

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALINE PEREIRA DA SILVA

**PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL
DE RISCO HABITUAL**

GOIÂNIA

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NÁ BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: ALINE PEREIRA DA SILVA

Título do trabalho: PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Aline Pereira da Silva
Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Claci F. W. Rosa
Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 26 / 04 / 18

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente,
- Submissão de artigo em revista científica,
- Publicação como capítulo de livro,
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

ALINE PEREIRA DA SILVA

**PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL
DE RISCO HABITUAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistema e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Claci Fátima Weirich Rosso.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Nilza Alves Marques Almeida

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Pereira da Silva, Aline
PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL
DE RISCO HABITUAL [manuscrito] / Aline Pereira da Silva. - 2018.
cxv, 115 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso; co orientadora Dra. Nilza Alves Marques Almeida.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, abreviaturas.

1. Cuidado pré-natal. 2. Protocolos. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Prenatal Care. 5. Primary Health Care. I. Fátima Weirich Rosso, Claci , orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

Aos 03 dias do mês de abril de 2018, às 14h, no Miniauditório da Faculdade de Enfermagem/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Claci Fátima Weirich Rosso (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Maria Eliane Liégio Matão (Membro Externo) e Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "**Protocolo Multidisciplinar de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual**", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Aline Pereira da Silva**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestrande. Terminada a exposição da mestrande e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 16:00 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso
Presidente e Orientadora / UFG

Profa. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno

Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão
Membro Externo

DEDICATÓRIA

*Dedico essa dissertação a Deus e ao
Imaculado Coração de Maria;
Aos meus pais Iraci e Benedito;
À minha irmã Luciana;
Ao meu cunhado Ednelson;
À minha sobrinha e afilhada Isabela Maria;
Ao meu amor Jackson Júnior;
Amo muito vocês!*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, meu criador, por sua infinita bondade e misericórdia, que me abençoou com a realização de mais um sonho e me concedeu sabedoria, paciência, saúde e perseverança para tornar meu sonho de ser mestra em realidade. Dedico a vós, tudo que tenho e sou.

À **Maria**, nossa Mãe Santíssima, por sua intercessão em todos os momentos da minha vida. E na certeza de um olhar materno eu me consagrei **ao Imaculado Coração de Maria**. Gratidão infinita por todas as graças alcançadas.

À minha orientadora, **Profª Drª Claci Fátima Weirich Rosso**. Palavras não podem expressar a minha gratidão por tê-la como orientadora. Sou grata por acreditar em mim e pela paciência, ensinamentos e compreensão. Eu a vejo como exemplo de mulher, mãe, professora, gestora, enfermeira, orientadora e pesquisadora. Com você eu aprendi muito e espero continuar crescendo ao seu lado. Que Deus continue abençoando seu caminho e que Nossa Senhora de Fátima esteja sempre presente, protegendo, intercedendo e a conduzindo ao melhor caminho. Obrigada por tudo!

A minha coorientadora, **Profª Drª Nilza Alves Marques Almeida**, pela confiança e dedicação durante a realização deste trabalho. Sou grata por todos os ensinamentos, palavras de incentivo e força. Desejo que Deus e Nossa Senhora continuem te abençoando e te conduzindo a realização dos seus sonhos. Obrigada por tudo!

À **Profª Drª Maria Eliane Liégio Matão**, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho. A sua competência é fonte de admiração e inspiração. Obrigada!

À **Profª Drª Luana Cássia Miranda Ribeiro**, pela contribuição neste estudo, seu auxílio foi grandemente valioso, obrigada!

À **Profª Drª Marta Roverly de Souza** por ter acreditado em meu potencial e ter me indicado como orientanda a Profª Claci. Além da contribuição, com seu conhecimento durante as aulas das disciplinas do mestrado, bem como, pelo exemplo de dedicação e competência.

Aos **professores do mestrado** pela aprendizagem e contribuição na ampliação do meu olhar reflexivo, crítico sobre minha atuação profissional.

Às queridas **Samira Mamed**, **Suiany Dias** e **Thays Angélica** pela ajuda, amizade, companheirismo, ensinamentos e carinho.

A toda **equipe do Mestrado Profissional** pelo acolhimento e presteza.

Ao meu octeto do coração, presentes que ganhei no mestrado, amizades para toda vida. **Cláudio**, **Biankarla**, **Isadora**, **Luciano** (meu parceiro de todos os trabalhos em dupla do mestrado), **Patrícia**, **Queren** e **Renata**, a amizade, cumplicidade, carinho e companheirismo de vocês foram essenciais. Sempre os terei em meu coração. A vocês dou nota 10.

Aos **colegas da turma 6**, pelas trocas de experiência e momentos maravilhosos que vivenciamos.

