FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PATRICIA LAILA PARENTE SILVA

ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ - NATAL DE BAIXO RISCO

Além Paraíba

2020

PATRICIA LAILA PARENTE SILVA

ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ- NATAL DE BAIXO RISCO

Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba (FEAP), como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires

Além Paraíba

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, Patrícia Laila Parente.

Atenção básica ao pré-natal de baixo risco/ Patrícia Laila Parente Silva. Além Paraíba: FAC–SAÚDE ARTHE, Graduação, 2020.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Fundação Educacional de Além Paraíba, FAC-SAÚDE ARTHE, 2020.

Orientação: Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires

1. Pré-natal. 2. Baixo risco

I. Pires, Flávio Eduardo Coelho. (Orient.) II. Fundação Educacional de Além Paraíba, Bacharel em Enfermagem. III. Título.

Patricia Laila Parente Silva

ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba (FEAP), como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovada pela seguinte banca examinadora:

_____

Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires (Orientador)

Fundação Educacional de Além Paraíba

_____

Douglas

Fundação Educacional de Além Paraíba

_____

Prof. Convidado

Prof. Gleidson

Além Paraíba

(Data da apresentação do aluno)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por tudo. E, não poderia deixar de deixar aqui, minha demonstração de amor à minha família, que através do amor dedicado e do incentivo me ajudaram a concluir mais uma etapa importante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao Orientador, Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires, pela sua dedicação e apoio, construindo juntos essa magnifica pesquisa tomada de simplicidade e importância cientifica na produção da saúde das pessoas.

Ao corpo docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, pelas contribuições acadêmicas.

A Fundação Educação de Além Paraíba, mantenedora do Curso de Bacharelado em Enfermagem, pela oportunidade.

"A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais" (BARBOSA et al., 2004).

RESUMO

SILVA, Patrícia Laila Parente. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série. O presente trabalho vem apresentar o ajustamento do trabalho de atendimento em enfermagem para melhor ainda mais estes índices de mortalidade materno infantil o investimento no programa básico de saúde o pré-natal de baixo risco.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica, Pré-natal, Baixo risco.

ABSTRACT

SILVA, Patrícia Laila Parente. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

Brazil has recorded a reduction in maternal mortality since 1990. In that year, the corrected maternal mortality ratio (RMM) was 140 deaths per 100 thousand live births (LB), while in 2007 it declined to 75 deaths per 100 thousand LB, which represents a decrease of approximately half. The improvement in the investigation of the deaths of women of childbearing age (10 to 49 years of age), which allows for a greater record of maternal deaths, possibly contributed to the stability of MRI observed in the last years of the series. The present work presents a solution to improve these infant mortality rates, the investment in the basic low risk prenatal health program.

KEYWORDS: newborn, low risk

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....11
DESENVOLVIMENTO. 13
1 ATENÇÃO BÁSICA..... 13
1.1 O PRÉ-NATAL. 13
1.1.1 AVALIAÇÕES PRÉ-CONCEPCIONAL 13
1.2 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL 17
1.2.1 O ACOLHIMENTO..... 19
1.2.2 CONDIÇÕES BÁSICAS PARA A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL..... 21
2 O PAPEL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA NO PRÉ-NATAL..... 26
2.1 ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS 27
2.1.1 AGENTE COMUNOTÁRIO DE SAÚDE 27
2.1.2 AUXILIAR/TRECNICO(A) DE ENFERMAGEM..... 27
2.1.3 ENFERMEIRO(A)..... 28
2.1.4 MÉDICO(A). 28
2.1.5 CIRURGIÃO DENTISTA.....29
3 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ-NATAL 31
3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....31
3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL. 36
3.3 FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO..... 37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....39
REFERÊNCIAS.....40

INTRODUÇÃO

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios.

A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007. O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Esta relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000 e 3,2 vezes em 2007 (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

No período de 1990 a 2007, houve redução em todas as principais causas de morte materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério, 50,7%. Mas ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007, a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2016, p. 93). A gravidez na adolescência constitui um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do País (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Tendo como hipótese sustentar a importância dos cuidados paliativos com proposta de cuidado mais humanizado para o paciente, bem como aos familiares, envolto do respeito e solidariedade (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

DESENVOLVIMENTO

Capítulo 1 - ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (Https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica).

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBS (https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica).

A atenção básica também envolve outras iniciativas, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades (https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica).

