

Artigo Original

Cuidados à saúde da gestante no âmbito da Atenção Primária

Health care for pregnant women in the context of Primary Care

Atención de salud para mujeres embarazadas en el contexto de la atención primaria



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i3.6713>

Suzely Adas Saliba Moimaz¹, Gleice Tibauje Vicente Ramirez^{2*}, Nemre Adas Saliba¹, Tânia Adas Saliba¹

RESUMO

Introdução: Garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo atividades de promoção e prevenção à saúde, cura e reabilitação, além de cuidados com o recém-nascido, são atividades requeridas na Atenção Primária à Saúde. Avaliar essas ações é fundamental para melhora da qualidade dos serviços prestados. **Objetivo:** Neste trabalho, o objetivo foi verificar quais são os cuidados ofertados à saúde da gestante na Atenção Primária, de acordo com o Protocolo da Atenção Básica da Saúde das Mulheres. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo transversal em

15 Unidades de Saúde da Família- USF, em área urbana, de um município do Brasil. Foi utilizado roteiro semiestruturado, em forma de entrevista com os gerentes de 15 USF. **Resultados:** Os resultados mostram padronização no fluxograma de gestante e prontuários utilizados em todas as unidades. Em 93,33% das unidades ocorrem o mapeamento dos domicílios com gestantes e visitas domiciliares e em 86,67% acontece o monitoramento das gestantes na área de abrangência das equipes de saúde da família. O tratamento curativo odontológico ocorre em 93,34% das USF e em 73,34% há práticas de educação em saúde bucal durante a gestação. **Conclusão:** Conclui-se que há uniformidade dos prontuários e do fluxograma na Atenção Primária à Saúde da gestante, entretanto, constituem ainda um desafio a busca ativa e visitas domiciliares, assim como as práticas educativas e o cuidado odontológico.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestantes; Promoção da Saúde.

¹ Professora no Departamento de Odontologia Infantil e Social - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. Brasil.

² Mestranda no Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. Brasil.

***Autor correspondente:** Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, NEPESCO, Rua José Bonifácio, 1193 - Araçatuba-SP - CEP 16015- 050.

E-mail: ramirez.tvgleice@gmail.com

Submetido: 27/03/2020

Aceito: 18/06/2020

ABSTRACT

Introduction: Ensuring access and reception for all women, during the various phases of the pregnancy-puerperal cycle, developing activities to promote and prevent health, cure and rehabilitation, in addition to caring for the newborn, are activities required in the Attention Primary to Health. Evaluating these actions is essential to improve the quality of services provided. **Objective:** In this work, the objective was to verify what care is offered to the health of pregnant women in Primary Care, according to the Protocol of Primary Health Care for Women. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was carried out in 15 Family

Health Units, in an urban area, in a municipality in Brazil. A semi-structured script was Family Health Units used, in the form of an interview with the managers of 15 Family Health Units. **Results:** The results show standardization in the flowchart of pregnant women and medical records used in all units. In 93.33% of the units, there is a mapping of households with pregnant women and home visits and in 86.67% there is the monitoring of pregnant women in the area covered by the family health teams. Dental curative treatment occurs in 93.34% of the Family Health Units and in 73.34% there are oral health education practices during pregnancy. **Conclusion:** It is concluded that there is uniformity of medical records and flowchart in the Primary Health Care of pregnant women, however, the active search and home visits, as well as educational practices and dental care, still constitute a challenge.

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

INTRODUÇÃO

A partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 inicia-se um novo momento na oferta da atenção em saúde no Brasil. Todo cidadão brasileiro passa a ter acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde¹. Assim considerado, o SUS é um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo e beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros, realizando por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos de atenção primária e ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos¹. Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também representou uma quebra de paradigma do conceito sobre como a saúde era interpretada no país e começou a fazer parte do planejamento de políticas públicas, sendo realizados esforços para implementação de uma nova prática em saúde com a incorporação dos conceitos e esforços voltados a prevenção e educação em saúde^{1,2}. Destaca-se que no Brasil a Atenção Primária à Saúde é chamada de Atenção Básica, assim, as políticas voltadas a saúde foram estruturadas a partir do eixo da atenção básica com a implementação da Estratégia de Saúde da Família com origem no Programa de Agentes

Comunitários de Saúde, visando aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde ao realizar visitas domiciliares e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvendo programas com forte potencial de redução da mortalidade materno-infantil³⁻⁵.

