



**Elaboração de guia de referência para atenção ao
pré-natal de gestantes de baixo risco na atenção
primária no município de Campo Grande-MS**

Weikmam Alves Mendes

Elaboração de guia de referência para atenção ao pré-natal de gestantes de baixo risco na atenção primária no município de Campo Grande-MS

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: Me. Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes

Campo Grande

2022

RESUMO

MENDES, Weikmam Alves. **Elaboração de guia de referência para atenção ao pré-natal de gestantes de baixo risco na atenção primária no município de Campo Grande-MS.** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. O objetivo do trabalho foi elaborar um guia de referência para o pré-natal de baixo risco, de modo a orientar a assistência ao pré-natal nas unidades de atenção primária a saúde de Campo Grande-MS. Trata-se de uma revisão bibliográfica crítica sobre assistência ao pré-natal de baixo risco, com pesquisa de material dos últimos quinze anos, referente ao assunto, disponíveis em base de dados eletrônicas e com posterior elaboração de um guia de referência para utilização na rede de saúde municipal. Como resultado, foi elaborado guia de referência contendo 95 páginas e disponibilizado em versão digital. Conclui-se que a assistência ao pré-natal de baixo risco ainda necessita de melhorias na adequação de protocolos e fluxos que garantam segurança as gestantes e profissionais de saúde, na estrutura física das unidades de saúde e na realização de procedimentos fundamentais no seguimento de pré-natal. Espera-se que com a utilização do guia de referência elaborado os profissionais tenham uma base para realizar os atendimentos e garantir o cumprimento do mínimo necessário para uma assistência pré-natal de qualidade.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal (*Prenatal Care*); Gestantes (*Pregnant Women*); Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA	8
3. HIPÓTESE	8
4. OBJETIVOS	9
4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	9
4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	9
5. MÉTODOS	10
6. REFERENCIAL TEÓRICO	11
7. RESULTADOS	23
8. DISCUSSÃO	24
9. CONCLUSÕES	26
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

Em 1994, objetivando-se um modelo de atenção à saúde centrada no usuário, diferentemente do que estava implementado, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que toda intervenção proposta e realizada se baseia no cuidado àqueles que utilizam o sistema. Desde então, tem-se observado que um sistema de saúde, baseado em Atenção Primária (APS), apresenta melhores resultados quando comparado com os demais, sendo mais efetivo, menos dispendioso financeiramente, e apesar da considerável diversidade socioeconômica e cultura do país, torna o sistema mais equânime. (BRASIL, 2012; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O município de Campo Grande, localizado na porção central do Estado do Mato Grosso do Sul, possui população estimada, no ano de 2019, de 895.892 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O território campo-grandense, para fins de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde é dividido em sete distritos sanitários, sendo eles: Região Prosa, Segredo, Anhanduizinho, Imbirussu, Bandeira, Lagoa e Centro. A rede é composta atualmente por 54 Unidades de Saúde da Família (USF), 03 Clínicas da Família, 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Policlínicas Odontológicas, 02 Unidades Móvel de Atendimento Odontológico (ODONTOMÓVEL), 01 Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal, 15 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde (NASF-AP), 01 Equipe de Consultório na Rua (eCR) e 03 Equipes Atenção Primária para População Prisional (eAPP). (INOVAAPS FIOCRUZ MS, 2020).

Considerado um período de transformações intensas, a gestação pode ser considerada uma das experiências mais significativas na vida de uma mulher. Sendo assim, torna-se essencial o acompanhamento pré-natal, buscando assegurar desfechos maternos e neonatais positivos. Para equipe multiprofissional em saúde, acompanhar a evolução da gestação, diagnosticar comorbidades e tratá-las da melhor forma se trata de uma oportunidade singular, possibilitando o desenvolvimento constante de ações de educação em saúde. (GONÇALVES et al., 2018).

É recomendado, pelo Ministério da Saúde, minimamente seis consultas em uma gestação a termo, bem como início do pré-natal no primeiro trimestre e realização de procedimentos como exames clínico-obstétricos e laboratoriais, além de outros conforme necessidade. Além disso, para melhor qualidade do pré-natal, orientações sobre imunização, alimentação, amamentação, entre diversas outras consideradas

benéficas, são preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que foi instituído no ano 2000. (NUNES et al., 2016).

De acordo com dados do TABNET, da Secretaria Estadual de Saúde, em Campo Grande-MS, o número de gestantes que realizaram a quantidade mínima de consultas, preconizada pelo Ministério das Saúde, de acompanhamento pré-natal está em torno de 65%, considerando os últimos cinco anos. Vê-se que, mesmo com avanços na APS, ainda se tem algumas falhas na atenção pré-natal, podendo se citar dificuldades no acesso, início tardio, baixo número de consultas, orientações insuficientes, realização incompleta de procedimentos e ausência de vínculo entre os serviços de pré-natal e parto, o que acaba prejudicando a qualidade e a efetividade da assistência ofertada. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; GONÇALVES et al., 2018; TOMASI et al., 2017).