1.1 O PRÉ-NATAL

1.1.1 Avaliação pré-concepcional

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a

aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Faz-se necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais DST) nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas. A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida lei, o planejamento familiar é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).
A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil na medida em que, diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados, diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária, diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais, aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados e possibilita planejar a gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados, e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados. Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e

hemorragias e malformações congênitas (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos) (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Podem ser instituídas ações específicas quanto aos hábitos e ao estilo de vida, como, orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis, orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas, orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto, avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais, administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção), orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Em relação à prevenção e às ações que devem ser tomadas quanto às infecções e a outras doenças crônicas, são consideradas eficazes as investigações para a Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação, para a Toxoplasmose: deve-se oferecer o teste no pré-natal assim como o de HIV/Aids que devesse oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós teste. Em caso de teste negativo, deve-se orientar a paciente para os cuidados preventivos. Já em casos positivos, deve se prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado. Em casos de Sífilis positivos, deve-se tratar as mulheres e seus parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Para as demais DST, nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção. Deve-se também sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra

e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica. É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids. A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como o Diabetes mellitus no controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto nos casos de diabetes pré-gravídico como nos episódios de diabetes gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação propicia comprovadamente melhores resultados maternos e perinatais. A Hipertensão arterial crônica na adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer um bom prognóstico em gestação futura. Para a Epilepsia a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico (por exemplo, a carbamazepina) tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção tem evidenciado, da mesma forma, redução no risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato. Nas infecções pela hepatite B ou C e pelo HIV a orientação pré-concepcional para o casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade), a redução da carga viral no sangue de HIV circulante para níveis indetectáveis e ausência de DST e infecções no trato genital. Esses cuidados incluem uma abordagem ativa sobre o desejo da maternidade nas consultas de rotina, o aconselhamento reprodutivo e o oferecimento de todas as estratégias que auxiliem a gravidez com menor risco de transmissão do HIV. Nas ações de prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, deve-se incluir o uso de antirretrovirais na gestação, o uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, assim como a disponibilização da fórmula láctea, a fim de permitir circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança. A doença falciforme no período de gestação está associada com um aumento de complicações clínicas materno-fetais, independentemente do tipo de hemoglobinopatia. A gravidez pode agravar a doença, com a piora da anemia e o aumento da frequência e da gravidade das crises álgicas e das infecções. A avaliação pré-concepcional também tem sido muito eficiente em outras situações, como nos casos de anemias, carcinomas de colo uterino e de mama (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

1.2 A IMPORTANCIA DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41º semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária. Neste sentido, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações, integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas

equipes, integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos, ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extras setoriais dentro de seu território de atuação. Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Isso se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais e a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas). Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Por exemplo: definição do local onde serão realizados os diversos exames complementares, solicitados conforme avaliação da equipe e de acordo com os protocolos clínicos locais; qual será o hospital de referência para a realização do parto das gestantes dessa localidade e para o encaminhamento das urgências/ emergências obstétricas e intercorrências clínicas/obstétricas; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Em situações de urgência/emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pode ser solicitado e deve atender às necessidades das gestantes e dos recém-natos de

nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de centrais de regulação médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação ou até deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI, inclusive equipamentos para atendimento ao neonato, a depender da necessidade de cada caso (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Estados e municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se os seguintes elementos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica, primeiro iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce), Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, que toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal, promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes", garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário, é direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)", garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário, estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto", toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação) além de conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

1.2.1 O Acolhimento

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. A história de vida e o contexto de gestação trazidos pela mulher durante a gravidez devem ser acolhidos integralmente a partir do seu relato e da fala de seu parceiro. Tal contexto implica mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança. Além disso, gera mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação. É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O (a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo (a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. O benefício da presença do (a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos nacionais e internacionais evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Também houve redução do uso de medicações para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas. Alguns estudos sugerem, inclusive, a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto. Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas que são tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou a necessidade de esclarecimentos. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis. Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete as pessoas à condição de poder ou não gerar um filho, seja para um homem, seja para uma mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida, o que, por isso, exige grande esforço para ele compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), mediante atitudes profissionais humanizadoras, que compreendem iniciativas tais como as de: se apresentar; chamar os (as) usuários (as) pelo nome; prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; garantir a privacidade e a confidencialidade das informações e incentivar a presença do (a) acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes. De igual forma, o acolhimento também se mostra: na reorganização do processo de trabalho; na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; na postura profissional; e no vínculo com a mulher gestante e sua família, o que facilita, assim, o acesso dela aos serviços de saúde. O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário (a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