Ao meu gestor **André Luiz Dias Mattos** por incentivar meu aprimoramento profissional e apoiar o desenvolvimento deste estudo no município de Morrinhos-GO.

Aos meus **colegas de trabalho**, pelo auxílio no desenvolvimento do trabalho. E em especial a equipe da **UBS Noroeste**, por compreenderem minha ausência e garantirem que o serviço aos usuários não ficasse prejudicado. O apoio de vocês foi primordial para minha conquista.

Às minhas amigas e também colegas de trabalho **Emily Nayana Nasmar de Melo** e **Adriana Gomes de Sousa** pela amizade, incentivo, compreensão e carinho.

Aos meus **pais**, por não medirem esforços para me proporcionar as condições necessárias para que eu me tornasse a pessoa e também a profissional que sou. Vocês se sacrificaram, se dedicaram, abdicaram de tempo e de muitos projetos pessoais para que eu tivesse a oportunidade de estudar e de ter uma boa formação profissional, e também pessoal. À minha mãe, **Iraci**, por seu amor incondicional, sua dedicação e cuidado. Ao meu pai, **Benedito**, pelo incentivo e por acreditar nos meus sonhos. Eu agradeço a vocês, como agradeço pela vida que me deram, e por serem os melhores pais do mundo. Vocês são meu porto seguro. Eu dedico este título a vocês.

À minha irmã **Luciana**, que desde a infância me ofereceu amor e proteção e que sempre esteve ao meu lado, me dando força, apoio e torcendo pelo meu sucesso. Essa vitória é nossa!

Ao meu cunhado **Ednelson** que como um verdadeiro irmão sempre me incentivou e apoiou. Você é meu exemplo de força, humildade e responsabilidade. Essa vitória é nossa!

Ao meu pedacinho do céu aqui na Terra, **Isabela Maria**, minha sobrinha e afilhada, minha inspiração e exemplo de amor, perseverança e alegria. Você é meu presente de Deus. Essa vitória também é sua!

Ao meu amor, **Jackson Júnior**, meu exemplo de humildade, determinação e fé, que como um presente enviado por Deus entrou na minha vida durante essa caminhada do mestrado e trouxe leveza e alegria. Obrigada pela paciência e amor. Essa vitória se estende a você também!

À minha amiga e maninha do coração **Lyriane**, por participar de todas as minhas conquistas, pela sua amizade, cumplicidade, carinho, apoio e amor. Sua competência e fé são minha fonte de inspiração. Obrigada por sempre estar ao meu lado.

À **Isabella Setmaier** e **Jairo Filho** pela amizade, compreensão. Por serem fundamental para que eu alcançasse esse sonho, me oferecendo hospedagem em Goiânia nos dias de aulas do mestrado. A vocês toda minha gratidão.

Ao meu amigo **Humberto Lima Lourenço** pelo apoio, carinho e incentivo constante. Obrigada pela compreensão nos meus períodos de ausência, por compartilhar minhas angústias e por me proporcionar excelentes momentos de descontração, lazer e alegria. Minha eterna amizade e gratidão.

A todos os meus **familiares** e **amigos** que direta ou indiretamente contribuíram e me incentivaram na realização deste sonho. Muito obrigada por fazerem parte desta conquista.

EPÍGRAFE

*“Se eu enxerguei mais longe,
foi porque me apoiei sobre
ombros de gigantes.”*

Isaac Newton

SILVA, AP. **PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL**. [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2018.

RESUMO

INTRODUÇÃO A assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) permite a promoção de educação em saúde, a prevenção de complicações e contribui para a redução de agravos e da mortalidade materna e infantil. A promoção da qualidade dessa assistência por meio de protocolos baseados em evidências científicas e recomendações do Ministério da Saúde auxilia na gestão dos serviços de saúde e na padronização de fluxos de atendimento. O protocolo também oferece aos profissionais de saúde uma organização da assistência e estabelece atribuições de cada membro da equipe no atendimento de pré-natal. **OBJETIVO:** Elaborar o protocolo de atenção ao pré-natal de risco habitual no município de Morrinhos-GO. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de intervenção voltado para a elaboração de Protocolo com a equipe multidisciplinar na atenção ao pré-natal de risco habitual na APS do município de Morrinhos-GO. A elaboração do protocolo contou com a participação de 24 profissionais de saúde da APS do referido município e foi organizada em três fases, sendo a primeira uma reunião de apresentação do projeto e sensibilização da equipe, a segunda a elaboração do protocolo e a terceira a avaliação do protocolo. **RESULTADOS:** Produção do Protocolo Multidisciplinar de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual para o município de Morrinhos-GO. Neste protocolo de aplicação multidisciplinar foram abordados os seguintes temas: diretrizes éticas e legais para o exercício profissional, atendimento na Unidade Básica de Saúde, planejamento reprodutivo, diagnóstico de gravidez, classificação de risco gestacional, consultas de pré-natal, prescrição de suplementos alimentares, exames complementares, vacinas na gestação, abordagens das queixas mais comuns na gestação, intercorrências clínicas e obstétricas, doenças transmissíveis na gestação, ações educativas, plano de parto, atendimento no puerpério e aleitamento materno. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual constitui uma ferramenta para nortear a organização do serviço de atendimento às gestantes, a padronização dessa atenção nas UBS e também o estabelecimento de comunicação entre os níveis de atenção do município de Morrinhos-GO. Ele pode ser um modelo para a APS de outros municípios. Sugere-se a realização de pesquisas de intervenção referentes a aplicação desse protocolo.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Protocolos, Atenção Primária à Saúde.

