

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ISABELLE BEATRIZ SANTOS GOMES

UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E  
PUERPÉRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BELA VISTA I DO MUNICÍPIO DE  
PAIÇANDU -PR

PAIÇANDU -PR

2021

ISABELLE BEATRIZ SANTOS GOMES

UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E  
PUERPÉRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BELA VISTA I DO MUNICÍPIO DE  
PAIÇANDU -PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Daniele Seima

PAIÇANDU -PR.

2021

A Deus todas as minhas conquistas, aos meus pais por todo o apoio, dedicação e amor, por sempre estarem ao meu lado me dando forças para continuar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar e para superar as dificuldades do caminho.

Aos meus pais João Ivoniel Pereira Gomes e Célia Regina Santos Gome, pelo amor incondicional, por sempre estarem do meu lado me apoiando e incentivado em cada conquista.

Ao meu esposo, Renato Buranello, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu filho, João Lucca Gomes Buranello, por ser meu maior e melhor presente de Deus e motivo para querer ser uma pessoa ainda melhor.

Aos colegas do trabalho, agradeço pelos ensinamentos diários e por contribuírem para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos pacientes, por me permitirem cuidar de vocês e poder exercer este dom que Deus generosamente me presenteou.

À minha orientadora/tutora, Profa. Dra. Marcia Daniele Seima, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a construção de um espaço que privilegia o conhecimento e onde todas as ideias são bem recebidas.

Aos meus amigos pela força e compreensão.

Enfim, agradeço à todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

*Charles Chaplin*

O ser humano é aquilo que a educação faz dele.

*Immanuel Kant*

## RESUMO

**Introdução:** O plano de intervenção que trata do tema assistência ao pré-natal e puerpério em Unidade de Saúde é um resultado do curso de especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O estado de saúde mental e físico de uma mãe afeta o desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e devem ser considerados durante a assistência à saúde materna. **Objetivo:** Propor melhorias na assistência ao pré-natal e puerpério na Unidade Básica de Saúde Bela Vista I do município de Paiçandu-PR. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação cujo atores envolvidos foram gestantes cadastradas e puérperas/ RNs que estavam presentes no momento da execução do projeto de intervenção, brasileiras e estrangeiras. A equipe multiprofissional (enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde) também foram os atores do estudo e alvo de uma capacitação realizada pela médica da equipe. O plano de ação compreendeu capacitação (seminário) para os profissionais a respeito da promoção da saúde das gestantes e puérperas e ações educativas para essas mulheres. **Resultados e Discussão:** A etapa exploratória e a colocação dos problemas consistiu na ausência de ações educativas programadas para a promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas, baixa adesão das consultas de pré-natal, em especial as estrangeiras, pela quantidade elevada de sobrepeso nesse grupo, assim como depressão pós-parto e crises de ansiedade. As ações de promoção da saúde incluíram o planejamento de ações educativas voltadas a esse público. Essas ações foram realizadas no dia de atendimento do pré-natal, com duração máxima de 40 min, em que ocorreu boa participação e interação entre o grupo e a profissional responsável. **Considerações Finais:** O objetivo da pesquisa foi atingido, pois houve relatos tanto dos profissionais quanto das pacientes quanto a melhoria na assistência ao pré-natal e puerpério. A prevenção da saúde física e mental são aspectos fundamentais na atenção pré-natal e puerpério por estes, quando descompensados, serem fatores de risco para o desenvolvimento de inúmeros problemas de saúde nesta população. O estudo apresenta limitações por ter sido realizado em apenas uma Unidade de Saúde, portanto recomenda-se novos estudos em outras Unidades de Saúde e de diferente regiões para que haja possibilidade de comparar os resultados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde. Atenção Primária a Saúde, Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The intervention plan that addresses the theme of prenatal and postpartum care in a Health Unit is a result of the specialization course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. The state of a mother's mental and physical health affects the child's physical, emotional and psychological development and should be considered during maternal health care. **Objective:** To propose improvements in prenatal and postpartum care in the Basic Health Unit Bela Vista I in the municipality of Paçandu-PR. **Method:** This is a qualitative study of the action-research type whose actors involved were registered pregnant women and puerperal women / NBs who were present at the time of the execution of the intervention project, Brazilian and foreign. The multiprofessional team (nurse, dentist, nursing technician and community health agents) were also the actors in the study and the target of training carried out by the team doctor. The action plan included training (seminar) for professionals regarding the health promotion of pregnant women and women who had recently given birth and educational actions for these women. **Results and Discussion:** The exploratory stage and the problems posed consisted of the absence of educational actions programmed to promote the physical and mental health of pregnant women and women who had recently given birth, low adherence to prenatal consultations, especially foreign ones, due to the high amount of overweight in this group, as well as postpartum depression and anxiety attacks. Health promotion actions included the planning of educational actions aimed at this audience. These actions were performed on the day of prenatal care, with a maximum duration of 40 min, in which there was good participation and interaction between the group and the responsible professional. **Final Considerations:** The objective of the research was reached, as there were reports from both professionals and patients regarding the improvement in prenatal and puerperal care. The prevention of physical and mental health are fundamental aspects in prenatal and puerperal care, as these, when decompensated, are risk factors for the development of numerous health problems in this population. The study has limitations because it was carried out in only one Health Unit, so further studies are recommended in other Health Units and from different regions so that it is possible to compare the results.