1.2.2 Condições Básicas Para A Assistência Pré-Natal

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir uma discussão permanente com a população da área (em especial com as mulheres) sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias, identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de que as mulheres realizem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção, acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde, realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante, classificar o risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica, acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana, quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo. Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal, Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea, realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados, Imunização antitetânica e para hepatite B, oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação), diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama, avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação, atenção à adolescente conforme suas especificidades, realização de práticas educativas, abordando principalmente o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida, a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto, os cuidados com o recém-nascido, a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar, os direitos da gestante e do pai, os riscos do tabagismo, do uso de álcool

e de outras drogas e o uso de medicações na gestação. Tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias como a identificação do risco de abandono da amamentação e encaminhamento da gestante aos grupos de apoio ao aleitamento materno e/ou ao banco de leite humano (BLH) de referência, oferta de atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência, seja esta de qualquer tipo (doméstica, física, sexual, psicológica etc.), seja àquela em risco de depressão pós-parto, referenciando-a para equipes especializadas e/ou encaminhamento para serviços específicos, conforme fluxograma local, visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários, busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto, sistema eficiente de referência e contrarreferência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um diferente serviço de saúde deverá levar consigo o Cartão da Gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e os dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, que está de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento, vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local, além do registro do nome do hospital ou da maternidade ou da casa de parto ou das residências de parto domiciliar no Cartão da Gestante. Deve-se informar à gestante a possibilidade de realizar uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto e, caso seja de seu interesse, agendar a visita por volta do sexto mês de gestação. Toda gestante deve ser orientada a procurar o referido serviço quando apresentar intercorrências clínicas/obstétricas ou quando estiver em trabalho de parto, vinculação à central de regulação obstétrica e neonatal, quando existente, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente, transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado (Samu), mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário, atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas, registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPreNatal, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar, atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal

(até o 42º dia após o parto) (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário haver recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social e segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos, equipamento e instrumental mínimo, devendo ser garantida a existência de mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; mesa de exame ginecológico; escada de dois degraus; foco de luz; balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg; esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica flexível e inelástica; espéculos; pinças de Cheron; material para realização do exame colpocitológico; sonar doppler (se possível) e gestograma ou disco obstétrico além de medicamentos básicos e vacinas (contra tétano e hepatite B), realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina teste rápido de gravidez, teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR), teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II, proteinúria (teste rápido), dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, teste de Coombs, glicemia em jejum, teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 (duas) horas (dextrosol), exame sumário de urina (tipo I), urocultura com antibiograma, exame parasitológico de fezes, colpocitologia oncótica, bacterioscopia do conteúdo vaginal; eletroforese de hemoglobina. Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio. O fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contrarreferência, deve ser garantido. Para tanto, devem ser utilizados e realizados os seguintes instrumentos e procedimentos como o Cartão da Gestante que é um instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e a contrarreferência. Deverá ficar, sempre, com a gestante. Mapa de Registro Diário é um instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada. Ficha Perinatal um instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério, avaliação permanente da assistência pré-natal visando procedimento com foco na identificação dos

problemas de saúde da população-alvo, bem como no desempenho do serviço. Deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de saúde, nos relatórios obtidos por intermédio do SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os indicadores de distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º), por porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto), porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas, porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas, porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos, indicadores de crianças com tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos vivos, número de recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) em relação ao total de recém-nascidos vivos, resultados de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados, porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após o encaminhamento. (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

O novo sistema SisPreNatal web tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma web, o que torna possível a avaliação dos indicadores pelo Ministério da saúde e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011.

Além disso, o preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SisPreNatal possibilita: a vinculação da gestante ao local do parto; o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco, o acompanhamento odontológico, o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno, o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; o monitoramento da efetividade da presença do(a) acompanhante; e o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita (BRASIL,2016, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica).

CAPITULO 2 - O PAPEL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA NO PRÉ-NATAL

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos. Não podemos esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

Alguns estudos apresentaram comparações entre desfechos no acompanhamento do pré-natal de médicos generalistas e gineco-obstetras. Uma revisão sistemática desenvolvida pelo grupo

Cochrane Database (VILLAR; KHAN-NEELOFUR, 2003) estudou o acompanhamento de 3.041 gestantes e nenhuma diferença estatística foi encontrada nos desfechos de trabalho de parto prematuro, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal. Contudo, ao se comparar o grupo acompanhado por médicos generalistas e parteiras, constatou-se que houve uma redução significativa de DHEG (doença hipertensiva específica na gestação) para o primeiro grupo. Não houve diferença de satisfação dos usuários nos diferentes grupos (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

Sendo assim, nesta metanálise comprovou-se que não houve aumento nos desfechos adversos perinatais naquelas pacientes acompanhadas por médicos generalistas ou enfermeiro (associadas a médicos generalistas) quando comparados com gineco-obstetras em pré-natal de baixo risco (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

2.1- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

2.1.1 Agente Comunitário De Saúde:

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários; Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes; Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante; Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas; Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar. Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário, realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

2.1.2 Auxiliar/Técnico (a) De Enfermagem:

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal; Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante; Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante; Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico); Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B; Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera); Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente; Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário; orientar a gestante sobre a periodicidade das

consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

2.1.3 Enfermeiro (a):

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a); solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; Realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

2.1.4 Médico (a):

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) enfermeiro (a); solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico); Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Avaliar e tratar as

gestantes que apresentam sinais de alarme; Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário; Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência; Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; Realizar testes rápidos; Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar. (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

2.1.5 Cirurgião-dentista:

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal); Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco; Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido; Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez; Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez; Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez; Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez; Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário; Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período; Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal; Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência; Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico; Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;

Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança; Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal (BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019).

