD, H; NIKNAMI, S; ZAREBAN, I; HIDARNIA, A. Improving prenatal care in pregnant women in Iranshahr, Iran: Applying Health Belief Model. **Women & Health**, p.1-12, 7 nov. 2017.

MARTINS, M.F.S.V. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. **Rev. Bras. de Brasileira**. Ano 6, n. 67, 2014 nov-dez, p. 1008-1012.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.17, n.4, out-dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 19 de out. 2018

MILENA, Lilian. Agência Dinheiro Vivo. Prós e contras do programa Rede Cegonha. **Jornal GGN**. 2012. Disponível em: <https://jornalggm.com.br/blog/luisnassif/pros-e-contras-do-programa-rede-cegonha> Acesso em: 06 mai 2018.

MKANDAWIRE, P; ATARIO; KANGMENNAANG, J; ARKU, G; LUGINAAH, I; ETOWA, J. **Pregnancy intention and gestational age at first antenatal care (ANC) visit in Rwanda**. Midwifery. 2018.

MUIR, G.J.A. **Evidence based healthcare: how to make health policy and management decision**. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

PARAT, S; NÈGRE, V; BAPTISTE, A; VALENSI, P; BERTRAND, A.M; CHOLLET, C; DABBAS, M; ALTMAN, J.J; LAPILLONNE, A; TRÉLUYER, J.M; ELIE, C; TAUBER, M; LORENZINI, F; COSSON, E. Prenatal education of overweight or obese pregnant women to prevent childhood overweight (the ETOIG study): an open-label, randomized controlled trial. **International Journal Of Obesity**. 21 set. 2018.

PENSESUS. FioCruz. **Atenção Básica**. Disponível em:< <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>> Acesso em: 04 mai 2018.

PEREIRA, D.O; FERREIRA, T.L.S; ARAUJO, D.V; MELO, K.D.F; ANDRADE, F.B. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno infantil. **Revista Ciência Plural**. Ano 3, n. 3, 2017, p. 2-15.

POLGLIANI, R.B.S; SANTOS NETO, E.T; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Ano 6, n. 36, 2014, p. 269-275.

RUSCHI, G.E.C; ANTÔNIO, F.F; ZANDONADE, E; MIRANDA, A.E. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 39, n. 12, 2017, p. 1-13.

SANTOS, C.M.C, PIMENTA, C.A., NOBRE, M.R. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 3, maio/junho, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em: 19 de out. 2018.

Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. Organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234 p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicooii.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

SERRUYA, S.J, CECATTI, J.G, LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n5/22.pdf> > Acesso em: 06 mai 2018.

SERRUYA, S.J. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, SP, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2018

SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília. Ano 3, n. 62, 2009. maio-jun, p. 387-392.

SILVA, M.Z.N. da; ANDRADE, A.B. de; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p.805-816, 2014. GN1 Genesis Network.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015. 43 p. Disponível em: <http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acesso em: 28 de abr. 2018.

VALADARES, Carolina. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. **Portal do Ministério da Saúde**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna> Acesso em: 29 out. 2018

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **Int J Gynecol Obstet**, 48(Suppl.):S33-S52, 2001.

YIKAR, Seda Karaçay; NAZIK, Evşen. Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. **Patient Education And Counseling**, set. 2018. Elsevier BV.

