

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

“Mais Médicos” Program: qualification of prenatal and postpartum in the context of the Family Health Strategy

Ileana Nicolasa Ferrer Valdes¹,
Elitiele Ortiz dos Santos², Ernande Valentin do Prado³

RESUMO

Objetivo: pretende-se, neste artigo, relatar a experiência do desenvolvimento de uma intervenção em uma Estratégia de Saúde da Família na cidade de Boa Vista em Roraima, cujo objetivo foi melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da equipe. **Métodos:** A intervenção fez parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família de uma médica cubana vinculada ao Programa Mais Médicos. A intervenção foi desenvolvida no período de março a junho de 2015 e contou com a participação de todos os profissionais da equipe. Foram realizadas ações de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação e engajamento público. **Resultados:** Com a intervenção, foi possível melhorar a organização do serviço para a atenção às gestantes e puérperas. Observou-se melhoria gradativa na cobertura da atenção, acesso ao serviço, qualidade dos atendimentos clínicos e adesão às ações ofertadas. Houve um fortalecimento das ações de promoção à saúde com orientações, palestras e desenvolvimento de uma parceria com a equipe de saúde bucal. **Conclusão:** Os profissionais ficaram mais capacitados para atender as gestantes e puérperas com conhecimentos atualizados e sensibilização sobre a atuação no trabalho da atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Objective: the intention of this article is to report the experience of the development of an intervention in a Family Health Strategy in the city of Boa Vista in Roraima aimed to improve attention to the prenatal and postpartum period in the team's area of comprehensiveness. **Methods:** the intervention was part of a Conclusion work for Specialization course in Family Health of a Cuban medical linked to the “Mais Médicos” Program. The intervention was carried out from March to June of 2015 and counted with the participation of all team members. Organizing actions and management of the service, qualification of clinical practice, monitoring and evaluation, and public engagement were performed. **Results:** with the intervention, it was possible to improve the service organization for the attention of the pregnant and postpartum women. It was observed a gradual improvement in the coverage of care to pregnant and postpartum women, access to the service, the quality of clinical care and adherence to the offered actions. There was a strengthening of actions for the health promotion with guidance, lectures and development of a partnership with the oral health team. **Conclusion:** the team was better trained to address the pregnant and postpartum women with updated knowledge and awareness about acting in the work of primary care.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Primary Health Care; Women's Health; Prenatal Care; Postpartum Period.

¹ Médica vinculada ao Programa Mais Médicos para o Brasil/ Ministério da Saúde. Especialista em Estratégia de Saúde da Família.

² Universidade Federal de Porto Alegre. E-mail: elitiele_ortiz@hotmail.com.

³ Enfermeiro/Sanitária e Educador Popular. Membro da Rede de Educação Popular e Saúde e do Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Localizadas na comunidade, as Unidades de Saúde (UBS) e/ou as Unidade de Saúde da Família (USF) desenvolvem ações mais próximas da realidade em que as pessoas vivem, inclusive dentro de suas casas. É orientada por princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da longitudinalidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Tem a proposta de ser a porta de entrada preferencial dos usuários e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde procurando integrar serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar.¹

Desde a implementação das equipes de Estratégia de Saúde da Família em 2004, houve um fortalecimento de suas propostas, possibilitando melhorias em saúde, como a cobertura universal da vacinação, a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório.²⁻⁵ Também foi identificado que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos e com tempo de espera mais curto quando feitos por uma equipe de saúde da família do que por outras fontes.⁶

Importantes avanços nos últimos anos foram conquistados com a Atenção Básica, entretanto muitos vazios assistenciais ainda são identificados, entre eles, a falta de médicos que nos últimos se tornou urgente e foi considerada como prioridade pelos gestores e população. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2012, o Brasil tinha 1,86 médicos por mil habitantes (med/1000 hab.), uma proporção de médicos por habitante muito menor do que a necessidade da população e do SUS, uma vez que o ideal seria de 2,7 médicos por mil habitantes, patamar que pretende ser alcançado até 2026, de acordo com o Ministério da Educação. Em Portugal, Espanha e Reino Unido, que também possuem sistemas públicos universais, esses números chegam a 3,9, 4 e 2,7, respectivamente. Também registram-se 3,7 no Uruguai e Argentina com 3,16.⁷⁻⁹

No Brasil, a insuficiência de médicos se agrava ainda mais quando se observa a distribuição desigual, pois, das 27 unidades da federação, 22 estavam abaixo da média nacional, sendo que cinco, localizadas nas regiões norte e nordeste tinham um indicador de menos de 1 med/1000 habitantes.^{10,11} Maior é a necessidade de médicos quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições social, econômica e sanitária da região e do município, contudo, é justamente nesses locais que há maior escassez desse profissionais, mais inflacionado é o mercado de trabalho médico da região e menor é a capacidade do

município de atrair e fixá-los na atenção básica.^{9,12}

Diante das necessidades mencionadas e após intenso debate na sociedade e tramitação no Congresso Nacional, o Programa Mais Médicos se tornou uma política de Estado regulamentado na Lei 12.871 de 2013, somando-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica no país além da garantia do direito à saúde.¹³