SILVA, AP. **MULTIDISCIPLINARY PROTOCOL OF ATTENTION TO PRENATAL OF HABITUAL RISK.** [Dissertation] Goiânia (GO): Graduate Program in Collective Health of the Institute of Tropical Pathology and Public Health of the Federal University of Goiás, Goiânia; 2018.

ABSTRACT

INTRODUCTION Prenatal care in primary health care (PHC) allows the promotion of health education, the prevention of complications and contributes to the reduction of diseases and maternal and infant mortality. Promoting the quality of this assistance through protocols based on scientific evidence and recommendations from the Ministry of Health assists in the management of health services and the standardization of care flows. The protocol also provides healthcare professionals with an organization of care and establishes the responsibilities of each team member in prenatal care. **OBJECTIVE:** To elaborate the usual risk prenatal care protocol in the municipality of Morrinhos-GO. **METHODOLOGY:** This is an intervention study aimed at the elaboration of a Protocol with the multidisciplinary team in the prenatal care of usual risk in PHC in the municipality of Morrinhos-GO. The elaboration of the protocol had the participation of 24 health professionals of the APS of the mentioned municipality and was organized in three phases, the first one being a meeting of presentation of the project and sensitization of the team, the second the elaboration of the protocol and the third the evaluation of the protocol. **RESULTS:** Production of the Multidisciplinary Protocol for Attention to Normal Prenatal Risk for the municipality of Morrinhos-GO. In this multidisciplinary application protocol the following themes were addressed: ethical and legal guidelines for the professional exercise, attendance at the Basic Health Unit, reproductive planning, pregnancy diagnosis, gestational risk classification, prenatal consultations, prescription of dietary supplements, complementary examinations, vaccines during pregnancy, approaches to the most common complaints during pregnancy, clinical and obstetric complications, communicable diseases during pregnancy, educational actions, birth plans, puerperal care and breastfeeding. **FINAL CONSIDERATIONS:** This Multiprofessional Protocol for Attention to Normal Prenatal Risk is a tool to guide the organization of the service of care for pregnant women, the standardization of this care in the BHU and also the establishment of communication between the levels of attention of the municipality of Morrinhos -GO. It can be a model for the APS of other counties. It is suggested to carry out intervention research concerning the application of this protocol.

Keywords: Prenatal Care, Protocols, Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fase 1 da elaboração do protocolo	33
Quadro 2: Fase 2 da elaboração do protocolo	34
Quadro 3: Fase 3 da elaboração do protocolo	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial tipo I
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-GO	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
eSF	Equipe de Saúde da Família
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TMF	Taxa de Mortalidade Fetal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVO	24
2.1 Objetivo geral	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 O pré-natal no contexto da APS	25
3.2 Protocolos em serviços de saúde	29
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Cenário do estudo	31
4.3 Participantes do estudo	33
4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes	33
4.5 Fases de elaboração do Protocolo	33
4.6 Procedimentos éticos legais	36
5 RESULTADOS	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	106
ANEXO 1	111
ANEXO 2	115

APRESENTAÇÃO

Este estudo é resultado dos questionamentos acerca da assistência à saúde durante o pré-natal de risco habitual na Atenção Primária de Saúde (APS) do município de Morrinhos-GO. Apesar do aumento do conhecimento científico, da disponibilidade de recursos e do incentivo à melhoria da qualidade prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no período pré-natal, a mortalidade materna, fetal e neonatal precoce ainda se caracteriza como um problema de saúde pública que requer atenção e estratégias efetivas para seu controle.