Nas últimas décadas, tem havido uma progressão da cobertura de atenção ao pré-natal, e garantir sua qualidade permanece até hoje como o maior desafio⁶⁻⁷. Essa transformação refere-se especialmente, a uma busca por uma mudança na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência da prestação dos serviços⁷⁻¹¹. Para isso, é necessário que todos envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher^{6,7}.

No Brasil, o Protocolo da Atenção Básica da Saúde das Mulheres abrange cuidados como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual^{6,12-14}. As recomendações da Organização Mundial da Saúde, e de manuais como o de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco e Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal, propõe ações de promoção de saúde à gestante e consultas com todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que inclui, médico, cirurgião-dentista, nutricionista e todo profissional que é necessário para o êxito do pré-natal^{6-7,12-15}.

Quando a mulher ingressa no serviço de atenção básica, o diagnóstico da gravidez deve ser feito com base na história da mulher, aliada ao exame físico e teste laboratorial. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil para a mulher que procura a confirmação da gravidez, buscando não postergar o diagnóstico, garantir o sigilo e possibilitar, quando for desejo da gestante, o acolhimento precoce para atenção pré-natal^{7,16}.

A OMS recomenda modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito consultas de pré-natal, para reduzir as taxas de mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres ciclo gravídico-puerperal⁷. No Brasil, o número

mínimo de consultas pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde é de seis consultas, com início o mais precocemente possível, sendo assim distribuídas: uma no 1º trimestre (até a 12ª semana), duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre⁶. Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no 3º trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de gestação; gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até a 41ª devem ser encaminhadas à maternidade de referência para a interrupção da gravidez^{6-7,12-14}. Todavia, segundo o último dado do Ministério da Saúde, no Brasil 2,72% das gestantes não realizavam nenhuma consulta do pré-natal, 7,45% realizavam de 1 a 3 consultas, 27,99% realizavam entre 4 a 6 consultas e 61,84% realizam 7 ou mais consultas de pré-natal¹⁷.

Garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período, incluindo os cuidados com o recém-nascido é crucial. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo assistência ambulatorial, especializada e hospitalar, se necessário. Considerando que a contínua necessidade de avaliação dos serviços de saúde para a manutenção e aprimoramento das ações prestadas ratificam a necessidade de mais estudos para garantir a melhoria da qualidade da assistência, do acesso e conseqüentemente a consolidação do sistema, neste trabalho, objetivou-se verificar quais são os cuidados ofertados à saúde da gestante na Atenção Primária, de acordo com o Protocolo da Atenção Básica da Saúde das Mulheres.

METODOLOGIA

Tipo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, tipo inquérito, realizado em Unidades de Saúde, de um município do estado de São Paulo, referência regional para a assistência à saúde. O município apresenta 18 Unidades de Saúde, sendo 15 em área urbana.

Foram incluídas na pesquisa todas as Unidades de Saúde da Família que se encontravam na área urbana do município, e todas as gerentes

das unidades, em exercício da função. Como critério de exclusão considerou-se a recusa do gerente da Unidade de Saúde em participar da entrevista.

Entrevistas

As entrevistas foram realizadas com gerentes das Unidades de Saúde da Família, no horário de funcionamento, utilizando-se um roteiro semiestruturado, pré-testado em estudo piloto.

Foram estudadas as seguintes variáveis, em relação aos serviços prestados às gestantes na atenção primária à saúde: acolhimento (sim/não) e fluxograma de atendimento (descrição); número de gestantes cadastradas para o pré-natal; territorialização (sim/não); mapeamento (sim/não) e monitoramento (sim/não); visita domiciliar pela equipe de estratégia de saúde da família (por categoria profissional); atividade de vigilância em saúde (sim/não); encaminhamento ao serviço especializado - atenção secundária (sim/não); atividades educativas de promoção à saúde geral e bucal (sim/não; descrição); atenção odontológica (sim/não).