**Keywords:** Health Promotion. Primary Health Car. Health Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro Especializado em Odontologia
DPP	Depressão Pós-Parto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
NASF	Núcleos de Apoio de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
TM	Transtornos Mentais
WEMWBS	<i>Warwick-Edinburgh</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1.1 OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
1.1.1 Objetivo Geral	13
1.1.2 Objetivos Específicos	13
<b>1.3 METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
<b>2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE GESTANTES E PUÉRPERAS</b>	<b>14</b>
<b>2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO</b>	<b>16</b>
<b>2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER</b>	<b>19</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>22</b>
<b>3.1 TIPO DE PESQUISA</b>	<b>22</b>
<b>3.2 LOCAL DA PESQUISA E ALVO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>3.3 ETAPAS DO PLANO DE AÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>30</b>
<b>5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Paiçandu é um município que fica localizado no estado do Paraná, que possui aproximadamente 41 mil habitantes. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) mostram que o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos, onde a população economicamente ativa era em torno de 18.7%. Em comparação com outros municípios do Paraná, ele ocupa a posição 307 de 399 municípios, o que indica que há baixo desenvolvimento socioeconômico e uma precariedade na economia do município.

No âmbito da saúde, o município possui uma taxa de mortalidade de infantil média na cidade de 15.48 para 1.000 nascidos vivos. Temos dados que as internações devido a diarreias são de 0.8 para cada 1.000 habitantes. Paiçandu conta com 64.2% dos domicílios com rede de esgoto sanitário adequado, 95.8% de domicílios urbanos em vias públicas, e por fim, 47% dos domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2018).

A Unidade Básica de Saúde Bela Vista I fica localizada na região industrial da cidade, as margens da rodovia PR323. Como principais queixas da população, tem-se agravos crônicos, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo II (DM II) e lombalgias crônicas.

Após dois anos de atuação na equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) por essa equipe é possível destacar como principais problemas na área o déficit dos dados epidemiológicos municipais, o grande número de estrangeiros em situação de vulnerabilidade social, as gestantes sem acompanhamento apropriado de pré-natal e o aumento exponencial dos casos de dengue (onde este número passou de 561 casos para 883 casos confirmados e 1611 notificados em um ano (2019-2020).

Quanto a epidemia de dengue, segundo a vigilância epidemiológica do município, no primeiro trimestre de 2020, houve 38 casos confirmados, porém na nossa vivência clínica o número de pacientes sintomáticos é muito maior. Somente na equipe que atuo temos um total de 2755 pessoas,

Há também um quadro de subnotificação dos casos, visto que o paciente precisa ir até a vigilância epidemiológica do município para que os exames laboratoriais sejam liberados e realize-se a notificação, esses tramites fazem com

que o paciente não seja notificado, pois muitos desistem no meio desse trajeto. Muitos pacientes estão tendo quadros mais brandos, onde por vezes não se altera o hemograma, isto faz com que a vigilância descarte o caso, já que os mesmos consideram como critério de confirmação a alteração de plaquetas no hemograma. E por último podemos verificar que há muitos pacientes que são portadores da doença, mas não procuram o serviço de saúde, não recebem orientações sobre a doença e se tornam vetores de transmissão.

Outro problema extremamente relevante no município são os estrangeiros em vulnerabilidade social, os quais a grande maioria não falam português, o que gera grande confusão nos atendimentos e atrasos nos diagnósticos e ações de prevenção e promoção em saúde. Tal problema é do tipo atual/potencial, terminal, baixo controle e quase estruturados. Outro grande problema ao atendimento destes estrangeiros é a quantidade elevada de mulheres gestantes sem planejamento familiar, ou condições mínimas para conduzir essas gestações e a criação de um filho. Nesse seguimento, o pré-natal vem sendo extremamente deficitários, devido à falta de comunicação e entendimento, bem como a falta das mesmas nas consultas.

Como forma de amenizar o problema, estamos tentando uma ação conjunta com a assistência social do município, para viabilizar cursos de português para os mesmos, e também explicar como funciona o Sistema Único de Saúde, a fim de melhorar os índices nessa área.

Este problema é do tipo atual, intermediário, de baixo controle e estruturado. Esse problema em relação ao acompanhamento do pré-natal de estratégias e ausência de ações de planejamento familiar para essas pessoas impulsionou na escolha de um proposta de intervenção que possa gerar melhorias para esse problema, pois isto gera grande preocupação para a equipe, visto que o número de intercorrências no parto e puerpério vêm aumentando.

Para resolução do problema, já realizamos várias reuniões com o setor de agendamento de exames do município, explicitamos a importância de um pré-natal bem feito. Com isso conseguimos acordar que o município deixaria um dia da semana somente para colher exames de gestantes, o que resolveria o problema. Na prática não é o que está sendo realizada, tal assistência ainda está extremamente prejudicada. Portanto, para este trabalho optou-se em realizar intervenções multiprofissionais focadas no acompanhamento de pré-natal e puerpério na UBS na Unidade Básica de Saúde Bela Vista I do município de Paiçandu-PR.

Tal tema é de extrema importância para a comunidade adstrita, para os médicos e demais profissionais de saúde, visto que caso seja efetiva a intervenção, terá uma redução na taxa de mortalidade materno infantil, bem como reduzirá os agravos que ocorrem no puerpério, reduzindo a demanda de consultas que não fazem parte do plano terapêutico e, conseqüentemente, otimizando para a agenda de atendimento à população.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Propor melhorias na assistência ao pré-natal e puerpério na UBS na Unidade Básica de Saúde Bela Vista I do município de Paiçandu-PR.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Capacitar a equipe multiprofissional para a assistência ao pré-natal e puerpério;
- Criar um grupo multiprofissional permanente voltado a gestantes e puérperas que inclua também mulheres estrangeiras;
- Organizar consultas por meio de visitas domiciliares as puérperas e aos RN em período oportuno (7 a 10 dias pós-parto);
- Padronizar a assistência as gestantes e puérperas.