Quando se busca redução nas taxas de mortalidade materna e neonatal, o primeiro objetivo a ser atingido é uma assistência pré-natal de qualidade. Garantir acesso aos atendimentos necessários e exames é essencial para melhoria dos atuais indicadores de pré-natal. Cita-se assim, além do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), também a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM), que tem a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, bem como garantir a cobertura e a qualidade da atenção em todo período perinatal, o que tem contribuído para o alcance desses objetivos. Vale ressaltar que tais políticas, voltadas à saúde da mulher, focalizam a assistência integral, de forma a assegurar promover um cuidado qualificado. (SILVA et al., 2015).

Atualmente, pode-se dizer, que a assistência ao pré-natal está em um momento de transição e de franca revisão de valores, tudo somado às diversas iniciativas governamentais, das comunidades científicas e de outros setores de interesse na melhoria constante aos cuidados ofertados as gestantes. Ressalta-se ainda a força, em crescente, do movimento de mulheres que lutam a favor da humanização do pré-natal, parto e puerpério, rechaçando a violência de gênero, a qual inclui a violência obstétrica. (GONÇALVES et al., 2018; OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019).

A implementação de protocolos se torna fundamental para garantir o atendimento à população, de forma especial as gestantes. São instrumentos de padronização de condutas em geral, que buscam uniformizar os tipos de tratamento para determinadas patologias, além de organizar e facilitar a tomada de decisões. Organizar os protocolos em formato de guia de referência rápida, facilita o acesso à

informação a todos os profissionais de saúde que os utilizam, melhorando as práticas de atenção à saúde e, conseqüentemente, os indicadores de saúde, principalmente os relacionados à morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, com a realização de boas práticas para as mulheres, suas famílias e redes de apoio a qual estão inseridas. (RODRIGUES et al., 2021).

2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar a atenção ao pré-natal de pacientes gestantes de baixo risco na atenção primária de Campo Grande-MS?

3. HIPÓTESE

De forma a melhorar a atenção ao pré-natal das pacientes gestantes que buscam atendimento na atenção primária em Campo Grande-MS, a elaboração de um guia de referência, baseado em protocolos locais e nas literaturas atuais facilitariam aos profissionais da rede de saúde, que de forma organizada e equânime garantam atendimento integral, além de ter a disposição para acesso rápido, os principais fluxogramas de abordagem clínica, encaminhamentos e respostas a outras possíveis dúvidas que possam surgir durante o atendimento.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Elaborar guia de referência para o pré-natal de baixo risco, buscando orientar a assistência clínica nas unidades de atenção primária de Campo Grande-MS.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Revisar de forma crítica as referências bibliográficas utilizadas;
- Viabilizar, através do guia de referência, melhoria do atendimento às gestantes, usuárias da atenção primária de Campo Grande-MS;
- Facilitar acesso a informação, de forma rápida e confiável, aos profissionais de saúde durante o atendimento pré-natal.

5. MÉTODOS

O estudo realizado se tratou de uma revisão bibliográfica crítica com elaboração de um guia de referência para utilização na rede de saúde municipal.

A revisão bibliográfica permitiu que fossem sintetizados múltiplos estudos publicados, os quais serviram de embasamento teórico para elaboração do guia rápido. A coleta de dados ocorreu por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: US National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e Sistema de Información Científica Redalyc (REDALYC), realizada no período de junho a agosto de 2021. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível online e gratuitamente; publicados no recorte temporal entre 2006 e 2021; que responderam à questão norteadora; redigidos nos idiomas português e inglês e que abordavam como assunto principal o cuidado pré-natal na atenção primária.

A elegibilidade de cada estudo foi realizada de forma sistemática inicialmente pela leitura do título e resumo, e em seguida pela leitura minuciosa dos artigos selecionados para a extração dos dados. Para a busca dos artigos nas bases de dados, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidado Pré-Natal (Prenatal Care), Gestantes (Pregnant Women) e Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care). A ligação entre os termos para busca foi realizada pelo operador booleano AND.

De forma a respaldar as principais condutas e fluxos a serem propostos, dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se utilizou tanto os protocolos vigentes do Ministério da Saúde quanto os das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, relacionados aos cuidados pré-natal e saúde da mulher.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

Os cuidados ao binômio mãe-conceito, bem como condutas e procedimentos relacionados constitui a assistência ao pré-natal. Tal assistência se inicia desde a concepção até o início do trabalho de parto e se caracteriza por cuidados preventivos, de forma a identificar, tratar ou controlar comorbidades pré-existentes ou diagnosticadas, bem como prevenir complicações durante a gestação e parto, além de garantir um bom desenvolvimento fetal e a saúde materna. Ressalta-se ainda a importância da assistência ao pré-natal na redução dos índices de morbimortalidade materno-fetal, além de, durante o acompanhamento, preparar os futuros pais para os cuidados do novo membro da família. (RODRIGUES et al., 2011)

Garantir a promoção da saúde das gestantes e dos recém-nascidos, bem como estabelecer ações adequadas a prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de possíveis intercorrências obstétricas ou comorbidades pré-existente, configuram as competências do pré-natal. (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Reafirma-se a redução da morbimortalidade materno-fetal como um dos objetivos da assistência ao pré-natal. Durante a rotina, os exames clínicos e laboratoriais realizados permitem a identificação das situações que configuram riscos tanto a gestante quanto ao conceito e, após identificados, o agir precoce, bem como a garantia de uma assistência adequada no momento do parto, se tornam determinantes para redução da morbidade e mortalidade no período neonatal. (SILVA et al., 2013).