Capacitação da equipe de entrevistadores

Foi realizado um treinamento técnico para entrevistador e anotador para a coleta de dados sobre: esclarecimento quanto aos objetivos do trabalho, métodos da aplicação do formulário e preenchimento do instrumento da coleta de dados, conceitos sobre atenção primária à saúde; saúde da mulher; saúde materno-infantil; atenção odontológica à gestante; gestação de baixo e alto risco e atenção integral à saúde da mulher. O treinamento teve como objetivo a padronização na entrevista.

Análise estatística

Os dados foram organizados e processados no Programa Epi Info™ v.7¹⁸, de livre distribuição para levantamentos epidemiológicos.

As variáveis que expressam a frequência com que determinada ação ocorria na Atenção Primária estão apresentadas em forma de tabela e as respostas às questões abertas estão apresentadas em forma de texto.

Aspectos éticos

Este trabalho respeitou os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução Nº 466/12¹⁹, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CAAE: 60855316.8.0000.5420).

RESULTADOS

Segundo relatado pelas gerentes das Unidades de Saúde da Família, quando a gestante ingressa no serviço de saúde do SUS, da unidade do território ao qual pertence, ela é encaminhada para agendamento de consulta inicial e cadastramento. Nessa consulta é realizado o acolhimento com a equipe da enfermagem, seguido pela realização de exames iniciais, teste rápido e atualização da carteira de vacinação. Feito isso, a gestante é encaminhada para avaliações e exames com os demais profissionais, como parte do pré-natal. Alguns deles são obrigatórios, como no caso, o encaminhamento para o cirurgião-dentista para realização consulta odontológica, e outros opcionais, dependendo da necessidade, a exemplo do nutricionista.

As consultas, a princípio, são mensais, intercalando mês com o médico clínico geral e

mês com um enfermeiro. A partir da 36ª semana de gestação, as consultas ocorrem apenas com o médico, em um intervalo de 15 em 15 dias, e por volta de 40 semanas de gestação as consultas diminuem o intervalo para cada 03 dias.

O fluxograma das gestantes dentro das Unidades de Saúde foi descrito pelas gerentes entrevistadas de maneira semelhante em todas as Unidades de Saúde, e o prontuário é padronizado pela Organização Social responsável pela administração das Unidades de Saúde.

As atividades educacionais são realizadas em 11 (73,33%) unidades de forma mensal, nas demais as atividades ocorrem bimestral (01) e trimestralmente (01) e em apenas 01 Unidade de Saúde é realizada esporadicamente, sem controle específico de intervalo entre uma atividade e outra (tabela 1).

As Unidades de Saúde ofertam cuidados primários à saúde das gestantes e, quando necessário, serviço especializado, todas as unidades (tabela 1) referenciam o atendimento para o Hospital da Mulher, onde a gestante é atendida por médico ginecologista e, quando constatado uma gravidez de risco, é encaminhada ao Ambulatório Médico de Especialidade para realização do pré-natal, de forma conjunta com o pré-natal da Unidade de Saúde.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual, segundo o serviço prestado às gestantes pelas Unidades de Saúde. Brasil, 2019.

Serviço ofertado	Sim		Total	
	n	%	n	%
Mapeamento de gestantes no território	14	93,33	15	100,00
Monitoramento de gestantes	13	86,67	15	100,00
Atividade de vigilância em saúde	14	93,33	15	100,00
Atividades educativas periódicas	14	93,33	15	100,00
Visitas domiciliares à gestante	14	93,33	15	100,00
Encaminhamento ao serviço especializado	15	100,00	15	100,00

No total, estavam cadastradas 805 gestantes em todas as unidades de saúde e as visitas domiciliares efetuadas pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família ocorrem de acordo com o cronograma e demanda de cada unidade. A tabela 2 apresenta a frequência de visitas, segundo os componentes das Equipes de Saúde da Família.