## **1.2 METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção que será desenvolvido por ações educativas, as quais serão realizadas durante o pré-natal com o intuito de explicar para as gestantes como é realizado o pré-natal no SUS, quais direitos e deveres das gestantes e como deverá ser os cuidados no puerpério e com o recém-nascido. Haverá também palestras especiais para as estrangeiras, onde será buscado parceria com a Associação de estrangeiros de Maringá, afim de conseguir uma pessoa com fluência em crioulo e português para fazer a comunicação nas palestras.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE GESTANTES E PUÉRPERAS

O estado de saúde mental de uma mãe afeta o desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e deve ser considerado durante a assistência à saúde materna. Durante a gravidez, o parto, e após o parto nota-se aumento do risco de problemas de saúde mental entre puérperas. Normalmente, durante a gestação e no período pós-parto, observa-se aumento dos níveis de ansiedade e estresse. Tal aumento pode ser isolado ou vir acompanhado de outros problemas que afetam a saúde mental da mulher (STEEN *et al.*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como: “...estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva, e contribuir para sua comunidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, p. 38).

Contudo, o bem-estar não é frequentemente avaliado, e muitas gestantes e puérperas que estão sob risco, não são diagnosticadas quando em estado negativo de bem-estar, e, portanto, perde-se a oportunidade de identificar situações de ansiedade, estresse e problemas de enfrentamento. Contudo, a depressão pós-parto (DPP) está sendo objeto de avaliação em muitos países e em alguns, inclusive, há suporte para diagnóstico da depressão pré-natal (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

Porém, algumas preocupações existem sobre a eficácia da estratégia de avaliação da depressão para detectar problemas de saúde mental entre gestantes e novas mães, considerando que a avaliação é, em geral, realizada em um período específico e, portanto, tem limitações e pode disponibilizar somente uma descrição do estado emocional dos indivíduos (MCKELLAR L *et al.*, 2017).

Além disso, há também dúvidas de que a avaliação das mulheres colabora para medicalização do parto e da maternidade, sendo importante reconhecer que há um possível estigma associado a identificação da DPP (MCKELLAR *et al.*, 2017).

A escala de bem-estar mental de *Warwick-Edinburgh* (WEMWBS) foi utilizada com eficácia por gestantes e novas mães em estudo conduzido na Inglaterra que mediu o bem-estar por meio de investigação de como a resiliência para melhoria a

saúde mental. A WEMWBS é baseada em cinco conceitos principais: satisfação com relacionamentos interpessoais, funcionamento positivo, afeto positivo, perspectiva hedônica e perspectiva eudemônica (STEEN *et al.*, 2015).

A depressão é um dos distúrbios mentais mais prevalentes na gravidez e no pós-parto, afetando cerca de um quinto das mulheres. A depressão pré-natal é o principal fator de risco para depressão pós-parto, e é geralmente uma continuidade da depressão que se iniciou no período pré-natal (MARTINEZ *et al.*, 2016).

No Brasil, a prevalência das depressões pré-natais é cerca de 20% o que é similar em países de alta renda, e considerando os problemas de algumas mulheres em idade reprodutiva que tem de enfrentar problemas para acessar o sistema de saúde, a assistência pré-natal é vital para prevenção da depressão pós-parto e promoção do bem-estar mental das gestantes e puérperas (S O'CONNOR E *et al.*, 2016).

É interessante notar que o conceito “igualdade de oportunidades” tem sido relatado. Esse conceito enfatiza a importância de avaliar a saúde mental e dar importância similar aos problemas de saúde física. A piora na saúde física materna após o parto pode levar à problemas de saúde mental e piora da saúde mental pode levar a problemas de saúde física, considerando que essas questões são inter-relacionadas (STEEN *et al.*, 2016).

Por exemplo, quando o indivíduo está ansioso e estressado, muitos sintomas físicos poderão estar presentes como: tensão muscular, tontura, enxaquecas, palpitações, problemas gástricas e urinárias, inquietação, insônia, e aumento da susceptibilidade à dor (MARTINEZ *et al.*, 2016).

Durante a gravidez, os altos níveis de cortisol podem aumentar as chances das mulheres de desenvolverem hipertensão, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento uterino, nascimento de feto prematuro e também dificuldade durante o parto. Sendo assim, é vital que os links entre a saúde mental e saúde física sejam levadas em consideração na gestação e após o parto no momento da assistência à saúde materna. Parece ser evidente a necessidade de disponibilizar importância igualitária a saúde mental e a saúde física da mulher, também como promover o bem-estar durante a gravidez e após o parto (STEEN *et al.*, 2016).

## 2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

Quanto à saúde física na gestação, a atividade física vem sendo considerada um importante componente para um estilo de vida saudável, devido a sua associação com o bem-estar físico e mental. Estudos epidemiológicos, baseados em evidências, confirmaram o papel decisivo desta prática na promoção da saúde, na qualidade de vida e na prevenção ou controle de diversas doenças (MARTINEZ *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, a prática de exercícios físicos vem ganhando ênfase entre mulheres, principalmente durante o período gestacional. Em um passado pouco distante, esta prática era proibida para gestantes, devido ao risco de complicações para a mãe e para o feto. Atualmente, a aversão à obesidade e o culto ao corpo, levam a gestante quando possível, ter uma vida mais ativa (SILVA *et al.*, 2016).

Mulheres sedentárias e de baixa renda apresentam um considerável declínio de condicionamento físico durante a gravidez e estão mais susceptíveis a maiores doenças durante e após a gestação. O aumento do peso materno e fetal sobrecarrega a coluna, exigindo assim uma adaptação do sistema músculo esquelético (SILVA *et al.*, 2016).

Essa adaptação é melhor alcançada por gestantes que mantiveram uma atividade física regular antes e durante o período gestacional, além de proporcionar mais disposição para exercer atividades normais. As chamadas lombalgias são queixas comuns das gestantes. O exercício físico melhora a postura materna e contribui para redução da incidência de dores lombares. A falta do mesmo está relacionada ao aumento dessas intercorrências principalmente se estas são anteriores a gravidez (SILVA *et al.*, 2016).