Minha trajetória profissional iniciou em um serviço particular de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em Goiânia-GO e, posteriormente, por concurso público inseri na APS no município de Morrinhos, como enfermeira e coordenadora de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Apesar das experiências em diferentes cenários, a realidade encontrada nos locais trabalhados se completam. Na UTIN havia um grande fluxo de recém-nascidos prematuros, baixo peso ou com alguma alteração fisiológica e isso me levava a questionar se essa realidade seria um reflexo da atenção pré-natal. Posteriormente, realizei pós-graduação em UTIN e pediátrica. Com a mudança de local de trabalho para a APS verifiquei na prática como a qualidade do pré-natal influencia de forma significativa no nascimento e período neonatal.

Ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com o intuito de pesquisar sobre a qualidade do pré-natal realizado na APS de Morrinhos-GO. Ao encontro do interesse por este objeto de estudo, decidimos pela elaboração de um Protocolo de Atenção ao pré-natal de risco habitual para o município de Morrinhos-GO. Destaca-se aqui a importância da melhoria da qualidade dos serviços e o papel do produto de pesquisa do Mestrado Profissional ter aplicabilidade para os serviços de saúde do SUS.

Realizar este estudo permitiu conhecer a realidade da atenção ao pré-natal na APS do município de Morrinhos-GO e elaborar um Protocolo baseado na realidade local com participação da equipe multiprofissional da rede de serviços, no que é previsto legalmente para atuação dos enfermeiros e demais profissionais de saúde e nas

diretrizes do Ministério da Saúde para a melhoria da qualidade da atenção e do serviço.

Espero que este estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes de saúde da APS de Morrinhos-GO e, conseqüentemente, para a melhoria na qualidade a assistência ao pré-natal no município. Além de poder constituir em modelo para outros municípios.

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é muito peculiar na vida de uma mulher, o nascimento do filho é uma experiência única, logo, merece uma atenção especial por profissionais qualificados, equipe multiprofissional, assim como por gestores e governo (VIEIRA et al., 2011). A gravidez vai além de uma experiência biológica, consiste também num processo social, que mobiliza a família e o meio no qual a mulher vive (SANTOS et al., 2010).

A taxa de mortalidade fetal (TMF) é associada às condições de acesso, serviços de saúde, qualidade da assistência pré-natal e ao parto (BRASIL, 2009), e apesar de ter reduzido cerca de 43% na América Latina, foi insuficiente para atingir o que era visado pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas em 2015, que pretendia a redução de 75% (ONUBR, 2017).

No ano de 2016, no Brasil, ocorreram 1.484 casos de morte materna enquanto que em Goiás ocorreram 36 casos. Em relação taxa de mortalidade fetal por causas evitáveis no Brasil foi de 9,7/1.000 nascimentos e em Goiás 8,9/1.000 nascimentos (SIM, SINASC, 2016). Verificou-se que o número de óbitos fetais em Morrinhos-GO foi de sete em 2012, dois nos anos de 2013 e 2014, cinco em 2015 e quatro em 2016, logo, a taxa de mortalidade infantil no município passou de 11,1 para 6,9 nos últimos cinco anos (SIM, SINASC, 2016).

No Brasil, o número de consultas preconizadas durante o pré-natal é de sete ou mais consultas, e podemos afirmar que o número de mulheres que realizam esta quantidade de consultas vem aumentando, porém, nem sempre são realizados com qualidade e seguindo protocolos de atenção a saúde da gestante. Ocorreu um aumento do número de consultas de pré-natal, para sete ou mais por gestante entre 2010 (1.733.492) e 2014 (1.925.124), no Brasil. Em Goiás, esse aumento para sete ou mais consultas de pré-natal foi semelhante, representado em 2010 por 59.394 gestantes e em 2014 por 63.926 (DATASUS, 2016).

O número adequado de consultas de pré-natal e a qualidade das ações de saúde direcionadas às gestantes estão associadas à mortalidade neonatal (GARCIA et al., 2018). Os dados epidemiológicos citados, anteriormente, mostram que apesar do número de consultas de pré-natal ter sido maiores, e as políticas de saúde da

mulher e da criança terem avançado nos últimos anos, a mortalidade materna e infantil ainda é um problema de saúde pública no Brasil.

A saúde da mulher, no pré-natal, tem sido campo de discussão ao longo dos anos. Estudos reforçam que a atenção ao pré-natal destaca-se como um critério protetor, quando realizado adequadamente e sua ausência ou número reduzido de consultas aumenta o risco para óbito fetal. Embora as condições socioeconômicas da gestante possa não apresentar uma relação biológica direta com o óbito fetal, pode-se prever que a melhor assistência ao pré-natal contribui para redução da mortalidade fetal (BARBEIRO et al., 2015).