A equipe odontológica é responsável pela realização de atividade de educação e promoção de saúde bucal que é realizado de forma individual e coletiva durante as reuniões (tabela 3). As práticas realizadas são de orientação de higiene bucal (escovação e uso de fio dental), conduta frente a enjoo, aleitamento materno e alimentação.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual, segundo as visitas domiciliares à gestante, por profissionais equipe da Estratégia de Saúde da Família. Brasil, 2019.

Profissional	Visitas							
	Frequente		Quando requisitado		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	00	00,00	11	73,33	04	26,67	15	100,00
Agente Comunitário de Saúde	14	93,33	01	06,67	00	00,00	15	100,00
Enfermeira/Auxiliar de enfermagem	03	21,43	09	64,29	02	14,29	15	100,00
Equipe de Saúde Bucal	00	00,00	04	28,57	11	71,43	15	100,00
Nutricionista	02	13,33	03	20,00	10	66,67	15	100,00

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual, segundo serviço odontológico prestado nas Unidades de Saúde. Brasil, 2019.

Variáveis	Sim		Não		Esporadicamente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Presença de Equipe Odontológica na Unidade	14	93,33	01	06,67	-	-	15	100,00
Realização de tratamentos curativos durante a gestação	14	93,33	01	06,67	00	00,00	15	100,00
Práticas de educação em saúde bucal na gestação	11	73,34	02	13,33	02	13,33	15	100,00
Capacitação da equipe odontológica para o cuidado da gestante	02	14,29	12	85,71	-	-	14*	100,00
Encaminhamento pela enfermagem da gestante para serviço odontológico	14	93,33	-	-	01	06,67	15	100,00

*Total de Unidade de Saúde da Família com equipe odontológica na unidade.

DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada em um município do estado de São Paulo, referência regional para a assistência à saúde, com uma população, segundo o último censo em 2010, de 181579 habitantes, e estimada para ano de 2019 de 197016 habitantes, com PIB per capita de R\$ 35.769,43. Salário médio de trabalhadores formais de 2,5 salários mínimos, com taxa de mortalidade infantil média de 11,02 para 1000 nascidos vivos²⁰. O município em questão possui um total de 18 Unidades de Saúde da Família, que ofertam serviços na Atenção Primária à saúde para a população.

É na Atenção Primária que ocorre a confirmação da gravidez e se inicia o acompanhamento do pré-natal. Esse primeiro contato da mulher grávida com o profissional de

saúde na unidade constitui o acolhimento, cuja responsabilidade é do(a) enfermeiro(a). Nesse momento, a gestante – e, a seu critério, também seus familiares – deve receber as orientações sobre o acompanhamento pré-natal, tendo a possibilidade de conhecer todo o plano de ação, tirar dúvidas e expressar opiniões. É muito importante que a equipe seja sensível a esse momento especial da vida da mulher, verificando a aceitação da gestação e avaliando a necessidade de apoio adicional à grávida^{7,21-22}.

Segundo o manual de Atenção à Saúde da Mulher no Pré-natal, Puerpério e cuidados ao recém-nascido do Ministério da Saúde, prevê que todas as Unidades de Saúde devem estar preparadas para acolher a mulher e seu parceiro/a, caso esse seja o desejo da mulher, com suspeita de gravidez, gestante, puérpera ou em pós-abortamento²³. Para

que se alcance um pré-natal de qualidade na rede, é necessário que a mulher tenha acesso fácil à Unidade de Saúde e à realização do teste rápido de gravidez a partir de sua demanda. As consultas de pré-natal devem ser realizadas por médicos e enfermeiros de maneira intercalada^{15,23-24}. Deve-se reservar 30 minutos por gestante para essa consulta, tendo em vista a complexidade desta assistência; no entanto, quando o atendimento ocorrer em tempo inferior ao estabelecido, o profissional estará disponível para os atendimentos referenciados pelo acolhimento. Dessa forma, recomenda-se a realização mínima de seis ou mais consultas durante o pré-natal, sendo a periodicidade destes atendimentos mensal para até 28 semanas de idade gestacional, quinzenal da 28^a a 36^a semana e semanal da 36^a até o parto^{6,15,23-24}. No presente estudo, as consultas respeitam de forma parcial as diretrizes do manual do Ministério da Saúde, visto que as consultas quinzenais ocorrem apenas a partir da 36^a semana e não da 28^a como o indicado.