O ganho de peso ideal na gestação é baseado nas recomendações do *Institute of Medicine* e leva em consideração o IMC pré-concepcional da paciente, conforme mostra a tabela 1.

**Quadro 1. Ganho de peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional**

Estado nutricional antes da gestação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Ganho de peso durante a gestação (Kg)	Ganho de peso por semana no 2° e 3° trimestre (Kg)
Baixo peso	<18,5	12,5 – 18	0,5
Peso adequado	18,5-24,9	11 – 16	0,4
Sobrepeso	25,0-29,9	7 – 11,5	0,3

Fonte: BRASIL (2017)

De acordo com a situação nutricional inicial da gestante (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada por trimestre. É importante que na primeira consulta a gestante seja informada sobre o peso que deve ganhar. Pacientes com baixo peso devem ganhar 2,3 kg no primeiro trimestre e 0,5 kg/semana nos segundo e terceiro trimestre (BRASIL, 2016).

Da mesma forma, gestantes com IMC adequado devem ganhar 1,6 kg no primeiro trimestre e 0,4 kg/semana nos segundo e terceiro trimestres. Gestantes com sobrepeso devem ganhar até 0,9 kg no primeiro trimestre e gestantes obesas não necessitam ganhar peso no primeiro trimestre. Já no segundo e terceiro trimestre as gestantes com sobrepeso e obesas devem ganhar até 0,3 kg/semana e 0,2 kg/semana, respectivamente (BRASIL, 2016).

Mulheres que ganham peso dentro dos limites propostos têm menor chance de ter filhos nos extremos de peso para idade gestacional. No entanto, cerca de 2/3 das mulheres ganham mais peso que o recomendado, o que leva a complicações durante a gestação além de contribuir para a retenção de peso pós-parto e, assim, para o desenvolvimento da obesidade e suas complicações ao longo da vida (CRIVELLENTI; ZUCCOLOTTO; SARTORELLI, 2019).

Mulheres obesas apresentam diminuição da fertilidade e a redução do peso em obesas inférteis aumenta a frequência de ovulação e probabilidade de gravidez. Em mulheres obesas a diminuição da fertilidade é decorrente de disfunção ovulatória, marcadamente pela maior prevalência da síndrome dos ovários policísticos (SOP) (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A SOP ocorre pela maior resistência à insulina inerente à obesidade, que leva a acúmulo de andrógenos no microambiente ovariano, o que dificulta a maturação folicular e a ovulação. O tratamento de pacientes portadoras de SOP com metformina aumenta a possibilidade de ovulação, corroborando o conceito de que a resistência à insulina tem importante papel no desenvolvimento da SOP (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em gestantes obesas ocorre um maior risco de abortamento espontâneo. Estudos que analisaram fertilidade após cirurgia bariátrica comprovaram que a perda de peso melhora a fertilidade e a regularidade dos ciclos menstruais na maioria das pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A incidência de Diabetes Mellitus gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população geral. No período gestacional as mulheres, mesmo com peso adequado, apresentam fisiologicamente aumento da resistência à insulina. Nas grávidas obesas essa característica fisiológica ocorre de forma exacerbada, favorecendo o desenvolvimento de DMG (REIS *et al.*, 2014).

A prevalência de DM 2 pré-gestacional também é maior nessa população. Assim, recomenda-se o rastreamento de diabetes nas gestantes obesas já no primeiro trimestre através glicemia de jejum, com o objetivo de detectar pacientes previamente diabéticas não diagnosticadas. Mulheres obesas com antecedente de DMG têm um risco duas vezes maior de desenvolver DM2 no futuro, quando comparadas às magras com o mesmo antecedente (GOMES *et al.*, 2014).

O peso materno é um fator de risco independente para pré-eclampsia, assim evidências comprovam que o risco de pré-eclampsia dobra a cada aumento de 5 a 7 kg/m<sup>2</sup> no IMC pré-gestacional. Gestantes obesas também estão expostas a maior risco de parto pós-termo e infecções do trato urinário durante e gestação. Por outro lado, as obesas têm menor risco de parto pré-termo e anemia (GOMES *et al.*, 2014).

A probabilidade de trabalho de parto prolongado é maior em gestantes obesas provavelmente devido a um menor tônus miometrial. A prevalência de parto operatório também é maior nessas pacientes, independente de complicações pré-natais, tamanho materno ou idade gestacional. Os fatores contribuintes para a maior frequência dessa via de parto são desproporção céfalo-pélvica e distocia por aumento de tecidos moles depositado na pelve materna (SILVA *et al.*, 2019).

O parto cesáreo está sabidamente associado a maior risco de complicações, tais como infecção de ferida, tromboembolismo e endometrite, se comparado ao parto via vaginal. Pela maior prevalência de macrossomia, também há maior risco de distocia de ombro em partos vaginais nessas pacientes, o que pode acarretar lacerações perineais e paralisias do plexo braquial no recém-nascido (REIS *et al.*, 2014).

Comparadas a não obesas, parturientes obesas têm maior risco de hospitalização prolongada e infecção puerperal (independente da via de parto).

Essas pacientes também apresentam maior dificuldade para amamentar e o possível mecanismo que explica esse fato seria uma menor resposta da prolactina à sucção na primeira semana de puerpério (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A macrossomia fetal é a complicação mais frequente em filhos de gestantes obesas. Existe uma associação direta entre IMC e risco de macrossomia, o que é decorrente da resistência à insulina aumentada em grávidas obesas, o que leva à hiperinsulinemia fetal, importante fator para o crescimento intrauterino (TRIUNFO; LANZONE, 2014).