A assistência pré-natal interfere, significativamente, na redução das taxas de morbimortalidade materna e fetal, já que os níveis de saúde das mães e conceptos estão intimamente interligados a qualidade dessa assistência. Assim, o movimento pela qualidade dos serviços de saúde, em especial na atenção ao pré-natal, é considerado essencial para assegurar o bem estar materno e fetal (ROCHA; SILVA, 2012; SILVA et al., 2015). O acompanhamento de pré-natal constitui-se em uma das principais ações de promoção à saúde da gestante para identificar e intervir nas situações de risco obstétrico (MENDOZA-SASSI et al., 2011; VIANA, 2013).

A atenção adequada ao pré-natal na APS permite a promoção e a educação em saúde, o controle de fatores e comportamentos de risco, além do diagnóstico e o tratamento precoce de inúmeras complicações, contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil (FERNANDES; VILELA, 2014; DOMINGUES et al., 2012). Também, pode contribuir para a o desfecho da gestação de forma natural, com a redução do número das cesáreas desnecessárias (MILCENT; ZBIRI, 2018). Logo, as estratégias de ações desenvolvidas relacionadas à atenção pré-natal precisam ser ampliadas para alcançar maior adesão das gestantes, a fim de garantir uma assistência materna e infantil de qualidade (BAGGIO et al., 2016).

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar os direitos ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Prevê ainda a realização do pré-natal de risco habitual na Atenção Primária a Saúde (APS), com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, além do acolhimento, classificação de risco, realização dos exames de pré-natal e risco

habitual e de alto risco, se necessário, assim como o acesso aos resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Atualmente, considera-se o conceito de pré-natal de risco habitual, pois se entende que a gestação é um processo fisiológico, porém, podem ocorrer alterações no decorrer da gestação. Neste sentido o pré-natal de risco habitual verifica fatores de risco apresentados pela gestante, e os profissionais de saúde, que realizam o acompanhamento de pré-natal, devem estar atentos a variações dos mesmos.

A caderneta da gestante consiste em uma ferramenta de informação, e é um documento de posse da gestante, que apresenta indicadores de avaliação pré-natal, importante para o seu seguimento do início até o final da gestação, parto, nascimento e período puerperal. É utilizada e preenchida por profissionais de saúde da APS e atenção hospitalar. A falta de preenchimento de dados, na caderneta, pode reduzir a visibilidade da qualidade da assistência no período gestacional e contribuir para o aumento de intercorrências (SOUZA et al., 2016).

A APS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema. As atribuições dos profissionais são de grande importância em todo processo, que inclui territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações. Os profissionais precisam desenvolver ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos, escuta qualificada, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Esse acompanhamento pode ser multidisciplinar, a fim de contribuir para promoção do bem estar materno e neonatal (SANTOS et al., 2015).

Verifica-se que os profissionais que trabalham na área da saúde precisam promover a humanização da assistência oferecida à clientela, como é previsto pelo programa de humanização do pré-natal e nascimento. Neste sentido, os profissionais de saúde devem organizar suas ações para obter maior adesão das gestantes no pré-natal, a fim de garantir a assistência de qualidade preconizada e com resultados obstétricos e perinatais satisfatórios (BARBOSA et al., 2011).

Observa-se a importância de envolver a equipe multiprofissional no atendimento ao pré-natal de risco habitual. A alta cobertura e a concentração de consultas no acompanhamento pré-natal promovem a redução da mortalidade materna, e fica

evidente a necessidade de saber como ocorre à interação entre a gestante e a equipe interdisciplinar (MADEIRA, 2011). A presença da equipe multiprofissional, na atenção ao pré-natal, favorece a humanização e a integralidade da atenção, que garantem a qualidade do processo de promoção da saúde (MARON et al., 2014).

A participação do profissional enfermeiro tem importância significativa no fortalecimento da assistência ao pré-natal de risco habitual, atuando diretamente no cuidado e também no vínculo entre os demais profissionais da equipe de saúde (GONÇALVES et al., 2018). Esse profissional apresenta respaldo legal que fundamenta sua atuação profissional, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, que prevê sua atuação enquanto integrante da equipe de saúde e na assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Além das Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, nº 516/2016, nº 564/2017 que o respaldam legalmente (BRASIL, 1986; COFEN, 2009, 2016, 2017).

O enfermeiro está habilitado a acompanhar as gestantes durante o pré-natal de risco habitual, mas observa-se que em muitos locais esta atividade não é realizada de forma efetiva nos serviços de saúde (SOARES et al., 2010). Para a organização e regulamentação das ações do enfermeiro no atendimento ao pré-natal, as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios brasileiros necessitam de protocolos baseados em referenciais teóricos e evidências científicas, de acordo com as necessidades e demandas do serviço e população local (RODRIGUES et al., 2011).