Além disso, a rotina de acompanhamento pré-natal também é caracterizada por desenvolver ações educativas e preventivas, garantindo contato frequente das gestantes com os serviços de saúde, o que permite o rastreio de gestantes de alto risco, com devidos encaminhamentos para acompanhamento conjunto em serviço de referência, bem como intervenção precoce nos problemas que afetam a gestação. (GONÇALVES et al., 2008).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) estabelece os procedimentos educativos e clínicos a serem realizados durante a assistência ao pré-natal, de forma a garantir a promoção a saúde e diagnóstico precoce de problemas que possam configurar risco para gestante e conceito. (GONÇALVES et al., 2008).

De forma a garantir precocemente o reconhecimento das gestantes na comunidade e o início do acompanhamento de pré-natal ainda no primeiro trimestre

de gestação, além de operacionalizar os sistemas de referência e contrarreferência, estabelece-se condições para uma assistência pré-natal efetiva, objetivando garantir a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. (COSTA et al., 2010).

Os profissionais de saúde que realizam as consultas de pré-natal devem estar preparados para realizar os procedimentos que estão envolvidos nesse cuidado. Ressalta-se aqui a realização da escuta qualificada das demandas das mulheres, transmitindo a confiança necessária para conduzir a gestação e o parto. É de suma importância que se esclareça as possíveis dúvidas de forma clara, transmitindo muita segurança a gestante. (RODRIGUES et al., 2011).

A incorporação de condutas acolhedoras garantindo que não haja intervenções desnecessárias qualificam a atenção pré-natal e puerperal e a torna mais humanizada. Pontua-se também a garantia de fácil acesso aos serviços de saúde de melhor qualidade, além de ações que integrem todos os níveis de atenção, desde o atendimento ambulatorial em atenção primária até o seguimento hospitalar em alto risco, se necessário. (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre os cuidados ambulatoriais e o parto, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e ampliar o acesso ao pré-natal, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa de Humanização ao Pré-natal e nascimento (PHPN) através da Portaria GM/MS nº 569/GM 2002, que trouxe como componentes o incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e a instituição de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. A Portaria ainda estabelece, em seu Anexo I, p. 06 que os serviços que aderirem ao programa deverão realizar:

[...] A primeira consulta pré-natal até o 4º mês da gestação; seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; os exames laboratoriais mínimos (ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana da gestação; urina tipo I, um exame na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana da

gestação; Hb/Ht, na primeira consulta e testagem anti-HIV, nos municípios com população acima de 50.000 hab.); aplicação de vacina antitetânica; atividades educativas; classificação de risco gestacional; e referência à gestação de alto risco.

O PHPN indica os procedimentos mínimos a serem realizados por todas as mulheres durante a gestação e puerpério, além de apresentar estratégias que buscam a melhoria da qualidade da assistência, a humanização do cuidado prestado e o respeito aos direitos reprodutivos. (BRASIL, 2000 apud PARADA, 2008).

Uma assistência pré-natal de qualidade é imprescindível para garantir a saúde da gestante e seu conceito, por isso compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto ao puerpério. (VALENTE et al., 2013).

Atualmente se estima que realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, além de exames laboratoriais e clínicos básicos e a imunização contra tétano neonatal durante o pré-natal, propicie redução de cerca de 10% nos óbitos infantis em todo o país, refletindo a importância do acompanhamento regular das gestantes. (CESAR et al., 2011).

Sabe-se que, em comparação a décadas anteriores, atualmente um maior número de mulheres realizam o acompanhamento pré-natal de forma regular, mas início precoce do acompanhamento ainda configura um desafio no modelo que é proposto pelo Ministério da Saúde, em que as mulheres deveriam realizar a primeira consulta até a 12ª semana de gravidez e que tenham, minimamente, seis consultas durante o pré-natal. (COSTA et al., 2010).

Atualmente a cobertura e o número médio de consultas de pré-natal no Brasil estão em crescente, mas a baixa qualidade da assistência ainda se mostra um problema maior do que o número de consultas realizados. (KASSAR et al., 2012).

O manual de atenção humanizada ao pré-natal e Puerpério (2006) traz que:

[...] Para que a assistência ocorra de forma mais organizada, é fundamental que haja garantia de funcionamento da unidade de saúde em horário integral, o que deve demandar maior número de profissionais; garantia de equipamentos e instrumental mínimos, como sonar, balança, mesa para exames ginecológicos, entre outros; disponibilidade de medicamentos e contraceptivos, disponibilizados às mulheres e seus

companheiros; número adequado de profissionais capacitados para o acompanhamento da gestante, de acordo com os princípios da integralidade e considerando o contexto familiar e social; área física apropriada para o atendimento da gestante e família, bem como áreas para atividades educativas em grupos; apoio laboratorial para a realização de todos os exames de rotina do pré-natal; e instrumentos de registro, processamento e análise dos dados, como cartão da gestante e ficha perinatal.