Além disso, a presença de lípases placentárias que clivam triglicerídeos presentes em excesso nas pacientes resistentes à insulina leva a maior aporte de ácidos graxos livres para o feto. Fetos macrossômicos têm mais distocia de ombro e predisposição à obesidade na vida adulta (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Uma maior incidência de anomalias congênitas parece ocorrer em filhos de mulheres obesas, sendo as anomalias mais importantes os defeitos do tubo neural. Isso ocorre porque o excesso de tecido adiposo pode interferir na metabolização dos folatos e, assim, o efeito protetor da suplementação com ácido fólico pode não ser eficiente nessas pacientes (FONSECA *et al.*, 2014).

### **2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito através das políticas públicas vigentes (ANVERSA *et al.*, 2012).

No Brasil, a atenção à saúde materna e a infantil, historicamente, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, com destaque dos cuidados durante a gestação. A partir dos anos 1970, tal política teve um incremento substancial, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, com ampliação da

atenção ao pré-natal, em face ao reconhecido impacto e transcendência que esta produz no estado sanitário da mãe e do feto (SILVA; CECATTI; SERRUJA, 2015).

Assim, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal (COSTA *et al.*, 2018).

Desta forma, é importante mencionar que no Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (BRASIL, 2013).

Uma retrospectiva histórica à primeira metade do século XX, demonstra que a saúde materno-infantil foi marcada pelos avanços na consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos (BRASIL, 2014).

Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal, ou seja, por uma atenção qualificada (MARTINEZ *et al.*, 2016).

Segundo o relatório técnico produzido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a atenção qualificada diz respeito ao processo pelo qual uma mulher e seu bebê recebem a assistência adequada durante o ciclo gravídico puerperal, devendo o provedor de cuidados, contar com condições que facilitem sua atuação nos vários níveis do sistema de saúde, além de apresentar comportamentos, conhecimentos e habilidades que tornem sua prática obstétrica segura e capaz de reduzir a mortalidade materna (LAZARIU *et al.*, 2017).

No intuito de melhorar a assistência à saúde da mulher, através de políticas públicas, surgiu um novo paradigma, concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo MS em

1983 e também a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei (SILVA; CECATTI; SERRUJA, 2015).

As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa (SILVA *et al.*, 2016).

Além dessas medidas, para uma política de acompanhamento da mulher, o Ministério da Saúde, ciente da importância da atenção ao pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo assim critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa (ANVERSA *et al.*, 2012).

Silva *et al.* (2012), também concordam que a garantia do cuidado integral está fundamentada nas políticas de saúde da mulher (PHPN e PAISM) e implementadas nas redes assistenciais de saúde. Na atenção pré-natal, o serviço de saúde deve fornecer as bases do cuidado, mediante o atendimento articulado, humanizado e com resolubilidade das ações.

No entanto, a criação do PHPN serviu para estabelecer um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país, o qual foi resultado da política de enfrentamento às questões ainda sem resolução após vários anos da instituição do PAISM (MARTINEZ *et al.*, 2016).

Segundo Silva, Cecatti e Serruya (2015), até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. O PHPN estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo. No entanto, o Programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação o qual propõe 12 passos: Exploratória; Campo de Observação; Plano de Ação; Hipóteses; Lugar da Teoria; Seminário; Saber Formal e Saber Informal; Tema da Pesquisa; Colocação dos Problemas; Aprendizagem; Coleta de Dados; Divulgação Externa. O planejamento da pesquisa ação é dinâmico e flexível (THIOLLENT, 2007).

A etapa exploratória e a colocação dos problemas consistiram na ausência de ações educativas programadas para a promoção da saúde física e mental de gestantes e puérperas, baixa adesão das consultas de pré-natal, em especial as estrangeiras, pela quantidade elevada de sobrepeso nesse grupo, assim como depressão pós-parto e crises de ansiedade.

Sendo assim, desenvolver uma proposta de intervenção que possa gerar melhorias assistência ao pré-natal é relevante considerando que a universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), ele determina que todos os cidadãos residentes no Brasil têm direito aos serviços de saúde integralmente.

#### **3.2 Local da Pesquisa e Alvo da intervenção**

O campo de observação é a Unidade Básica de Saúde Bairro Bela Vista I do município de Paiçandu-PR. Os atores foram gestantes cadastradas e puérperas/RNs que estavam presentes no momento da execução do projeto de intervenção, brasileiras e estrangeiras. A equipe multiprofissional (enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde) também foram os atores do estudo e alvo de uma capacitação realizada pela médica da equipe.

#### **3.3 Etapas do Plano de Ação**

O plano de ação foi da seguinte maneira: Inicialmente a médica da equipe ficou responsável por realizar uma capacitação (seminário) para os profissionais a respeito da promoção da saúde das gestantes e puérperas. Essa capacitação

ocorreu em dois encontros com a equipe da UBS e do NASF, por um tempo aproximado de duas horas. Foi utilizado o Manual do Ministério da Saúde sobre acompanhamento de pré-natal e puerpério (página 55 a 89). No último encontro da capacitação a médica esclareceu sobre as metas e prazos pretendidos com a intervenção. Nesse dia também foram distribuídas as tarefas de cada membro da equipe.

Outro problema que necessita de intervenção é a ausência de grupos educativos voltados para gestantes e puérperas brasileiras e estrangeiras. No intuito de resolvê-lo serão desenvolvidas quatro palestras (seminários) ou ações educativas, sendo que a primeira foi realizada pela médica, a segunda pela enfermeira no ano de 2020, a terceira será em conjunto entre o psicólogo e nutricionista do NASF e a quarta ação será realizada pela psicóloga por meio de uma roda de conversa durante o ano de 2021.

Cada profissional ficou responsável pelos recursos audiovisuais necessários para o desenvolvimento da sua palestra, bem como pela produção de folders ou outros informativos para a distribuição no momento, e avaliar a melhor maneira de explicar termos técnicos para a plena compreensão das gestantes e puérperas (Saber formal e Informal). Foi mantido como rotina a realização de grupos educativos de no mínimo 30 min. Esses grupos foram realizados antes das consultas, no intuito de otimizar o tempo dessas mulheres.