Protocolos são considerados instrumentos práticos, com rotinas de cuidados e ações de gestão de um determinado serviço, e elaborado por profissionais experientes e especialistas em uma determinada área, para orientar fluxos, condutas e procedimentos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK et al., 2009). São utilizados tanto na assistência, como na gestão dos serviços de saúde, e contribuem para a organização do serviço e define fluxos (ROSSO; NASCIMENTO, 2015). E a qualidade dos serviços e implementação de protocolos, baseados em evidências científicas, auxilia na redução da mortalidade materna e infantil, além de permitir intervenções necessárias (YOUNES et al., 2012).

Apesar de todos os avanços, da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Morrinhos-GO, foi observado que o município não possui um protocolo estabelecido, para orientar e respaldar o trabalho dos profissionais de saúde, envolvidos no atendimento ao pré-natal de risco habitual. Além disso, as consultas de pré-natal de risco habitual são realizadas exclusivamente pelo médico da UBS, não sendo intercaladas por consultas do enfermeiro, e por atendimento de outros profissionais conforme está preconizada pelo Ministério da Saúde e prevista pela legislação do COFEN. O que justifica essa pesquisa.

Além da ausência do protocolo de atenção ao pré-natal de risco habitual foi verificada a escassez de estudos que tenham como iniciativa a intervenção através da elaboração de protocolos no atendimento ao pré-natal, em especial, no estado de Goiás. Logo, ao avaliar a necessidade de melhoria na qualidade do atendimento ao pré-natal de risco habitual realizado na APS de Morrinhos-GO e também dos dados epidemiológicos do município este estudo propôs a elaboração do Protocolo Multidisciplinar de Atenção ao Pré-natal de Risco habitual no município de Morrinhos-GO.

Acredita-se que os resultados contribuirão para determinar, a melhoria, da qualidade da assistência ao pré-natal de risco habitual na APS e dos indicadores epidemiológicos, obstétricos e neonatais do município e constituir um modelo para outros locais.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Elaborar o protocolo de atenção ao pré-natal de risco habitual no município de Morrinhos-GO.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O pré-natal no contexto da APS

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendido como um atendimento ambulatorial e não especializado, oferecido pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são realizadas diversas atividades de baixa densidade tecnológica. Entende-se, ainda, como o local onde acontece o primeiro contato com os usuários no sistema, e que seja responsável pela resolutividade da maior parte dos problemas de saúde apresentados pela comunidade (LAVRAS, 2011).

Após a Constituição de 1988 ocorreram algumas transformações no cenário federativo relacionadas ao movimento de descentralização político administrativa, com ênfase na municipalização, mecanismos de financiamento na saúde, que implicaram em mudanças na política nacional de atenção primária à saúde na década de 1990 (CASTRO; MACHADO, 2010).

Desde meados do século XX, a APS tem se destacado na organização de ações dos sistemas de saúde de vários países, observa-se que as práticas e percepções foram se alterando com o passar do tempo. No Brasil, em 1990 o Governo Federal incentivou financeiramente a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com objetivo de reorientação de um modelo na saúde pública (BAPTISTA et al., 2009).

A APS pode ser definida como um conjunto de ações e serviços que tem como base as necessidades da população, que vão além da assistência médica, e também o vínculo social estabelecido entre população e profissionais. Tem como objetivo, a garantia da universalidade e integralidade da atenção numa perspectiva de proteção social (MENDONÇA et al., 2008).

O SUS tem apresentado vários avanços no que se refere à reorganização da APS, principalmente com a cobertura e implementação de novos modelos assistenciais. Porém, ainda apresenta como desafio a melhoria da qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a APS é responsável por um conjunto de ações realizada por equipe multiprofissional, direcionada à uma população adscrita em um território definido, além de ser reconhecida como a porta de entrada preferencial, e constitui o centro de comunicação da RAS, sendo a ordenadora do cuidado e também das ações e serviços. É orientada pelos princípios e diretrizes do SUS e considera-se a singularidade das pessoas, em busca da atenção integral e de qualidade, através da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e promoção da saúde, a fim de promover a autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2017).

A atenção ao pré-natal é considerada um critério de proteção e prevenção de eventos adversos na saúde obstétrica, auxilia na identificação e na realização de intervenções em tempo oportuno, diante dos fatores de risco para complicações à saúde materna e do feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BASSO et al., 2012). A realização inadequada ou não ocorrência da atenção ao pré-natal de risco habitual está associada a aumento das taxas de morbimortalidade materna e infantil (LANSKY et al., 2014).