Quando se garante adequada assistência pré-natal, assegura-se proteção contra o baixo peso ao nascer, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino e óbitos neonatais (sabe-se que pode ocorrer redução de 10% a 20% de todos os óbitos nesse período). (KASSAR et al., 2012).

O início precoce do acompanhamento pré-natal busca fortalecer a adesão da gestante ao seguimento sistemático e, dessa forma, possibilitar o rastreamento de eventuais fatores de risco. O acompanhamento da gestante deve ter início precoce, cobertura universal, cronograma de consultas periódicas e integração com ações preventivas e curativas. (GRANGEIRO et al., 2008).

Apesar de já ter alguns anos da implantação do modelo proposto pelo Ministério da Saúde, que preconiza o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação e a realização de no mínimo seis consultas, o início do acompanhamento até a 12ª semana de gestação ainda se mostra um desafio. (COSTA et al., 2010).

Em estudos realizados nos últimos anos, constata-se que, no país, 80% das gestantes que iniciaram o pré-Natal ainda no primeiro trimestre se deve a uma captação precoce, sendo um fator relevante para a saúde das mulheres e seus conceitos, pois possibilita a identificação precoce de gestações de risco. Observa-se ainda que em relação aos exames laboratoriais, se tem um baixo índice de solicitação, mesmo estando disponíveis, faltando iniciativa por parte dos profissionais de saúde que atendem as gestantes. (VALENTE et al. 2013)

Ao se comparar a qualidade da assistência ao pré-natal entre os serviços público e privado, observa-se no serviço público um número inferior de consultas realizadas, apesar de parecer contraditório devido a se tratar de atendimentos gratuitos e preconizados no PHPN. Ao se analisar tal dado, demonstra-se o fato das gestantes que utilizam o serviço público possuírem menor poder aquisitivo e maior dificuldade para acesso físico aos serviços de saúde (residirem em locais afastados e

não ter a orientação adequada sobre a importância do seguimento de pré-natal). Em contrapartida, o número superior de consultas de pré-natal em serviços particulares, quando comparados ao serviço público, não garante qualidade, pois em ambos os serviços, a qualidade do pré-natal ainda é considerada ruim quando se considera os critérios exigidos pelo PHPN. Tais dados levantados mostram a importância da melhoria da assistência prestada às gestantes durante o acompanhamento pré-natal, principalmente no Sistema Único de Saúde. (PARIS; MARTINS; PELLOSO, 2013).

Em outros estudos realizados desde 2008 por Razia e Albernaz, demonstra-se que apesar do número de consultas pré-natais estarem dentro das recomendações do Ministério da Saúde, os atendimentos não têm seguido protocolos ou manuais que regularizam os procedimentos e exames a serem realizados. Ressalta-se ainda que famílias de baixa renda e pouca escolaridade estão mais vulneráveis a um acompanhamento pré-natal inadequado.

O número de consultas realizadas muitas vezes pode refletir a época de início do pré-natal, pois quanto mais precoce a primeira consulta, melhor se demonstra a qualidade e a adesão ao pré-natal, garantindo assim um número maior de consultas. (COSTA et al., 2010).

Ainda hoje, apesar da evolução e melhoria do acesso, a Atenção Primária de muitos municípios ainda não possui estratégia para captação precoce de gestantes, sendo necessária a melhoria nesse quesito. Em contrapartida, muitos municípios já realizam regularmente a busca ativa de gestantes faltosas, e encaminhamentos ao pré-natal de alto risco, quando necessário. Uma deficiência ainda encontrada na maioria dos serviços é a contrarreferência, que raramente ocorre.

A atuação da Atenção Primária é de suma importância no seguimento pré-natal, pois o PHPN preconiza algumas ações que dependem exclusivamente dessa atuação. Cita-se entre essas ações a identificação das gestantes precocemente para que iniciem o pré-natal ainda no primeiro trimestre, a busca ativa das gestantes que faltam em atendimentos de pré-natal (garantindo a realização de seis ou mais consultas) e de puerpério, além do desenvolvimento de ações educativas com as gestantes, buscando sempre a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal. (BRASIL, 2000 apud HASS et al., 2013).

Outro ponto importante a se considerar durante o seguimento pré-natal é o adequado preenchimento dos cartões das gestantes. Em estudo realizado por Neto et al. (2012) em Vitória-ES, mais metade dos cartões analisados não apresentavam

preenchimento adequado (não possuía seis ou mais consultas registradas e os dados estavam incompletos). Dessa forma, questiona-se se os profissionais de saúde que realizam o atendimento pré-natal estão realmente preparados para execução adequada dos procedimentos necessários nesse acompanhamento. Considera-se que, embora a ausência de registro não signifique a ausência de realização de procedimentos pré-natais, o registro adequado garante maior segurança a todo o seguimento, bem como dados mais fidedignos para vigilância e elaboração de políticas públicas. (NETO et al., 2012).