Em continuidade das ações propostas foi organizado consultas por meio de visitas domiciliares as puérperas e aos RN em período oportuno (7 a 10 dias pós-parto). Os ACS foram imprescindíveis para o alcance desse objetivo, pois eles informavam a enfermeira sobre o parto das gestantes de suas áreas e de marcar a visita domiciliar na agenda da enfermeira.

Outro objetivo proposto foi a padronização da assistência, pois havia ausência de padronização no acompanhamento odontológico e a necessidade de melhorias no acolhimento a essas gestantes de acordo com as determinações do Ministério da Saúde. Desta forma, para melhorar a qualidade da assistência oferecida para mulheres no pré-natal ou no puerpério, durante as consultas médicas e de enfermagem as gestantes e puérperas receberam avaliação clínica completa e anamnese, sendo que todas as informações pertinentes serão anotadas no cartão de acompanhamento do pré-natal e puerpério, assim como nos seus prontuários.

A enfermeira realizará o controle das gestantes e puérperas que faltarem as consultas programadas, para que os seus nomes sejam repassados aos ACS, os quais irão realizar busca ativa e estimulá-las a manter a regularidade das consultas e início precoce ao pré-natal bem como as visitas domiciliares até o décimo dia pós-parto. Esses dois profissionais também irão avaliar a parte física e mental destas gestantes e puérperas caso seja identificada alguma alteração as mesmas serão encaminhadas para o atendimento com o psicólogo e/ou nutricionista do NASF.

Desde a recepção até a equipe multiprofissional estimulados em relação ao desenvolvimento de um colhimento humanizado e empático. Após as consultas médicas e de enfermagem todas as gestantes e puérperas serão referenciadas e agendadas para a avaliação odontológica. Por fim, a enfermeira ficará responsável por monitorar e avaliar as ações programadas e deveremos em conjunto avaliar e estabelecer estratégias para incorporação das ações que garantam o bem-estar materno-fetal (Aprendizagem).

Desta forma, o quadro 01 mostra as diferentes situações problemas para o acompanhamento de gestantes e puérperas, bem como os objetivos, as metas e os prazos, as ações e estratégias e os responsáveis por executá-las.

**Quadro 1: síntese das ações programadas.**

<b>SITUAÇÃO PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESP.</b>
Ausência de padronização da assistência voltada a gestantes e puérperas, assim como ausência de grupos educativos voltado a esse público.	Capacitar a equipe multiprofissional para a assistência ao pré-natal e puerpério.	Realizar uma capacitação para 100% da equipe multiprofissional e equipe do NASF/ Duas semanas. Explicar todas as etapas da intervenção e incentivar a participação de todos/ Duas semanas	A médica da equipe ficou responsável por realizar uma capacitação para os profissionais a respeito da saúde das gestantes e puérperas.	1-Médica
	Criar um grupo multiprofissional permanente voltado a gestantes e puérperas que incluam também mulheres estrangeiras;	Realizar 4 grupos educativos com temáticas voltadas à saúde física e mental de gestantes e puérperas com a participação de 90% desse público/ 3 meses	Foram desenvolvidas 4 palestras ou ações educativas.	1-Médica; 2-Enfermeira 3-Equipe do NASF: nutricionista, educador físico e psicólogo

	Organizar consultas por meio de visitas domiciliares as puérperas e aos RN em período oportuno (7 a 10 dias pós-parto);	100% das puérperas terão visitas domiciliares realizadas pela médica e enfermeira da equipe.	Os ACS avisavam a respeito das gestantes que tiveram seus partos realizados e agendavam as visitas na agenda da enfermeira	1-Médica; 2-Enfermeira 3--ACS
	Padronizar a assistência as gestantes e puérperas	<p>1-Padronizar 100% da assistência por meio das consultas médicas e de enfermagem/ 3 meses</p> <p>2-Realizar avaliação física e mental de 100% das gestantes e puérperas durante as consultas médicas e de enfermagem/ 3 meses</p> <p>3-Melhorar o acolhimento a 100% delas/ 3 meses</p> <p>4-Realizar avaliação e tratamento odontológico de 90% das gestantes e puérperas.</p> <p>5-Melhorar as anotações nos prontuários a 100% delas.</p> <p>6-Realizar busca ativa de 100% delas faltosas as consultas.</p> <p>7-100% das puérperas e RN receberam visita domiciliar pela médica e enfermeira da equipe em tempo oportuno (7 a 10 dias pós-parto) e uma segunda consulta em até 30 dias.</p>	<p>Durante as consultas médicas e de enfermagem as gestantes e puérperas receberam avaliação clínica completa e anamnese, assim como orientações e todas as informações pertinentes foram anotadas no cartão do pré-natal e puerpério e nos prontuários das mesmas.</p> <p>Os ACS ficaram responsáveis por avisar a equipe sobre as mulheres que tiveram o parto, para com isso agendar consulta médica e de enfermagem por meio da visita domiciliar</p>	1-Médica; 2-Enfermeira 3-Dentista 4-ACS

#### 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

A capacitação ocorreu por meio de seminário, que foi realizado no dia 13 e 20 de novembro de 2020, em que toda equipe multiprofissional da UBS e a psicóloga e educadora física do NASF estavam presente. Ocorreu em forma de diálogo por meio de exposição de uma aula no retroprojeto e vídeos informativos. A equipe se mostrou bastante participativa e elogiaram a iniciativa desta capacitação. Neste mesmo dia foram apresentados os objetivos desta intervenção e a responsabilidade de cada um no seguimento.

A APS configura-se como espaço estratégico para um pré-natal de baixo risco e de qualidade, em que competência da equipe de saúde deve ser garantida por constantes cursos de capacitação e aprimoramento profissional, englobando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o tratamento de agravos ocorridos durante o período gestacional até o período puerperal e os cuidados com a criança (AMORIM, 2019).