Em meados do ano 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de ampliar o acesso as ações de promoção, prevenção e assistência de gestantes e recém-nascidos com incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal e da organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000). Até esse momento não havia um modelo que normatizasse a assistência as gestantes no Brasil. O PHPN preconiza a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal nos casos de uma gestação a termo, com primeira consulta ainda no primeiro trimestre da gestação, a realização de exames laboratoriais e clínico-obstétricos e orientações sobre aleitamento materno (POLGLIANE et al., 2014).

No ano de 2004 o Ministério da Saúde realizou o lançamento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que referiu quanto à necessidade da realização de ações voltadas a atenção à saúde para redução da morbimortalidade de mulheres em todas as fases da vida, incluindo no pré-natal, evidenciando a importância de ações educativas neste período (BRASIL, 2009).

A Rede Cegonha instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459/2011 é uma estratégia do Ministério da saúde, com objetivo de garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada no período de gestação, ao parto e puerpério, e também à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Dessa forma, assegura o fortalecimento do modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. Sua organização é realizada a partir de quatro componentes, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e o sistema logístico, que inclui o transporte sanitário e a regulação. O componente pré-natal prevê a realização do pré-natal na APS, com a captação precoce da gestante e a qualificação da atenção (BRASIL, 2011).

O processo de formação da Rede Cegonha ocorre pela execução de cinco fases, a adesão e diagnóstico, desenho regional da Rede Cegonha, Contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação. A última fase é disponibilizada pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS, anualmente, após a realização das ações previstas (BRASIL, 2011). O município de Morrinhos, localizado na região sul do estado de Goiás, da Regional de Saúde Sul, em 2013, aderiu a Rede Cegonha e desde então desenvolve as estratégias preconizadas.

A gestação é considerada um evento fisiológico, que promove mudanças no contexto fisiológico, social e emocional. O pré-natal de baixo risco é entendido como aquele que pode ser realizado e acompanhado por equipe multiprofissional na APS. Atualmente, tem-se trabalhado com a nomenclatura de pré-natal de risco habitual, já que sendo a gestação um processo fisiológico, algumas gestantes podem apresentar alguns fatores de risco durante esse período, que aumentem a probabilidade de evolução desfavorável, necessitando de atendimento especializado, no pré-natal de alto risco. O processo dinâmico e complexo que acontece no período gestacional pode gerar alterações funcionais e anatômicas, que exigem avaliações contínuas em cada período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O acolhimento da gestante na APS, com a classificação de risco gestacional promove agilidade na definição e direcionamento da necessidade de cuidado em cada momento. É importante que a avaliação do risco seja realizada em todas as consultas de pré-natal, de forma permanente e contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). É na APS que deve ser realizada a definição do nível de assistência necessário para solucionar e amenizar os problemas apresentados, de acordo com

o tipo de risco, e também da intervenção a ser realizada, observando a necessidade ou não de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O aumento da cobertura da atenção pré-natal nos últimos dez anos no Brasil apresentou elevado nível de inadequação quanto à qualidade. Destacam-se como fatores que contribuem para a reduzida qualidade da atenção pré-natal, a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas. Evidencia-se que a atenção pré-natal na última década não pode ser considerada adequada e precisa de melhorias em vários aspectos no que se refere à qualidade da assistência (NUNES et al., 2016).

Observa-se que a assistência ao pré-natal no Brasil atingiu uma cobertura praticamente universal, porém, persistem as desigualdades no acesso e ao cuidado adequado. As estratégias voltadas à captação precoce da gestante para o pré-natal e o contato com os serviços de saúde são necessários para garantia da assistência efetiva e de qualidade em saúde (DOMINGUES et al., 2015).

Estudos demonstram que o pré-natal adequado consiste em um fator determinante para prevenção da morbimortalidade materna e infantil. Associa-se aos desfechos mais favoráveis a partir da realização esperada de procedimentos básicos, como a realização de exames clínicos e laboratoriais, acompanhamento da gestação, através de consultas periódicas que possibilitam a detecção e o tratamento oportuno de fatores de risco, que podem gerar complicações para a saúde materna e do bebê, o cuidado precoce e número de consultas e o preenchimento adequado do cartão da gestante, já que a não realização dessas abordagens limitam a avaliação do cuidado e contribuem para desfechos indesejáveis (MELO et al., 2015).

Os cuidados que as gestantes precisam durante o pré-natal são orientados a partir de protocolos referentes às ações das equipes na APS, e também por recomendações do Ministério da Saúde. Espera-se, dessa forma, que a atuação dos profissionais resulte na promoção de um pré-natal de maior qualidade (MENDOZA-SASSI et al., 2011).