Os exames laboratoriais básicos são imprescindíveis no acompanhamento pré-natal, uma vez que complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e as condutas adotadas com relação aos mesmos. (GRANGEIRO et al., 2008).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 32 do Ministério da Saúde, que aborda a atenção ao pré-natal de baixo risco, os exames que compõem a rotina pré-natal são: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

Em Mato Grosso do Sul, por meio da Resolução n°. 459/SES/MS, de 06 de novembro de 2002, implementou-se a rotina de exames a serem realizadas no seguimento pré-natal, sendo executados em duas fases: a 1ª logo após a confirmação da gravidez, a 2ª fase, a partir da 28ª semana de gestação. Os exames realizados nessa rotina são: Rubéola; Sífilis; Doença da Inclusão Citomegálica; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (AIDS); Doença de Chagas; Hepatite B; Hepatite C; HTLV; Hipotireoidismo; Anemia falciforme e outras hemoglobinopatias.

A caderneta da gestante possui espaço adequado para registro de exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde, os quais devem ser solicitados, registrados e analisados.

Fonte: Ministério da Saúde

O Caderno de Atenção Básica número 32 do Ministério da Saúde, que aborda a atenção ao pré-natal de baixo risco traz o roteiro que deve ser abordado na avaliação clínica das gestantes durante os atendimentos de pré-natal.

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados: (i) data precisa da última menstruação; (ii) regularidade dos ciclos; (iii) uso de anticoncepcionais; (iv) paridade; (v) intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; (vi) detalhes de gestações prévias; (vii) hospitalizações anteriores; (viii) uso de medicações; (ix) história prévia de doença sexualmente transmissível; (x) exposição ambiental ou ocupacional de risco; (xi) reações alérgicas; (xii) história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; (xiii) gemelaridade anterior; (xiv) fatores socioeconômicos; (xv) atividade sexual; (xvi) uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; (xvii) história infecciosa prévia; (xviii) vacinações prévias; (xix) história de violências.

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas [grau de recomendação D].

É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da paciente quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser

reavaliado. As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades: Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados; Preenchimento do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto; Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário; Solicitação dos exames de rotina; Realização dos testes rápidos; Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.

Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal.

Dentro da história clínica questiona-se: Nome; Número do Cartão Nacional de Saúde; Idade; Cor; Naturalidade; Procedência; Endereço atual; Unidade de referência; Grau de instrução; Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco); Estado civil/união; Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico); Renda familiar; Pessoas da família com renda; Condições de moradia (tipo, nº de cômodos); Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); Distância da residência até a unidade de saúde.

Importante o questionamento quanto aos antecedentes familiares: Hipertensão arterial; Diabetes mellitus; Malformações congênitas e anomalias genéticas; Gemelaridade; Câncer de mama e/ou do colo uterino; Hanseníase; Tuberculose e

outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco); Doença de Chagas; Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

Nos antecedentes pessoais gerais questiona-se: Hipertensão arterial crônica; Diabetes mellitus; Cardiopatias, inclusive doença de Chagas; Doenças renais crônicas; Anemias e deficiências de nutrientes específicos; Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); Epilepsia; Doenças da tireoide e outras endocrinopatias; Viroses (rubéola, hepatites); Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas; Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado); Infecção do trato urinário; Doenças neurológicas e psiquiátricas; Cirurgia (tipo e data); Transfusões de sangue; Alergias (inclusive medicamentosas); Doenças neoplásicas; Vacinação; Uso de medicamentos; Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

Nos antecedentes ginecológicos, pergunta-se: Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca); Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono); Infertilidade e esterilidade (tratamento); Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro); Cirurgias ginecológicas (idade e motivo); Malformações uterinas; Mamas (patologias e tratamento realizado); Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado). Sexualidade: Início da atividade sexual (idade da primeira relação); Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores; Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa; Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (“uso correto” e “uso habitual”).

Os antecedentes obstétricos fazem parte do questionamento a ser realizado durante o seguimento pré-natal, principalmente na primeira consulta: Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps,

cesáreas – indicações); Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento); Número de filhos vivos; Idade na primeira gestação; Intervalo entre as gestações (em meses); Isoimunização Rh; Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); Número de recém-nascidos de baixo peso (menos

de 2.500g) e com mais de 4.000g; Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional; Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos); Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu); Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, necessidade de transfusões; Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las); Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las); Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

Quanto a gestação atual é importante questionar: Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida); Peso prévio e altura; Sinais e sintomas na gestação em curso; Hábitos alimentares; Medicamentos utilizados na gestação; Internação durante a gestação atual; Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse); Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente; Identificar gestantes com fraca rede de suporte social; Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

Na realização do exame físico, torna-se indispensável a realização dos seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

Na primeira consulta, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos no exame físico são: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos.

Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler [grau de recomendação D].

Nas consultas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana [grau de recomendação D].