CAPÍTOLO 3 - CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ-NATAL

3.1- CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez – período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente – é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Outras atribuições são também a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

As atividades da (o) parteira (o) são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável, embora seja também um teste caro. Alguns testes urinários têm baixa taxa de resultados falsos positivos, mas elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (ßHCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O ßHCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico, que, além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça–nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15ª semana, a estimativa de idade gestacional será feita pela medida do diâmetro biparietal. Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (CROWTHER et al.,

2015). Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas. As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais. Sinais de presunção de gravidez o atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência), modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal). Os sinais de probabilidade pode ser o amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume, paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais), positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização. Os sinais de certeza ao atender uma possível gestante que deve ser investigado como a presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas, percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas), ultrassonografia o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais. Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas (mensalmente, se possível), visitas domiciliares e grupos educativos. Deverão ser fornecidos o Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este o calendário de vacinas e suas orientações, a solicitação dos exames de rotina, as orientações sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares). É importante enfatizar que duas informações essenciais que devem constar explicitamente no Cartão da Gestante são as relacionadas ao nome do hospital de referência para o parto e as relativas às intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou

da maternidade de referência, isso também deve estar escrito no cartão. Esta informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento na respectiva unidade de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma, até 28ª semana – mensalmente, da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente, da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados como a data precisa da última menstruação, regularidade dos ciclos, uso de anticoncepcionais, paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas, detalhes de gestações prévias, hospitalizações anteriores, uso de medicações, história prévia de doença sexualmente transmissível; (x) exposição ambiental ou ocupacional de risco, reações alérgicas, história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações, gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos, atividade

sexual, uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas, história infecciosa prévia, vacinações prévias, história de violências. Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas. É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardiofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional. No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler. Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana. Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a interpretação dos dados e a comparação entre eles. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, a fim de garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos (BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2016).

3.2- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, consequentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica. Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os

agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

3.3- FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal. São alguns fatores relacionados às condições prévias como patologias relacionadas a cardiopatias, pneumopatias graves (incluindo asma brônquica), nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados), endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo), Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); Doenças neurológicas (como epilepsia); Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); Doenças autoimunes (lúpus eritematosos sistêmicos, outras colagenoses); Alterações genéticas maternas; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Hanseníase; Tuberculose; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior: Morte

intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causas desconhecida; História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI); Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual: Restrição do crescimento intrauterino; Polidrâmnio ou oligoidrâmnio; Gemelaridade; Malformações fetais ou arritmia fetal; Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação); Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; Evidência laboratorial de proteinúria; Diabetes mellitus gestacional; Desnutrição materna severa; Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional); NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Birads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com este princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada) e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais. A atenção básica através de suas equipes de saúde da família atua ativamente no pré-natal e nas consultas de puerpério, tendo papel importante no cuidado integral à gestante, à dupla mãe-bebê e para a inserção do pai (ou companheiro) e da família nessa atenção.

Considerando esse trabalho como uma revisão das normas técnicas de atendimento básico a gestante no pré-natal fica visível que a manutenção dos atendimentos mais primários são sinais significativos para a manutenção da saúde da mulher da criança, da família e da comunidade, assim diminuindo os índices de mortalidade infantil e materno infantil principalmente nas classes de baixa renda e que sofrem com mais vulnerabilidades sociais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E. Estreptococo do grupo B: rastrear ou não rastrear no Brasil? Eis a questão. RBGO, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 165-167, 2015.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (AAP). Periodontal (gum) diseases. Disponível em: <http://www.perio.org/consumer/2a. html>. Acesso em: ago. 2017.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS PREVENTION AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS (ADA). Women's oral health issues. American Dental Association, 2016. Disponível em: <http://www.ada.org/prof/resources/topics/healthcare_ womens.pdf>. Acesso em: ago.2019.

ANDRADE, L. H. S. G. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. Psiquiatr. Clín. São Paulo, v. 33, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200003&lng=en &nr m=iso>. Acesso em: 29 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, Diário Oficial [da] União, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, Diário Oficial [da] União, 8 abr. 2015, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília,2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna: relatório final. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Parte I: gestação, parto e puerpério. In:_____. Acompanhando a saúde da mulher. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de drogas. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. Manual de vacinação. Brasília, 2016. (Série A. Normas e manuais técnicos, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 4. ed. Brasília,

2014a. 2 volumes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção básica à saúde da mulher 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 3. ed.Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas de vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Nota técnica mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento.

Brasília, 2017.