O Programa Mais Médicos foi estruturado em três eixos de ação: investimento na melhoria da infraestrutura, qualificação das equipes e ampliação da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde (UBS); ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país; e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.¹⁴ São iniciativas de curto, médio e longo prazo com efeitos sinérgicos às demais ações da Política de Atenção Básica e contribuirá para um salto expressivo nos patamares de acesso, qualidade, profissionais suficientes e preparados e a importante legitimidade da Atenção Básica à Saúde no Brasil, favorecendo, conseqüentemente, todos os níveis e redes de atenção à saúde, nos setores público e privado.^{9,13}

Em dois anos, o PMMB recrutou em 4.058 municípios cerca de 14.462 médicos. Foram 1.846 médicos brasileiros e 12.616 médicos estrangeiros, dos quais, 11.429 são médicos cubanos através de uma parceria envolvendo a Organização Pan-Americana de Saúde. Toda a demanda das prefeituras que aderiram ao Programa foi atendida. Sessenta e três milhões de pessoas estão sendo beneficiadas, e estima-se que até o final de 2018 sejam 70 milhões de pessoas.⁹

Portanto, percebe-se que gradativamente já estão sendo demonstrados resultados da implementação do Programa Mais Médicos e, nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo contribuir com tal discussão, apresentando o relato de experiência de uma médica cubana vinculada ao Programa Mais Médicos, sobre o desenvolvimento de um projeto de intervenção realizado em uma Estratégia de Saúde da Família na cidade de Boa Vista em Roraima, cujo objetivo foi melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da equipe. A intervenção fez parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família¹⁵, mostrando que, além de garantir o acesso à população, o PMMB também investiu na qualidade do atendimento, proporcionando a implantação de ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Optou-se pelo foco de atendimento às gestantes e

puérperas após análise situacional da área e constatação das dificuldades que o serviço estava enfrentando para ofertar atenção qualificada a esse grupo, principalmente no que se refere à organização do serviço e adesão das ações pela população. Além disso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 289.000 mulheres morreram durante a gravidez ou complicações relacionadas ao parto, incluindo causas consideradas evitáveis¹⁶. Muitas crianças morrem antes de completar um ano de idade. Em Roraima, registrou-se em 2013 uma taxa de mortalidade infantil de 18,1¹¹. Portanto, são situações que convocam os profissionais ligados à saúde, em especial a equipe de atenção básica para uma grande responsabilidade, de cuidar de cada gestante, puérpera e de cada criança que nasce, oferecendo-lhes assistência adequada para melhor qualidade de vida.

O artigo está estruturado para demonstrar as mudanças proporcionadas à população da área que recebeu a Médica Cubana, e também o apoio realizado a partir do curso de Especialização em Saúde da Família ofertado a ela pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNA-SUS).

Suporte aos profissionais do Programa Mais Médicos: Especialização em Estratégia de Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família é parte das iniciativas da UNA-SUS em parceria com a UFPel para oferecer suporte aos profissionais vinculados ao PMMB. Tem por objetivo oportunizar especialização a profissionais do SUS vinculados à Estratégia de Saúde da Família promovendo a capacidade de gestão e de organização de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, o exercício da cidadania e a participação social.¹⁷

O curso aconteceu online, associado ao cotidiano do profissional, oportunizando a aproximação com o serviço e a comunidade. Teve duração de um ano e finalizou com a entrega do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A filosofia do projeto pedagógico do curso estava alicerçada na problematização de cunho freireana, aplicável à transformação da realidade vivenciada pelo profissional de saúde da família. O curso buscou superar a transmissão de informação, dando ênfase à autonomia do especializando em estudar e construir seus conhecimentos no que diz respeito à qualificação da prática profissional e à intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde.¹⁷

O curso foi organizado em quatro Unidades de Estu-

do: Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção e Avaliação da Intervenção – todas voltadas ao suporte do estudante para realização de intervenção na UBS. O TCC, construído ao longo das quatro unidades, previa o desenvolvimento de uma intervenção no serviço, que, na prática, acontecia durante todo o curso. A intenção era desenvolver uma intervenção em uma ação programática típica da Atenção Básica, como modelo para implantação para todas as outras ações.

No ambiente virtual de aprendizado, para dar suporte a todas as etapas, cada especializando tinha um orientador que o acompanhava durante todo o curso, com presença intensiva. Além disso, havia dois fóruns de discussão, um de saúde coletiva e outro da prática clínica a fim de promover um diálogo e compartilhamento de experiência entre especializando e professores.

O projeto de intervenção que será relatado neste artigo teve como objetivo melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da unidade e faz parte de um projeto maior intitulado “Qualificação das ações programáticas na Atenção Básica à Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob ofício nº15/2012.

Desenvolvimento da intervenção

A intervenção foi desenvolvida no período de março a junho de 2015, totalizando 12 semanas e contou com a participação de todos os profissionais da equipe de ESF, entre eles a autora principal deste artigo, médica vinculada ao Programa Mais Médicos, a enfermeira, cinco ACS, a técnica de enfermagem, a equipe odontológica, a técnica da sala de vacinas, a recepcionista, o gestor do serviço, além de contar com o supervisor do Programa Mais Médicos e a equipe do NASF. Foram alvo da intervenção as gestantes e puérperas da área de abrangência.

A UBS, onde a intervenção ocorreu, situa-se na zona urbana, em Boa Vista, Roraima. Nesta época, contava com três equipes de ESF, porém essa intervenção em pré-natal e puerpério aconteceu em apenas uma equipe, na época com um total de 3.340 pessoas na área adstrita, distribuídas em seis microáreas. Destas, 1.266 eram mulheres em idade fértil (10-49 anos).