A partir de então o exame físico geral deve ser composto por: Inspeção da pele e das mucosas; Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar; Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); Ausculta cardiopulmonar; Exame do abdome; Exame dos membros inferiores; Determinação do peso; Determinação da altura; Cálculo do IMC; Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; Medida da pressão arterial; Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

O exame físico específico (gineco-obstétrico) é composto por: Palpação obstétrica; Medida e avaliação da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíofetais; Registro dos movimentos fetais; Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess); Exame clínico das mamas; Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto. Abaixo está figura de quadro com as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, para a vacinação das gestantes:

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Atualmente, com a vigência da pandemia de COVID-19, inclui-se na rotina de pré-natal a vacina para proteção contra infecção SARS-COV2, que devem seguir as recomendações do ministério da saúde e vigilâncias dos estados e municípios. Se utiliza para imunização desse grupo, o imunizante da fabricante Pfizer, sendo segura e imprescindível a realização de vacina nas gestantes, para proteção do binômio mãe-conceito.

O principal referencial teórico disponibilizado pelo Ministério da Saúde atualmente é o Caderno de Atenção Básica número 32 do Ministério da Saúde, que aborda a atenção ao pré-natal de baixo risco. Baseado no conteúdo desse caderno, bem como em fluxos atualizados pelo Hospital Sírio Libanês, em parceria com o Ministério da Saúde para saúde das mulheres na Atenção Básica, bem como fluxos locais (estaduais e municipais), segue em anexo o guia de referência elaborado em que se abordará o que é essencial na abordagem durante assistência ao pré-natal na Atenção Primária, bem como possíveis complicações e intercorrência e condutas frente a elas, profilaxias, pré-natal do parceiro e direitos das gestantes.

7. RESULTADOS

Após revisão bibliográfica e levantamento de referencial teórico, foi elaborado guia de referência para utilização por profissionais da saúde que atuam na atenção ao pré-natal de gestantes de baixo risco na rede de atenção primária municipal de Campo Grande-MS, contendo 95 páginas e disponibilizado em versão digital, enviado anexo a monografia.

8. DISCUSSÃO

A assistência ao pré-natal de forma eficaz é indispensável para garantir que a gestante exerça a maternidade com maior segurança e bem-estar. O acolhimento por parte da equipe de saúde não deve ser apenas a mulher, mas também a sua família, constituindo este um direito fundamental da paciente que está realizando acompanhamento pré-natal. Para que isso ocorra, faz-se necessário a consolidação de um vínculo sólido entre profissionais da saúde e gestante, devendo para tal a escuta qualificada ser utilizada como principal ferramenta.

Sabe-se que, na maioria das vezes, os profissionais de saúde que realizam os cuidados pré-natal buscam garantir uma assistência de qualidade as gestantes que são atendidas, mas ainda hoje se encontram várias dificuldades, podendo-se destacar a sobrecarga das atividades atribuídas aos profissionais da Atenção Primária a Saúde, com falta de espaço/tempo adequado para realização da assistência ao pré-natal, o que muitas vezes impede a atuação mais eficaz durante o acompanhamento. Outra dificuldade a se pontuar é a falta de protocolos atualizados referentes a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, que possam garantir uma assistência sistematizada que respalde as ações implementadas pelos profissionais da saúde. Muitas vezes os protocolos até existem, mas de forma fragmentada e com algumas discordâncias entre as entidades responsáveis, o que dificulta a sua utilização na prática assistencial.

Na prática, o que se nota é que os profissionais de saúde atuantes na APS buscam cada vez mais especialização. As residências médica e multiprofissional no município de Campo Grande-MS, parte do programa de expansão e qualificação da APS, são responsáveis pela qualificação de inúmeros profissionais e, no recorte temporal de menos de dois anos em que as residências estão atuantes no modelo atual, nota-se melhoria significativa na assistência ao pré-natal. Com a implementação do guia de referência ao pré-natal elaborado nesse trabalho, resultado da revisão bibliográfica e síntese-roteirizada dos pontos que não devem ser esquecidos nesse acompanhamento, espera-se que os profissionais tenham mais segurança nos atendimentos e transmita essa segurança as pacientes acompanhadas, além de buscar também melhores registros dos dados, garantindo assim melhoria dos indicadores das equipes de saúde, no que se refere ao seguimento pré-natal. Com oferta de material para utilização em toda a rede municipal de saúde, busca-se

extrapolar as unidades de saúde que contam com equipe de residências e assim garantir uma assistência de maior qualidade a todas as gestantes que façam pré-natal na APS de Campo Grande-MS.

Destaca-se ainda, após revisão bibliográfica, que a assistência a gestante deve ser realizada de forma ampla, abordando as relações familiares, os futuros cuidados que o recém-nascido exigirá, a importância de comparecer as consultas de pré-natal e realizar os exames solicitados nos atendimentos. A gestão local deve buscar motivar os profissionais envolvidos nos cuidados de pré-natal, além de garantir estrutura e insumos para a realização de todos os procedimentos, conforme protocolos estabelecidos, para que se tenha um pré-natal de qualidade e principalmente que, na prática, os fluxos funcionem e se tenha um sistema organizado.