Nesse cenário, a atuação compartilhada entre os profissionais da saúde possibilita diferentes olhares sobre as práticas no acompanhamento pré-natal, garantindo uma atenção integral e aumentando o potencial de resolutividade (GUIMARÃES et al., 2019).

Também foi formulado um cronograma das ações educativas, sendo organizado da seguinte forma: dia 26/11/2020 (1ª ação educativa) que foi de responsabilidade da médica da UBS; 10/12/2020 (2ª ação educativa) que foi de responsabilidade da enfermeira da UBS; 14/01/2021 (3ª ação educativa) que foi de responsabilidade do psicólogo do NASF; 11/02/2021 (4ª ação educativa) em que o educador físico do NASF foi o responsável.

Em virtude da pandemia foi aproveitado o dia de consulta do pré-natal e puerpério para a realização dessas ações educativas, para que não houvesse aglomeração. Em ambas as ações educativas foram utilizados o retroprojeto da Secretaria de Saúde do município, pois com isso as ilustrações e a palestra ficou mais didática, não foi necessário microfone. Todas as participantes elogiaram a ação, perguntaram quando tinham dúvidas e incentivaram a realização de mais ações nesse seguimento.

Em ambas as palestras foram disponibilizados momentos de falas entre as

participantes, em que poderiam trocar experiências e aprimorar ainda mais seus conhecimentos.

Um importante aspecto da assistência materna é o apoio à gestante para capacidade de adquirir, desenvolver e manter a resiliência e estratégias de enfrentamento para promoção da saúde e bem-estar. Ser resiliente contribui para gestante desenvolver estratégias de enfrentamento, lidar com a ansiedade e estresse, reduzir o medo associado ao parto e ajudá-las a manter saúde e bem-estar ao longo da maternidade (STEEN *et al.*, 2015).

É importante esclarecer que, durante as consultas médicas e de enfermagem já foram incorporadas as orientações para a promoção da saúde física e mental destas gestantes e puérperas, sempre buscando avaliar a necessidade de acompanhamento nutricional, psicológico e até mesmo psiquiátrico. Além disso, faz parte da rotina dos ACS marcar as visitas domiciliares as puérperas na agenda da enfermeira.

Há um consenso geral na literatura científica de que a execução de um estilo de vida saudável e um programa de exercícios físicos regulares proporciona benefícios durante o período gestacional. Dentre estes benefícios podemos citar o controle do peso, redução de parto prematuro, edema e fadiga, melhora da função cardiovascular, estabilidade da frequência cardíaca e pressão arterial e fortalecimento da musculatura pélvica (SILVA *et al.*, 2016).

O ganho de peso gestacional é uma das principais mudanças que ocorrem ao longo da gravidez. Distribuem-se, desde a concepção até o termo, entre vários componentes, tais como: feto, placenta, líquido amniótico e sangue materno, além do aumento uterino e da glândula mamária, cada qual modificado gradativamente ao longo da evolução da gestação (GUIMARÃES *et al.*, 2019). A identificação precoce de possíveis fatores de risco modificáveis associados ao ganho de peso inadequado durante a gestação é indispensável para permitir intervenções oportunas e eficazes, que podem reverter ou amenizar desfechos gestacionais desfavoráveis (GOMES *et al.*, 2014).

Desta forma, o ideal é que a futura mãe já tenha cuidados com a alimentação anteriores à gestação, ou seja, condição nutricional pré-gestacional adequada, pois a gestação pode atuar como desencadeante da obesidade, ou como agravante, quando aquela for pré-existente. Orientação nutricional é parte fundamental. A mulher deve manter hábitos alimentares saudáveis, seguir uma ingestão calórica

apropriada, evitando alimentos ricos em gordura e açúcares e praticar, se possível, atividade física (GOMES *et al.*, 2014).

Assim, o ideal é que a gestante seja encaminhada ainda no primeiro trimestre da gestação para atendimento e acompanhamento com o nutricionista. Durante a gestação deve ser realizado monitoramento do seu ganho ponderal por meio de intervenções nutricionais precoces e eficazes, com orientação individualizada, contribuindo, dessa forma, para o resultado obstétrico mais favorável, reduzindo a morbidade materna e fetal (SILVA; MACEDO, 2014).

Em cada grupo esteve presente três estrangeiras e para facilitar a compreensão das orientações referente a temática abordada (saber formal e informal), foi solicitada a presença de um profissional fluente no idioma delas. Essa pessoa foi disponibilizada pela Secretaria de Saúde do município a pedido da médica da equipe.

Segundo o Ministério da Saúde, toda a mulheres gestante e puérpera em solo brasileiro tem o direito a assistência à saúde no pré-natal e puerpério, levando em consideração suas especificidades culturais, psicossociais e biológicas (BRASIL, 2017). Segundo Kobetz *et al.* (2018) as maiores dificuldades de acesso à saúde enfrentadas por mulheres imigrantes haitianas nos serviços de saúde em Miami eram referentes aos obstáculos estruturais, ou seja, problemas financeiros com relação aos custos do tratamento, problemas (ou irregularidades) no status do imigrante, dificuldade de comunicação (linguagem) e falta de informação quanto as questões de saúde e seus direitos.

Mascaro (2014) por sua vez, descreveu as dificuldades de um serviço de saúde em São Paulo em desenvolver ações que facilitem o acesso de mulheres migrantes bolivianas. Além da barreira da língua e as diferenças culturais, foram elencados como complicadores no estabelecimento de vínculo com essas mulheres: os horários de atendimento do serviço, a discriminação por parte dos profissionais, a iniquidade de gênero e a violência doméstica.