Na análise situacional anterior ao início da intervenção, havia 17 gestantes sendo acompanhadas pela equipe, mas, pelas estimativas do Ministério da Saúde, deveria haver 28 na área de abrangência. Com relação ao puerpério, não havia registros atualizados, mas, através do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), sabe-se que foram atendidas 19 (27%) puérperas no último ano para uma estimativa de 70 puérperas/ano de acordo com a es-

timativa da população e informação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Em conjunto, a equipe optou pela melhoria da atenção às gestantes e puérperas devido às muitas dificuldades identificadas na análise situacional do serviço, tais como: a presença de gestantes na área sem o acompanhamento pela equipe, necessidade de captação precoce das gestantes, melhoria na avaliação de risco gestacional e na realização dos exames ginecológicos e de mama durante a gestação, demora na realização de exames laboratoriais, dificuldade de articulação com a equipe de saúde bucal para garantir a consulta odontológica programada para gestantes. Com relação ao puerpério, identificou-se uma baixa cobertura de puérperas e dificuldade de organização de ações. Além disso, observou-se a necessidade de melhorar o monitoramento e orientações às puérperas para a realização da consulta puerperal antes dos sete dias do parto, bem como busca ativa das puérperas faltosas e atualização dos registros de acompanhamento puerperal.

A intervenção teve por objetivo geral melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da equipe ESF em Boa Vista/RR. Os objetivos específicos foram: ampliar a cobertura do pré-natal e puerpério, melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na unidade, melhorar a adesão ao pré-natal e puerpério, melhorar registros, realizar avaliação de risco e promover a Saúde no pré-natal e no puerpério.

Para cada objetivo específico, foram estabelecidas respectivas metas para alcançá-lo. As metas estabelecidas para a intervenção eram divididas: metas de cobertura e meta de qualidade. A meta de cobertura era mensurada a partir da avaliação de cada ação programática, a população da área e o nível de organização da equipe. Neste caso, as metas pactuadas para cobertura foram:

Ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde para 100% (28 gestantes) e garantir o ingresso de 100% das gestantes no Programa de Pré-Natal no primeiro trimestre de gestação. No que diz respeito às metas de cobertura do puerpério, foi pactuado garantir para 100% a consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto.

As metas de qualidade, mesmo as mais difíceis, eram, por princípio, pactuadas em 100%, principalmente considerando a prioridade representada pelo Programa de Pré-natal e Puerpério para Atenção Básica. As metas não eram diferentes do previsto nos protocolos de atendimento do ministério da saúde e abrangiam os quatro eixos propostos pelo curso: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação.

As metas para gestantes:

Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre; Realizar pelo menos um exame de mamas; Garantir solicitação de exames laboratoriais, garantir prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico; Garantir o completo esquema da vacina antitetânica e Hepatite B; Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico e garantia da primeira consulta odontológica; Realizar busca ativa das gestantes faltosas; Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação; Avaliar risco gestacional; Garantir orientação nutricional; Promover o aleitamento materno; Orientar sobre os cuidados com o recém-nascido, anticoncepção após o parto, os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação e orientar sobre higiene bucal.

Para as puérperas, as metas de qualidade pactuadas foram:

Examinar as mamas e abdome das puérperas cadastradas no Programa; Realizar exame ginecológico; Avaliar o estado psíquico; Avaliar intercorrências; Prescrever métodos de anticoncepção; Realizar busca ativa das puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto; Manter registro na ficha de acompanhamento; Avaliar intercorrências; Orientar sobre os cuidados do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo até seis meses e sobre planejamento familiar.

Para melhor organizar e acompanhar a execução da intervenção, um cronograma com os prazos foi estabelecido, um planejamento detalhado das ações, contendo a descrição de como seriam executadas, qual membro da equipe a executaria e quais materiais e equipamento estavam disponíveis e/ou deveriam ser providenciados. A equipe utilizou como protocolo os manuais técnicos do ministério da saúde, um deles, publicado em 2012, que trata da atenção ao pré-natal de baixo risco, e outro, em 2005, que trata da atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerpério,^{18,19} além de informações sobre a Rede Cegonha.²⁰ Para compreender e operacionalizar o protocolo, bem como cada uma das partes planejadas, foram desenvolvidas ações de educação permanente envolvendo toda a equipe, antes e durante a intervenção.

As ações planejadas, nos quatro eixos do curso, foram:

Eixo 1 - **Organização e gestão do serviço**

Cadastramento de todas as gestantes e puérperas na área de abrangência; acolhimento de todas as gestantes, puérperas e mulheres com atraso menstrual; organização e gestão do serviço; organização da agenda de saúde bucal para atendimento das gestantes; contato com o gestor para o fornecimento do material necessário e oferecimento de serviços diagnósticos; contato com lideranças co-

munitárias para divulgação da intervenção; organização de visitas domiciliares para busca de gestantes e puérperas faltosas; organização da agenda para acolher a demanda de gestantes provenientes de busca ativa; visita domiciliar a todas as puérperas na primeira semana após o parto; marcação da primeira consulta puerperal para o mesmo dia de realização do teste do pezinho; preenchimento do SISPRENATAL, ficha espelho (disponibilizada pelo curso), e carteira da gestante; viabilização de um arquivo para colocar todas as fichas espelhos das gestantes e puérperas; organizar a dispensação de sulfato ferroso, ácido fólico e minipílula; encaminhamento das gestantes para serviços especializados de referência; estabelecimento do papel de cada profissional no desenvolvimento das ações da intervenção e da organização do fluxo da gestante e puérpera no serviço; organização de capacitações para a equipe e de momentos em reunião da equipe para conversar sobre a intervenção.