O guia para atenção de pré-natal elaborado traz as diversas atribuições que os profissionais de saúde devem realizar durante as consultas de pré-natal, destacando-se o registro adequado em prontuário da história clínica e obstétrica, avaliação de risco gestacional, exame físico e obstétrico, orientação ao preparo para amamentação, orientação aos cuidados com a pele, ausculta dos batimentos cardíacos, além de diagnosticar e realizar as condutas mais adequadas frente as queixas mais frequentes.

O atendimento integral, a organização do serviço, a capacitação dos profissionais, a utilização de recursos adequados são requisitos básicos para promoção da saúde e prevenção das principais afecções, fatores imperativos para uma assistência pré-natal adequada. Diferentemente da maioria dos estados da federação, Mato Grosso do Sul conta com a Resolução n°. 459/SES/MS que implementou a rotina de exames realizados no pré-natal, divididos em 2 fases, de forma agrupada, procurando assim garantir mais fácil acesso e realização dos mesmos.

Ressalta-se que grande parte das pesquisas, independentemente do tipo realizado, esbarra em limitações. Para realização dessa revisão bibliográfica e elaboração de guia de referência não foi diferente, a escassez de protocolos locais atualizados e o desenho de fluxos que sejam implementáveis e executáveis constituíram as principais dificuldades para realização do trabalho.

9. CONCLUSÕES

Garantir a redução da morbimortalidade do binômio materno-fetal é um dos principais objetivos de uma assistência pré-natal de qualidade. A criação de vínculo sólido com a gestante e sua família é primordial, pois a confiança criada será fundamental para a adesão em todo o processo de acompanhamento. Manter uma rede de saúde estruturada, com profissionais qualificados, fluxos atualizados, realização de exames clínicos e laboratoriais necessários em todos os atendimentos é de suma importância, pois isso permitirá a identificação de situações de risco e intervenções oportunas, prevenindo desfechos desfavoráveis. Ressalta-se aqui também a importância da assistência ofertada durante o parto e puerpério, o que também influencia na morbimortalidade do período neonatal.

Conclui-se, de forma geral, que não só em Campo Grande-MS, mas como em todo território nacional, a assistência ao pré-natal ainda enfrenta inúmeras dificuldades: falta fluxos atualizados estabelecidos, dificuldade na realização de alguns exames, falha na busca ativa de gestante, dificuldades nos registros de atendimentos, dentre outras. Em contrapartida, vemos que com o fortalecimento da Atenção Primária no município, as dificuldades vêm sendo enfrentadas, buscando sempre melhoria da assistência prestada as gestantes, principalmente em relação ao número de consultas realizadas e o início precoce do acompanhamento.

Dessa forma, com base nas revisões literárias e na vivência prática diária em unidade de saúde, pontua-se algumas ações necessárias para garantia de uma assistência ao pré-natal de qualidade:

- É fundamental que as consultas de pré-natal sejam realizadas de forma integral, buscando sempre um atendimento de qualidade e não focando apenas no número de atendimentos realizados;
- Realizar busca ativas das gestantes que não comparecem aos atendimentos, bem como utilizar parâmetros que monitorem a qualidade das consultas realizadas;
- Incluir toda equipe de saúde no processo de acompanhamento das gestantes, pois assim ela se sentirá acolhida e o vínculo será melhor;
- Destacar a importância do trabalho do agente comunitário de saúde, pois se ele conhece sua área de abrangência e realiza busca ativa de gestantes, contribuirá muito para todo o processo de assistência ao pré-natal, pois

quanto mais precoce o início do acompanhamento, melhor o vínculo e desfechos;

- Garantir capacitação dos profissionais de saúde que realizam assistência ao pré-natal, mantendo-os inteirados sobre os protocolos pré-estabelecidos e conscientizá-los sobre a qualidade do pré-natal que estão realizando;
- A vinculação das gestantes a maternidade de referência desde o início do seguimento pré-natal é muito importante, pois uma orientação adequada contribui para melhores desfechos quando ela entrar em trabalho de parto;
- A gestão deve estar envolvida nas políticas referentes a atenção a saúde da mulher, garantindo que sejam executadas as ações do PHPN, adquirindo recursos materiais e infraestrutura adequada para um atendimento de qualidade as gestantes;
- As equipes de saúde devem monitorar os indicadores referentes ao trabalho realizado, pois isso é fundamental para melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre natalidade. Disponível em < <http://tabnet.saude.ms.gov.br/>> Acessado em: 10 ago. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário nacional de vacinação 2021**. Disponível em: <*Calendario_Vacinao_2020_Gestante (www.gov.br)*>
- BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**.Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.2, pp 383. Disponível em: <<http://dx.doi.org/>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde ANEXO XXII- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/rc0002_03_10_2017.htm>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série - Direitos sexuais e direitos reprodutivos; caderno nº 8).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>
- BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais**