A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido⁶. Da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina⁶. Para as gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão⁶.

A Atenção Primária a Saúde, como forma de assistência integral, deve abranger todos os aspectos para melhor atender as necessidades da população, e tão importante quanto às ações que ocorrem dentro das Unidades de Saúde da Família, são as atividades que ocorrem na comunidade, como o processo de territorialização.

A territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento da região pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc.)²⁴. Pois é por meio dessa fase que se amplia a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência territorial²⁴⁻²⁵. Das Unidades de Saúde do estudo, poucas não realizavam a territorialização, mapeamento e monitoramento das gestantes, conforme requerido pela Política

Nacional de Atenção Básica, ignorando a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde e a diminuição de riscos e vulnerabilidades que essas ações fornecem²⁴.

A Saúde da Família como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no Sistema Único de Saúde é definida como “um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”²⁴. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde²⁴⁻²⁵.

É recomendado visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências clínicas/obstétricas como hiperêmese gravídica, anemia, síndromes hemorrágicas entre outras, e também para todas as puérperas, na 1^a semana pós-parto^{6,12,23-24}. Neste período, o acompanhamento para verificação das práticas de aleitamento materno exclusivo é fundamental, pois só o conhecimento da puérpera não garante o êxito do aleitamento materno exclusivo. O apoio da Equipe de Saúde da Família por meio da visita domiciliar, entre outras coisas, garante a prática do aleitamento materno exclusivo, monitorando a saúde da mãe e do bebê²⁶⁻²⁷.

O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços; e para isso, deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas^{6-7,12,28-29}. Por essa razão, a busca ativa das gestantes e das puérperas, na comunidade, por Agentes Comunitários de Saúde ou por outro profissional da equipe de saúde são oportunidades para complementar a investigação integral da mulher^{12,23}. Durante as visitas, deve ser avaliado todo o contexto familiar e social, buscando identificar riscos à mulher ou a outros membros da família. Os agravos evidenciados devem ser discutidos com a equipe na unidade de saúde, incluindo, ao menos, o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a) e o(a) auxiliar de enfermagem. A frequência das visitas deve seguir o proposto normalmente por cada unidade básica de saúde e pode ser individualizada, de acordo com as

necessidades de cada caso. Porém, é requerido que todos os profissionais da Equipe Estratégia de Saúde da Família estejam à disposição quando requisitados para realização das visitas^{16,22,29}, o que neste trabalho não ocorreu, visto que alguns profissionais como médico, cirurgião-dentista, nutricionista e enfermeiros, nunca realizavam as visitas domiciliares, nem quando requisitado.

Garantir a realização de consultas de pré-natal e de ações educativas grupais que enfoquem as vantagens do parto normal, aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, e alimentação saudável para todas as gestantes do território são um dos componentes obrigatórios do pré-natal, sendo a periodicidade por responsabilidade das Unidades de Saúde da Família^{15,23-25}. Neste estudo, na maioria das Unidades de Saúde, as atividades grupais em forma de reuniões educativas multiprofissionais, ocorriam de forma regular, cumprindo com uma parte crucial do pré-natal, afinal, as atividades educativas são parte importante e colaboram para o êxito do atendimento durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

É fundamental enfatizar que as práticas de educação em saúde são essenciais para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos médico e odontológicos³⁰⁻³¹. É crucial que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada. Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo^{6-7,12,14}. Esse tipo de atividade deve seguir os preceitos de educação para adultos, com base na aprendizagem significativa: quando o aprender faz sentido para cada uma das usuárias. Isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta do indivíduo e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o conhecimento prévio da paciente^{6-7,12-14,30}. Dessa forma, é importante que os temas discutidos tenham significado para as usuárias, ou seja, responda às suas dúvidas e inquietações. Devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante, no contexto social e suas transformações, englobando a

família, particularmente o (a) companheiro (a), se ela assim o desejar²⁸⁻³⁰.