Eixo 2 - Qualificação da prática clínica

Capacitação da equipe com base no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde 2012, além das ações preconizadas pela Rede Cegonha e a forma de organização da intervenção conforme as orientações do curso. Alguns temas abordados nas capacitações foram: busca ativa, visitas domiciliares, atendimento clínico de qualidade de acordo com o protocolo, acolhimento, monitoramento e avaliação, acompanhamento odontológico, vacinação e exames, orientações em saúde ao grupo alvo tanto na gestação como no puerpério, humanização e a interdisciplinaridade para o cuidado com atenção às necessidades que o grupo alvo requer. Também foi realizado o treinamento para o correto preenchimento do SISPRENATAL e ficha de espelho da gestante, entre outros.

Eixo 3 - Engajamento público

Divulgação da intervenção na comunidade, no contato com as lideranças, na sala de espera e em consultas com mulheres em idade fértil; divulgação da disponibilidade de teste rápido de gravidez para mulheres com atraso menstrual; realização de atividades de promoção à saúde com as gestantes e familiares, na qual todas as gestantes eram convidadas para atividades em grupo, nas quais eram informadas sobre a importância do pré-natal e puerpério, sobre seus direitos de cidadania e ao atendimento clínico qualificado, que eram detalhados, por exemplo: acompanhamento periódico na unidade e em casa, conforme as necessidades, vacinas, exames laboratoriais, exame ginecológico e das mamas, durante a gestação, bem como os

cuidados necessários para amamentação e os benefícios dessa prática para mãe e bebê.

Eixo 4 - Monitoramento e Avaliação

Levantamento de quantas gestantes e puérperas havia em cada microárea; avaliação semanal dos atendimentos realizados, com verificação do correto preenchimento da ficha espelho, gestantes e/ou puérperas faltosas; preenchimento semanal das informações da ficha espelho para uma planilha Excel (disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família) e envio aos orientadores com um relatório sobre a descrição das atividades desenvolvidas; monitoramento e avaliação mensal para verificar a implementação das ações como um todo, incluindo, registros adequados tanto na ficha espelho como no SISPRENATAL; encaminhamentos corretos de gestantes de alto risco para serviço de referência; assuntos a serem abordados nas palestras; monitoramento da duração do aleitamento materno entre as nutrizes que fizeram pré-natal na unidade de saúde, avaliando a necessidade de reforçar ações de orientação em saúde, acerca da importância do aleitamento materno, bem como o monitoramento das atividades educativas individuais sobre riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas e de orientação nutricional durante a gestação e puerpério.

Até aqui foram descritas as ações preparatórias para execução da intervenção que durou 12 semanas no curso, mas que tinha como proposta se tornar rotina da equipe. Em seguida, serão apresentados os resultados obtidos na intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados juntos os resultados da intervenção às gestantes e às puérperas, o que julgamos facilitar a leitura e o entendimento de que se trata um mesmo programa.

Importante lembrar que, antes de iniciar a intervenção, havia na área 17 gestantes apenas, mas eram estimadas 28 gestantes pelos cálculos do Ministério da Saúde, que considera a população da área adstrita. Ao iniciar a intervenção, 17 (60,7%) foram cadastradas; já no segundo mês, foram cadastradas 24 (85,7%) gestantes; e o terceiro mês totalizou 28 (100%) gestantes da área de abrangência.

Neste período, foram cadastradas 100% das puérperas antes do 42º dia pós-parto, ou seja, 10 mulheres, duas no primeiro mês, quatro no segundo mês e quatro no terceiro mês. Todas receberam visitas domiciliares nos sete primeiros dias após o parto, feito facilitado pela ação da enfermeira, que, além de trabalhar na equipe, fazia plantão

na maternidade do bairro.

Os bons resultados apresentados durante a intervenção foram conseguidos devido ao planejamento e principalmente à equipe, bem como a revisão constante das metas, das atribuições de cada membro e a capacitação da equipe com qualidade na execução das atividades. As ações que mais ajudaram a cumprir as metas de cobertura foram o acompanhamento e as buscas ativas das gestantes, principalmente realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizavam visitas domiciliares, divulgavam a intervenção e as ações educativas.

Nos últimos anos, houve avanços significativos na cobertura de pré-natal do SUS. O número de consultas de pré-natal atingiu 19,4 milhões em 2009 - aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas 8,6 milhões. Apesar disso, ainda há preocupações quanto à qualidade dessas consultas. A atenção qualificada depende da provisão de recursos e da organização de rotinas com ações comprovadamente benéficas, evitando intervenções desnecessárias e estabelecendo relações de confiança entre as famílias e a equipe. Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura.^{19,21}

No primeiro mês da intervenção das 17 gestantes cadastradas, 14 (82,4%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. No segundo mês, das 24 gestantes, 21 (87,5%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e, no terceiro mês, das 28 gestantes, 24 (85,7%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. As quatro gestantes que não iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre haviam iniciado o pré-natal em outra unidade de saúde, antes de se mudarem para a área adstrita de responsabilidade da equipe.