Nesse sentido, a equipe buscou estratégias de superação e acolhimento a fim de ultrapassar essas barreiras e oferecer um atendimento de qualidade, pois um cuidado essencial a essas mulheres imigrantes refere-se à assistência pré-natal, pois já é reconhecido na literatura que diversos fatores influenciam na assistência e condições de saúde materna e neonatal, dentre eles: idade materna, escolaridade da mãe, número de gestações anteriores, quantidade de filhos e tipo de parto.

Cabe lembrar que entre imigrantes existem outros fatores envolvidos na assistência à saúde da mulher e da criança, tais como a barreira linguística, a discriminação e a irregularidade na documentação, que indicam uma inequidade no acesso ao serviço de saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Fica evidente o quanto a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade durante a gravidez gera resultados negativos, adversos à saúde da gestante e do seu filho, assim como transtornos mentais nessa população são cada vez mais frequentes. Além disso, muitas mulheres estrangeiras estão engravidando sem o devido planejamento familiar ou acompanhamento adequado de sua gestação.

Sendo assim, é necessário fortalecer as ações em saúde nas UBS para promover ações educativas que busquem reduzir os índices de problemas relacionados à obesidade, sobrepeso e transtornos mentais em gestantes e puérperas para com isso proporcionar maior qualidade de vida da mãe e de seu filho, orientando-as sobre uma alimentação saudável e prática de atividade física, entre outras medidas. Assim como ações de planejamento familiar que incluam as mulheres estrangeiras.

Articular estratégias de intervenção para uma situação problema como a saúde física e mental na gestação e no puerpério é uma tarefa complexa, porém com ganhos significativos a todos os atores envolvidos no processo. Esses ganhos podem ser diretamente para a equipe multiprofissional e para as pacientes, pois irão otimizar a qualidade da assistência oferecida.

### **5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Espera-se que novos trabalhos interventivos possam contribuir para o planejamento de uma assistência com qualidade e orientação de condutas voltadas a humanização e integralidade das ações de alimentação e nutrição no pré-natal e no puerpério, baseadas no estabelecimento de diálogos horizontais entre profissionais e usuárias e em fluxos de referência para acompanhamento nutricional ou psiquiátrico de gestantes e puérperas assistidas pela Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, A. Fr. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.32, n.4, p. 23-33, jul-ago. 2019.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017:** aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

COSTA, D. L. et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 691-700, set. 2018.

CRIVELLENTI, L. C.; ZUCCOLOTTO, D. C. C.; SARTORELLI, D. S. Associação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 19, n. 2, p., jun. 2019.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública,** São Paulo, v. 33, n. 7, p. 32-41, set. 2017.

FONSECA, C. R. B. et al. Adequacy of antenatal care and its relationship with low birth weight in Botucatu, São Paulo, Brazil: a case-control study. **BMC Pregnancy and Childbirth,** v. 14, n. 2, p. 255-61, set. 2014.

GOMES, R. N. S. et al. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. **RevInterd.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 81-90, set. 2014.

GUIMARÃES, F. et al., Adoecimento mental em gestantes. **Enfermería Global.** São Paulo, v. 12, n. 53, p. 511-21, mai. 2019.

LAZARIU, V. et al. Severe maternal morbidity: A population-based study of an expanded measure and associated factors. **Published online**, v. 7, n. p. ago. 2017.

MARTINEZ, G. et al. Effects of exercisebased interventions on neonatal outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Health Promot.**v. 30, n. 4, p. 214-23, mai. 2016.

MASCARO, L. D. M. **Imigrantes bolivianos**: abordagem de direitos humanos ao direito ao desenvolvimento. Direitos, Instituições e Circularidades. São Paulo: USP/UFABC; 2014.

MCKELLAR, L.; STEEN, M.; LORENSUHEWA, N. Capture my mood: a feasibility study to develop a visual scale for women to self-monitor their mental wellbeing following birth. **Evid Based Midwifery**. v. 15, n. 2, p. 54-9, set. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELENCE (NICE). **Antenatal and postnatal mental health**: clinical management and service guidance (clinical guideline CG192). London: NICE; 2014. Disponível em: <from: nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0598>. Acesso em: 23 ago. 2020.

OLIVEIRA, A. C. M. et al. Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 7, p. 2373-382, mai. 2018.

REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e fetais. **Rev Bras Ginecol Obstetr**. v. 36, n. 2, p. 65-71, set. 2014.

SILVA, D. G.; MACEDO, N. B. Associação entre o ganho de peso e a gestação e o prognóstico da gestação. **Sci Med**. v. 24, n. 3, p. 229-36, set. 2014.

SILVA, L. O. et al. Ganho de peso adequado versus inadequado e fatores socioeconômicos de gestantes acompanhadas na atenção básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 19, n.1, jan./mar. 2019

SILVA, S. G. et al. Leisure-time physical activity in pregnancy and maternal-child health: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and cohort studies. **Sports Med** 2016 Jun 9.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 103-05, mar. 2015.

S O'CONNOR, E. et al. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**. v. 315, n. 4, p. 388-406, set. 2016.

STEEN, M.; STEEN, S. Striving for better maternal mental health. **Pract Midwife**. v. 17, n. 3, p. 11-4, set. 2014.

STEEN, M. et al. Pre- and post-survey findings from the Mind 'Building resilience programme for better mental health: pregnant women and new mothers'. **Evid Based Midwifery**. v. 13, n. 3, p. 92-9, set. 2015.

KOBETZ, E. et al.. Barriers to Breast Cancer Screening Among Haitian Immigrant Women in Little Haiti, Miami. **J Immigr Minor Health**. v. 12, n. 4, p. 520-26, set. 2018.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa – ação. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2007.  
TRIUNFO, S.; LANZONE, A. Impact of overweight and obesity on obstetric outcomes. **J Endocrinol Invest**. v. 37, n. 4, p. 323-29, mai. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report**. People with mental disabilities cannot be forgotten. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017en/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.