Dados extraídos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2015, informam que o número de gestantes cadastradas no município no mesmo período era de 512^{25,32}. No ano de 2019, do atual trabalho, estavam cadastradas 805 gestantes que deram entrada nas Unidades de Saúde para realização do pré-natal, esse aumento do número de gestantes cadastradas pode indicar o crescimento da oferta, acesso e uso do serviço de saúde^{25,32}.

Como parte do atendimento integral que os cuidados primários a saúde ofertam, a Atenção Odontológica durante a gestação é de suma importância, tendo em vista que algumas alterações bucais podem ocasionar o nascimento pré-maturo ou de baixo peso em bebês^{31,33-35}. A equipe odontológica dentro da atenção básica e no pré-natal é crucial e tem funções obrigatórias a serem feitas, como realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico das mulheres para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as gestantes, puérperas e suas famílias, de acordo com o planejamento da equipe, com resolubilidade; realizar os procedimentos clínicos em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais observando os cuidados indicados em cada período da gravidez; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nas gestantes e puérperas; realizar consulta odontológica nas gestantes classificadas de risco habitual e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário; realizar visitas domiciliares regulares durante o período gestacional e puerperal; entre outras diversas funções^{12,15,23,25,31-33}.

Neste estudo, observou-se que os profissionais que menos realizavam visitas domiciliares eram os profissionais da Equipe de Saúde Bucal. Em uma Unidade de Saúde da Família não havia uma equipe odontológica e as que possuíam não foram exitosas em cumprir com as principais obrigações em rotinas regulares

como as práticas de educação em saúde bucal, tratamentos curativos durante a gestação e visitas domiciliares.

Sabe-se que ainda há um longo caminho a percorrer, para minimizar problemas como a falta e qualificação de recursos humanos, escassez de recursos financeiro, entre outros, para que todos os princípios e diretrizes da atenção primária à saúde sejam corretamente aplicados e alcancem a universalidade e equidade proposta pelo SUS^{3,5,22,28-29}. Por essa razão, estudos como este são importantes ferramentas para se avaliar, de forma objetiva, as ações que realmente ocorrem no âmbito da Atenção Primária, no SUS, explorando as verdadeiras carências e dificuldades, com intuito de fornecer subsídios aos gestores para melhor adequação dos serviços. Além disso, esta pesquisa, sobre avaliação dos serviços prestados no SUS, pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e também colaborar para o incentivo da prática avaliativa nos serviços de saúde, servindo de base para replicação em outras localidades.

Debater a Atenção Primária à Saúde é e sempre foi uma necessidade na realidade brasileira, para se alcançar melhorias dos serviços ofertados pelo SUS. É essencial a realização de trabalhos que demonstrem uma nova perspectiva sobre o sistema, entendendo e corrigindo suas falhas e colocando a disposição do usuário serviços que lhe são de direito.

Para que ocorra o êxito da Atenção Primária à Saúde é importante além de incentivo e realização de políticas públicas, que todos os profissionais e colaboradores envolvidos estejam engajados e coordenados de forma unificada entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo assistência integral e universal, como é proposto pelo SUS^{21-22,26,28,32-33}.

Neste trabalho, pode ser considerado como limitação do estudo uma questão inerente ao tipo de pesquisa de inquérito, que, em algumas situações pode constranger ou até mesmo restringir as respostas, em função do receio dos gerentes em sofrer retaliações ou penalidades, interpretando a pesquisa como algum tipo de “fiscalização”. Neste sentido, em estudos futuros sugere-se adicionalmente a avaliação do ponto de vista da usuária do serviço de saúde. Ressalta-se que, a realização desta pesquisa

trouxo importantes achados relacionados a falta de acompanhamento das puérperas, em algumas situações, o que pode comprometer as práticas do aleitamento materno exclusivo²⁶⁻²⁷.