O início precoce da assistência pré-natal é muito importante, principalmente para detectar precocemente gestações consideradas de alto risco. Além disso, propicia uma estimativa da idade gestacional mais precisa, com melhor monitoramento do crescimento fetal. Também permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para patologias como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV, possibilitando, com isso, intervenções mais precoces e adesão a estratégias de promoção à saúde, tais como a vacinação, e nutrição e hábitos de vida saudável, evitando prejuízos para a saúde da mulher e do bebê.²²

A indicação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo de pré-natal foi solicitada para todas as gestantes cadastradas. Em caso de alterações, era imediatamente agendada consulta. As principais alterações encontradas foram anemias e infecção urinária, e se precisasse eram encaminhadas para avaliação obstétrica na Maternidade. Também foi possível vacinar em dia todas as gestantes

com a vacina antitetânica e para a hepatite B quando necessário. Todos os cartões de vacina foram revisados.

Durante as 12 semanas da intervenção, foi realizada a avaliação do risco a 100% das gestantes: 17 no primeiro mês, 24 no segundo e 28 no terceiro, com monitorização do número de encaminhamentos para o alto risco. Foram encaminhadas duas gestantes, uma por apresentar um exame de Rubéola IgM reagente, e uma outra adolescente com histórico de abandono no acompanhamento do pré-natal anterior acarretando óbito do feto. Apesar do encaminhamento, o acompanhamento e o vínculo foi mantido com a equipe de ESF, especialmente pela realização de visitas domiciliares às famílias.

As 28 gestantes cadastradas na intervenção realizaram o exame de mama sem alterações identificadas. Já com relação ao exame ginecológico, no primeiro mês, somente 6 (35,3%) realizaram o exame ginecológico, no segundo mês, 17 (70,8%), e, no terceiro mês, 25 (89,3%) gestantes realizaram o exame ginecológico, faltando 3 gestantes, as quais haviam se mudado recentemente, mas já estavam agendadas para a realização do exame. Antes da intervenção, percebe-se que as gestantes não tinham consciência da importância do exame, mas, pelo trabalho de engajamento público e atividades educativas realizadas durante a intervenção, foi possível sensibilizá-las sobre a importância do exame ginecológico.

É importante que os profissionais da estratégia saúde da família aproveitem a presença das gestantes durante o pré-natal na unidade, que, muitas vezes, é o único motivo que leva a mulher a procurar espontaneamente os serviços de saúde. Portanto, é uma oportunidade para realizar as atividades de promoção e prevenção, tais como o exame clínico de mama e o do colo de útero, considerados primordiais para a manutenção da saúde e qualidade de vida²³. Tendo em vista que na gestação as mulheres realizam exames vaginais com mais frequência, as chances para o diagnóstico inicial do câncer de útero são três vezes maiores do que nas não gestantes.²⁴

Foram prescritos suplemento de ferro e ácido fólico a todas as gestantes de acordo com o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério. A indicação desses suplementos busca reduzir o baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro.²⁵ Os defeitos de tubo neural (incluindo a espinha bífida, anencefalia e encefalocele) podem ser prevenidos com a administração de ácido fólico.²⁶ A partir das ações da intervenção, foi possível estabelecer um acordo com o gestor e o técnico de farmácia, assim, sempre havia a disponibilidade desses suplementos.

No que se refere à saúde bucal das gestantes, no primeiro mês da intervenção, apenas 10 (58,8%) realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no

segundo mês, foram 20 (83,3%), fechando o último mês com 27 (96,4%) gestantes com avaliação de atendimento odontológico. Pactuou-se esse cuidado com a equipe de saúde bucal e o gestor da unidade, os quais auxiliaram na organização de uma agenda de consultas destinadas às gestantes.

Com relação à primeira consulta odontológica, durante o primeiro mês, 5 (29,4%) tiveram a primeira consulta odontológica, no segundo mês, 12 (50%) gestantes, e o último mês forma 24 (85,7%) com a sua primeira consulta odontológica. A organização do serviço e os agendamentos das consultas odontológicas foi uma estratégia apoiada pelo coordenador da unidade que planejou para cada equipe um dia específico para os agendamentos e atendimentos odontológicos, facilitando os agendamentos pela própria equipe para dar prioridade aos usuários dos grupos de risco, o que antes da intervenção não acontecia.

Há muitos mitos e crenças voltados para a atenção odontológica durante o pré-natal, contudo, estes precisam ser desmistificados com as gestantes e, muitas vezes, na própria equipe de ESF com enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal. Tais cuidados preventivos devem receber atenção especial, pois alterações no meio bucal como cárie e doença periodontal podem ser frequentes nesse período.²⁷

Durante a intervenção, 10 gestantes faltaram às consultas clínicas, uma no primeiro mês, duas no segundo e seis no terceiro mês, devido às fortes chuvas neste último mês. Todas as gestantes faltosas receberam a busca ativa. Essa ação foi possível, devido à organização e comunicação entre a equipe e fundamentalmente com os ACS. No final do dia, eram informadas aos ACS as mulheres faltosas, priorizando uma visita domiciliar, já com prévia combinação com a recepcionista para o agendamento da próxima consulta para acolher essa gestante faltosa. A busca ativa contribuiu para fortalecer o vínculo entre a equipe e a gestante, garantindo-lhe a compreensão dos profissionais quanto à falta e também a responsabilização da equipe para a continuidade das consultas pré-natais sem prejuízo para a gestante.