de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, última modificação em 02/10/19.
- CARVALHO, D.S, NOVAES, H.M.D. **Avaliação da implantação de programa de Atenção Pré-Natal no município de Curitiba,Paraná,Brasil: estudo de coorte em primigestas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- CARVALHO, V. C. P, ARAUJO, T. V. B. **Adequação da assistência Pré-Natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco**. Rev.Bras. Saúde Mater, Infant. Recife, v.7, n. 3, setembro 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>
- CESAR, J. A. et al. **Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência Pré-Natal no extremo sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.24, n.11, novembro de 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- COSTA, G. R. C. et al. **Caracterização da cobertura Pré-Natal no estado do Maranhão,Brasil**. Rev Bras Enferm. Brasília, v. 63, n.06, Novembro de 2010. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- CUNHA, A. C. et al. **Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 19, n. 2, p. 447–458, jun. 2019.
- DUNCAN, BB. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- FERREIRA, T. L. DOS S. et al. **Avaliação da assistência com foco na consulta de atendimento pré-natal**. Revista Ciência Plural, v. 3, n. 2, p. 4–15, 11 dez. 2017.

- GONÇALVES, M. F. et al. **Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 3, 12 mar. 2018.
- GONCALVES, R. et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Revista brasileira de enfermagem. Brasília, v.61, n.3, jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- GRANGEIRO, G. R. et al. **Atenção Pré-Natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores do processo Sisprenatal.** Rev Esc Enferm USP. Fortaleza, v.42, n.01, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- GUSSO, G. et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019.
- HASS, C. N. et al. **Adequabilidade da Assistência Pré-Natal em uma estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre- RS.** Ver Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.34, n.03, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- INOVAAPS FIOCRUZ MS – APS FORTE. **Carteira de serviços. Relação de serviços prestados na atenção primária à saúde – Campo Grande, 2020.** Disponível em <https://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/docs/documentos/CARTEIRA_DE_SERVICOS.pdf>
- KASSAR, S. B. et al. **Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history.** J Pediatría. Rio de Janeiro, v.89, n.3, novembro de 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- LEAL, N. DE J. et al. **Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 10, n. 1, p. 113–122, 9 jan. 2018.
- MAIA, V. K. V. et al. **Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 4, p. 1055–1060, 31 out. 2017.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

- NETO, E. T. S, et al. **O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.28, n.09,2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- NOGUEIRA, C. M. C. DE S. et al. **Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa Prenatal care and practices developed by the health team: integrative review.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 1, p. 279–288, 10 jan. 2017.
- NUNES, J. T. et al. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 252–261, jun. 2016.
- OLIVEIRA, R. L. A. DE; FERRARI, A. P.; PARADA, C. M. G. DE L. **Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, p. e3058, 2019.
- OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** Organização Mundial da Saúde, 2016 Disponível em: <[WHO-RHR-16.12-por.pdf;sequence=2](http://www.who.int/rhr/16.12-por.pdf?sequence=2)>
- PAQUET, C. YUDIN, MH. **Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Toxoplasmosis and pregnancy,** Literature review current through: Dec 2019. Last updated: Nov 26, 2018. Up to Date.
- PARADA, C. M. G. L. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005.** Rev. Bras. Saúde materno Infantil, Recife, v.08, n.01. Março de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- RAZIA, I. C. R. B; ALBERNAZ, E. **Atenção Pré- Natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Rev. Bras. Saúde matern Infantil. Recife, v.8, n.04, outubro de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- Resolução nº. 459/SES/MS, de 06 de novembro de 2002. **Programa Estadual de Proteção à Gestante – PEPG.** Diário Oficial do Município de Campo Grande, nº 8822, Campo Grande-MS, 2014.

- RODRIGUES, A. DE F. M. et al. **Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: revisão integrativa.** Nursing (São Paulo), v. 24, n. 275, p. 5484–5495, 9 abr. 2021.
- RODRIGUES, E. M. et al. **Protocolo na assistência Pré-Natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP. Divinópolis, v.45, n.05, fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- SILVA, E. P, et al. **Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, V.13, N.1. março de 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- SILVA, L. A. DA et al. **The quality of an integrated network: accessibility and coverage in prenatal care.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 2, p. 2298–2309, 1 abr. 2015.
- TESSER, CD. et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>
- TOMASI, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 3, 2017.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia TelessaúdeRS/UFRGS. **Telecondutas - Toxoplasmose na Gestação.** Versão Digital 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosegestacao.pdf>
- VALDES, I. N. F.; SANTOS, E. O. DOS; PRADO, E. V. DO. **Programa mais médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da estratégia de saúde da família.** Revista de APS, v. 20, n. 3, 2017.
- VALENTE, M. M. P. Q. et al. **Assistência Pré- Natal: Um olhar sobre a qualidade.** Ver Rene. Fortaleza, v. 14, n.2. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>.
- WHITWORT, M. et al. **Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy.** Cochrane Database Syst Rev. 2010 Apr 14;(4):CD007058. doi:

10.1002/14651858.CD007058.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2015;7:CD007058. PMID: 20393955; PMCID: PMC4084925.