Um ponto extremamente importante na oferta dos serviços de saúde é o trabalho conjunto e integrado dos profissionais para o alcance da qualidade e integralidade do cuidado, e em se tratando de pré-natal, quando se tem como meta a redução de mortalidade materno-infantil, este aspecto torna-se ainda mais evidente^{21-24,26,28,32-33}.

CONCLUSÃO

Conclui-se que há uniformidade dos prontuários e do fluxograma na Atenção Primária à Saúde da gestante, entretanto, constituem ainda um desafio a busca ativa e visitas domiciliares, assim como as práticas educativas e o cuidado odontológico.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Oswaldo Cruz. SUS. 2019. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>
2. Leal, MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23(6):1915-28.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-97.
4. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011;377(9780):1863-76.
5. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016;15(1):151.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
8. Oliveira MJS, Souza A, Calvetti PU, Filippin LI. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Rev Saúde Desenvolvimento Humano*. 2018 Jun 6(2): 33-38.
9. Costa PRB, Calvetti PU. A Percepção das Práticas de Acolhimento aos Familiares em Hospital de Pronto-Socorro Sob Perspectiva da Equipe Multidisciplinar. *Saúde Desenvolv Hum* 2016;4(2):61-77.
10. Martins MHPA, Ghersel ELA, Ghersel H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. *Ciênc Saúde* 2017;10(1):18-22.
11. Fernandopulle R. Primary care needs a complete rebuilding and not just more renovations. *J Ambul Care Manage* 2017;40(2):121-4.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23(4):1077-88.
14. Ferreira MGC, Gomes MFP, Fracolli LA. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. *Rev Aten Saúde* 2018;16(55):36-41.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Careti CM, Furtado MCC, Barreto JC, Vicente JB, Lima PR. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. *Rev Rene* 2016;17(1):67-75.
17. Brasil. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?i-db2012/f06.def>
18. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™ 7. 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial União, 2012 dez 12.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil / São Paulo / Araçatuba. 2010 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/aracatuba/panorama>
21. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Reme Rev Min Enferm* 2012;16(3):315-23.
22. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa ACG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* 2017;33(3):e00195815.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da mulher no pré-natal, puerpério e cuidados ao recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). 2nded. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
26. Moimaz SAS, Serrano MN, Garbin CAS, Vanzo KLT, Saliba O. Agentes comunitários de saúde e o aleitamento materno: desafios relacionados ao conhecimento e à prática. *Revista CEFAC* 2017; 19(2), 198-212.
27. Moimaz SAS, Saliba O, Borges HC, Rocha NB, Saliba NA. Desmame Precoce: Falta de Conhecimento ou de Acompanhamento? *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa 2013; 13(1):53-9.
28. Cunha AC, Lacerda JT, Alcauza MTR, Natal S. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2019;19(2):447-58.
29. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde Debate* 2018;42:111-26.
30. Moimaz SAS, Saliba TA, Arcieri RM, Lofego L, Saliba NA. Atenção à saúde materno-infantil e saúde bucal nos ciclos PMAQ-AB. *J Manag Prim Health Care* 2018;9:e1. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/315/715>

31. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2007;19(1):39-45.
32. Codato LAB, Nakama L, Cordoni-Junior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(4):2297-301.
33. Camillo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, Dal Osto DS, Böck, A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(6):4894-901.
34. Lima DP, Moimaz SA, Garbin CA, Sumida DH, Jardim EG Jr, Okamoto AC. Occurrence of soc-ransky red complex in pregnant women with and without periodontal disease. *Oral Health Prev Dent* 2015;13(2):169-76.
35. Seraphim, APCG, Chiba FY, Pereira RF, Mattera MSLC, Moimaz SAS, Sumida DH. Relationship among periodontal disease, insulin resistance, salivary cortisol, and stress levels during pregnancy. *Braz Dent J* 2016;27(2):123-7.