Todas as gestantes e puérperas cadastradas no Programa de Pré-natal tiveram as fichas espelho preenchidas e mantidas em fichário próprio, facilitando o acesso da equipe aos registros atualizados. Esses documentos são importantes, pois apresentam informações sobre a vida das gestantes e é com base neles que muitas ações podem ser realizadas, como atividades de educação em saúde, busca ativa e determinadas condutas, bem como o monitoramento constante da situação das mulheres. Semanalmente os registros eram verificados quanto ao seu correto preenchimento com vistas à manutenção de escrita clara,

organizada e atualizada.

Todas as gestantes e puérperas cadastradas receberam orientação de promoção em saúde nas consultas e em atividades coletivas, conforme preconizado nos protocolos: nutricional, sempre levando em consideração as possibilidades econômicas das gestantes; aleitamento materno, pois todas elas demonstraram interesse por amamentar; e orientações relacionadas aos cuidados com o recém-nascido, percebendo-se muitas dúvidas e insegurança quanto à chegada do bebê.

Conversas sobre a anticoncepção após o parto também foram feitas durante o pré-natal e reforçadas no puerpério, e identificaram-se duas mulheres multíparas, as quais foram incluídas no programa de planejamento familiar implantado no município.

Todas as gestantes e puérperas foram orientadas sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação. Nesse aspecto, acompanhamos uma adolescente de 17 anos ex-usuária de múltiplas drogas, com uso de álcool, maconha e cocaína. A equipe realizou um acompanhamento multidisciplinar com a assistência social, inserindo-a também no projeto “Crescer” do município, que busca dar suporte a jovens que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social.²⁸

Desde o primeiro contato do pré-natal, tanto na consulta clínica como odontológica, orientou-se quanto à higiene bucal, a previsão de primeira consulta odontológica, a importância da saúde bucal na gestação. Tais temas eram reforçados em atividades educativas realizadas pelo odontólogo e a equipe.

Foi desenvolvido um folder informativo para entregar à comunidade, principalmente às famílias com mulheres em idade fértil, sobre a importância da atenção ao pré-natal e puerpério, esclarecendo os cuidados necessários durante esse período. O folder também foi entregue em escolas e salão de beleza da comunidade.

Outra atividade que recebeu destaque foi à ação de saúde extramuro em comemoração ao dia da mulher, sendo convidadas gestantes e puérperas. Foi realizada na igreja da área de abrangência e, nessa atividade, realizou-se atendimento médico e teste rápido de HIV. Foi ministrada uma ação educativa muito produtiva sobre aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, planejamento familiar, a importância da participação do companheiro no acompanhamento pré-natal e puerperal. Além das gestantes e puérperas, participaram outras 21 mulheres que também compartilharam suas experiências.

Também realizou-se uma atividade com o grupo de gestantes que teve muito êxito, pois contou com a participação de 17 gestantes e os companheiros de duas delas. A atividade teve por objetivo compartilhar o conhecimento

entre as gestantes sobre os cuidados durante o pré-natal e puerpério, tanto no que se refere ao autocuidado quanto àquele que a gestante tem direito de receber na unidade. Preparou-se uma caixa com perguntas sobre tais cuidados a fim de que comentassem sobre aquele assunto de acordo com os seus conhecimentos. Quando cada uma pegava seu papel para a resposta, era perguntado sobre a gestação, se já sabia o sexo do bebê, então colocava-se na sua barriga o nome de seu futuro filho/a ou uma interrogação se desconhecia. Após o coletivo, fez-se um intercâmbio de conhecimentos e suas experiências e assistiram a um vídeo educativo sobre a gravidez. A enfermeira e a médica mediarão a atividade contribuindo com informações sobre o assunto. Com a atividade, foi possível perceber a riqueza dos conhecimentos e experiências das gestantes e a motivação que foi proporcionada pelo momento.

Tais atividades educativas com respeito à cultura e ao saber das gestantes são muito importantes para a promoção de saúde do binômio mãe-filho, prevenindo doenças e agravos durante a gestação e puerpério e promovendo melhor qualidade do processo gestacional. As vivências proporcionadas pelo compartilhamento de experiências em grupo de gestantes são fundamentais para o crescimento dos profissionais e informação das gestantes assistidas. Abordar as vantagens e as dificuldades que podem ocorrer durante a gestação, considerando os conhecimentos prévios e as expectativas das gestantes, os seus sentimentos, pode levá-las a minimizar suas dúvidas e ansiedade no momento do parto, e se sentirem mais seguras para superar as possíveis adversidades do período gestacional e amamentação.^{29,30}

No que diz respeito especificamente à puérpera, é importante destacar que grande parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorre na primeira semana após o parto. Nesse período, muitas modificações acontecem tanto no nível biológico, psicológico e social, que muitas vezes a torna mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico e emocional¹⁹. Sensação de esgotamento, o cansaço mental e físico, a insegurança na prestação dos cuidados ao bebê, seguidas dos sentimentos de tristeza, o desânimo e a preocupação podem ser minimizados quando a equipe estabelece uma relação de suporte com a gestante e família, avaliando, identificando situações de risco e intervindo.^{19,31,32}

Antes do início da intervenção, não se observava o mesmo cuidado com as puérperas e as gestantes, porém, durante o programa, buscou-se mudar essa situação. Para todas as puérperas, foram realizados avaliações e acompanhamento do estado psíquico. Uma gestante foi encaminhada para consulta psicológica, pois tinha histórico de depressão puerperal na gestação anterior. Em conjunto

com a equipe, foi realizado um acompanhamento mais frequente e visitas domiciliares para aproximação com os membros da família a fim de melhor compreender o contexto e inserir os familiares no cuidado. A depressão pós-parto, muitas vezes, demora a ser detectada pelos profissionais de saúde que acabam se concentrando em queixas físicas.³² A visita domiciliar e o contato com a família da gestante podem ser importantes ferramentas para contribuir nesse sentido a fim de aproximá-los de questões sociais e relacionais que podem estar interferindo e que muitas vezes não são relatadas pelas gestantes.

As 10 puérperas realizaram avaliação de intercorrências, o exame de mamas e abdome. Não foram identificadas alterações no exame, nenhuma apresentou infecção nem queixa de dor. Também foi realizado o exame ginecológico, no qual não foi identificada alteração. As puérperas não apresentaram receio para realizar o exame, pois foram sensibilizadas de sua importância nas atividades educativas realizadas durante o pré-natal. Todas essas informações foram registradas adequadamente na ficha espelho, com todos os itens preenchidos.

As capacitações da equipe, quanto à importância do acompanhamento puerperal e a correta realização do exame clínico, foram fundamentais para o envolvimento da equipe na atenção ao puerpério e manutenção do acompanhamento, buscando promover condições físicas e psicossociais no pós-parto também.

O puerpério é um importante momento na vida reprodutiva dos casais, em que as expectativas são confrontadas com a realidade, podendo contribuir tanto para a aproximação quanto para o afastamento conjugal. Logo, torna-se importante que os profissionais de saúde conheçam as emoções vividas pelo casal durante a gravidez, o parto e o puerpério e os auxiliem. Sabe-se que a participação do pai ainda é bastante limitada nesse período, constituindo-se um desafio promover estratégias para envolvê-lo nas ações de saúde, como nas consultas clínicas, atividades de educação em saúde da unidade, visualizando melhores formas de ajudá-los.³³

Dificuldades para o desenvolvimento da intervenção

Uma das dificuldades enfrentadas durante a intervenção foi a organização da agenda para atendimento odontológico às gestantes, pois inicialmente não foram reservadas vagas para esse grupo, e o serviço de odontologia não conseguia atender a todas as demandas. Também alguns materiais odontológicos quebraram durante a intervenção, comprometendo os atendimentos por alguns dias. Entretanto, realizou-se um trabalho intenso de organização da agenda odontológica com o gestor da unidade,

pactuando as avaliações odontológicas no dia da consulta de pré-natal.

A realização do exame ginecológico por trimestre também foi uma das dificuldades iniciais, já que as gestantes faltavam na realização do exame nas sextas-feiras, dia em que a enfermeira realizava o preventivo devido à disponibilidade da sala adequada. Uma vez identificada a falta e sua causa ao exame ginecológico em coordenação com a recepcionista, o exame já era agendado para outro dia, sempre perguntando para as gestantes sobre seus compromissos e da possibilidade de estar presente devido à importância do exame precoce, além de evitar que fossem várias vezes à UBS. Percebe-se que as gestantes não tinham consciência da importância do exame, mas, pelo trabalho de engajamento público realizado durante a intervenção, conseguiu-se que elas compreendessem a importância e foram alcançados bons resultados posteriormente.

Outra dificuldade também foi a falta de ACS na equipe, deixando uma microárea descoberta. Contudo, os ACS de outras microáreas se organizaram e conseguiram dar suporte para casos de gestantes e puérperas no território dessa microárea descoberta. Assim, as dificuldades foram sendo superadas pela equipe ao longo do período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção foi muito importante para a comunidade, melhorando gradativamente a cobertura da atenção às gestantes e puérperas, o acesso ao serviço, a qualidade dos atendimentos clínicos e adesão às ações ofertadas. As gestantes e puérperas demonstraram satisfação com os atendimentos, ficaram mais sensibilizadas quanto à importância de manter o acompanhamento na unidade, ampliaram seus conhecimentos sobre o pré-natal e puerpério e, além disso, participaram mais ativamente das atividades proporcionadas.

No serviço, foi possível melhorar a organização para a atenção ao referido programa com arquivos específicos e atualizados. Houve um fortalecimento das ações de promoção à saúde com orientações, palestras e desenvolvimento de uma parceria com a equipe de saúde bucal com vistas à integralidade da assistência.

Com a intervenção, a equipe ficou mais capacitada para atender as gestantes e puérperas no território de abrangência, com conhecimentos mais atualizados sobre o assunto e sensibilização sobre sua atuação no trabalho da atenção primária. Os conhecimentos adquiridos sobre a organização da intervenção, bem como os resultados alcançados, também estimularam a equipe a investir na qualificação de outras ações programáticas. Qualificar outras ações pro-

gramáticas é um desafio, devido à necessidade de recursos humanos, materiais e disponibilidade dos profissionais para mudanças de práticas e rotinas, mas pontualmente se consegue avançar em algumas ações, especialmente as de promoção de saúde, pois há melhor compreensão sobre sua efetividade na prática.

Outras três equipes de saúde do serviço se sentiram motivadas para organizar a atenção às gestantes e puérperas, estas equipes também contavam com a participação de profissional vinculado ao programa mais médicos e implementaram intervenções com focos diferentes, entre elas, saúde da criança e atenção às pessoas com diabetes e hipertensão.

Entre os aspectos importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção, foi o apoio da gestão municipal e do coordenador da unidade desde o início, que se dispuseram a nos receber em reunião para conversar sobre a proposta da intervenção, facilitando para a equipe todos os recursos materiais necessários, impressão de ficha espelho, matérias para as atividades de educação em saúde, os folders informativos, além de outros equipamentos e conforto para a qualidade das consultas. Também pactuamos uma organização para viabilizar os atendimentos em saúde bucal, garantia da realização de exame laboratorial e os medicamentos na farmácia.

Outro aspecto importante diz respeito ao empoderamento da equipe, que, neste processo coletivo, percebeu que pode, com suas próprias forças, através de ações simples, como as realizadas nesta intervenção, modificar de fato a realidade da comunidade. Isso melhorou o vínculo entre a equipe, entre ela e a comunidade e a autoestima do profissional.

Ainda há que mencionar que essa oportunidade foi proporcionada pelo vínculo entre o profissional do PMMB e os profissionais do curso de especialização em saúde da família (UFPEL/UNA-SUS), que, de forma intensa, demonstraram que a distância geográfica não é impedimento para proximidade entre orientador e orientando e que a integração ensino/serviço é possível. Os casos interativos problematizados durante o curso foram produtivos para enriquecer a experiência prática e motivar reflexões a partir do dia a dia do serviço, além dos estudos da prática clínica que auxiliaram na conduta e manejo adequado dos casos, o conhecimento da epidemiologia e características sociodemográficas deste país, elevando o raciocínio clínico individual e coletivo e aperfeiçoando o nível científico.

A proposta da intervenção aproxima a equipe, fortalecendo uma proposta de trabalho conjunto, comunicativo e mais humanizado. Ressalta-se que o apoio da equipe e da comunidade é fundamental para garantir a efetividade

das ações desenvolvidas a fim de que sejam incorporadas à rotina do serviço, proporcionando uma qualificação da assistência de forma contínua, e não apenas nas 12 semanas de intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010;126(3):534-40.
3. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.
4. Macinko J, Sousa MFM, Guanais F, Simões CS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Méd*. 2007;65(10):2070-80.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
6. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):286-98.
7. World Health Organization. World health statistics 2011. WHO; 2011. [Citado em: 12 fev 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1>.
8. World Health Organization. World health statistics 2012. WHO; 2012. [Citado em: 10 fev 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1>.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Conselho Federal de Medicina. Estatística de médicos: Inscrições principais ativas. 2012. [Citado em: 20 jan 2016]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população. IBGE; 2012. [Citado em: 21 jan 2016]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>>.
12. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan Der Maas L. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1a. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. p.171-86.
13. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Rev Divulg Saúde para Debate* 2014;51:104-20.
14. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)* 2015;19(54):623-34.
15. Valdes INF. Qualificação da Atenção ao Pré-natal e Puerpério no Centro CS/ESF Olenka, Boa Vista/RR [trabalho de conclusão de curso]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2015.
16. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2014. [Citado em: 26 jun 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1>.
17. Projeto Político Pedagógico. Especialização em saúde da família. Pelotas: Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas; 2014.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco-serie A. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico: Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual prático para implementação da rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção à saúde da gestante em APS: Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.; 2011.
22. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37.
23. Bezerra MWS, Melo MCP, Moura LA, Moura JG, Cruz NM, Coelho RNM. Percepção de gestantes sobre o papanicolau: bases para a estratégia saúde da família. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2013;12(2):185-93.
24. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSD, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(5):2501-10.
25. Organização Mundial da Saúde. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Organização Mundial da Saúde; 2013. [Citado em: 11 fev 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999_por.pdf>.
26. Wolff T, Witkop CT, Miller T, Syed SB. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Evidence Syntheses*. 2009;150(9):632-39.
27. Neves TMA. Conhecimento de gestantes sobre atendimento odontológico durante a gravidez [dissertação]. Teresina: Centro Universitário UNINOVAFAPI; 2013.
28. Asuca L. Projeto crescer. Boa vista(RR). Disponível em: <http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/conexao-local/cl_2005_crescer.pdf>.
29. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2011 abr/jun [Citado em: 20 fev 2016];13(2):199-210. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>. 2009>.
30. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Manfi F, Boeira GS. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012;2(3):113-4.
31. Parada CMGL, Tonete VLP. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. *Interface - Comunic Saude Educ*. 2008;12(24):35-46.
32. Coelho CAT. Determinantes das alterações psicoemocionais no puerpério: efeitos da autoestima. Instituto Politécnico de Viseu- Portugal; 2014. (Relatório técnico).
33. Oliveira EMF, Brito RS. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):595-601.

Submissão: julho de 2016

Aprovação: outubro de 2016