É importante sensibilizar e capacitar os profissionais para melhoria dos registros nas cadernetas de gestantes, implantação de protocolos e estimular sua adesão, realizar

monitoramentos e avaliações dos serviços, a fim de promover a continuidade e a qualidade do pré-natal (ANVERSA et al., 2012).

3.2 Protocolos em serviços de saúde

Os protocolos são instrumentos direcionados as recomendações dos cuidados e das ações de determinado serviço. São elaborados a partir do conhecimento científico e por profissionais especialistas na área, com os objetivos de organizar o fluxo, condutas e procedimentos dos profissionais dos serviços de saúde (WERNECK et al., 2009). São documentos sistematicamente desenvolvidos por profissionais competentes e que são como fontes para aprendizagem organizacional, prescrevem os melhores recursos e ações para atingir os resultados assistenciais esperados (JACQUES; GONÇALO, 2007).

A elaboração de protocolos consiste em uma forma de organizar os serviços e permitir à realização de ações voltadas a saúde, para que sejam utilizados como instrumentos facilitadores de acesso (SANTOS et al., 2012). E apresentam a função gerencial, a partir da padronização de condutas; a função educacional, como instrumento para treinamentos e educação; e de comunicação, em relação a informar as condições de saúde e doença (HINRICHSEN, 2012). O que contribui para a qualidade da assistência.

A adequada utilização dos protocolos na prática assistencial promove melhores impactos na saúde da população. Dessa forma, a elaboração e a publicação de protocolos têm papel relevante na organização e qualificação da atenção a saúde e para melhoria da gestão dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Auxiliam na promoção de uma assistência sistematizada, além de contribuírem para identificação dos indicadores de risco e qualidade dos serviços (SILVA et al., 2017).

São utilizados por equipe multidisciplinar em saúde e por isso devem ser elaborados por profissionais de diferentes áreas. Protocolos são documentos normativos que contribuem no desenvolvimento de ações de saúde, auxiliam na superação de problemas e proporciona melhor organização do serviço (ROSSO; NASCIMENTO, 2015).

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN-GO) com o intuito de oferecer um instrumento de gestão e cuidado aos profissionais de saúde da APS editou Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás, a primeira edição publicada em 2010, a segunda em 2014 e a terceira em 2017. Incentiva-se a utilização desses protocolos na prática de atuação do profissional de enfermagem e na gestão dos serviços de saúde a fim de vislumbrar uma cultura de segurança tanto ao paciente quanto ao trabalhador e também contribuir na qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde (COREN, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e período do estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, voltado para a elaboração de protocolo para utilização da equipe multidisciplinar na atenção ao pré-natal de risco habitual na APS no município de Morrinhos-GO. A pesquisa aplicada ou de intervenção, objetiva a elaboração de conhecimentos para a prática, voltada a gerar soluções para problemas específicos e interesses locais (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Este estudo de intervenção foi desenvolvido com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através dos profissionais da APS do município de Morrinhos-GO, no período de março a setembro de 2017.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido na APS do município de Morrinhos-GO, localizado na região Sul do estado e Goiás. Situado a 128 km de Goiânia (Capital do estado de Goiás), e a 336 km de Brasília (Capital Federal). Sua população estimada é de 45.382 habitantes (BRASIL, 2018).

Quanto à gestão do SUS, o município realiza gestão plena e assume a responsabilidade de proporcionar a integralidade da atenção aos usuários do SUS, através da assistência à APS, urgência e emergência, atenção odontológica, atenção ambulatorial especializada, atenção psicossocial, de promoção, prevenção, vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental), assistência farmacêutica, reabilitação e assistência social.

Morrinhos-GO possui, nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e onze equipes de Saúde da Família (eSF), que equivale à proporção da cobertura populacional de 89,97 (BRASIL, 2018). O atendimento ao pré-natal de risco habitual é realizado na APS, e os casos de alto risco são encaminhados para o especialista (médico obstetra) na Clínica da Mulher do município. O município tem uma Rede de Atenção

a Saúde composta por Farmácia Básica, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Hospital Municipal, Centro de Reabilitação e Fisioterapia, Centro de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Trailers Odontológicos, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, algumas especialidades (ortopedia, otorrinolaringologia, ginecologia/ obstetrícia, cardiologia e pediatria) que são oferecidas no próprio município e outras através de regulação para Goiânia-GO, apoio diagnóstico com laboratórios, raio x, ultrassonografia, e uma Clínica da mulher, onde são realizados exames de mamografia, ultrassonografia, além de atendimentos as especialidades de ginecologia, obstetrícia e pediatria. Além disso, conta com alguns serviços particulares conveniados, e de caráter complementar, como laboratórios, clínicas e hospitais.

Cada eSF é constituída por, um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, técnico em saúde bucal, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O pré-natal de risco habitual é realizado na APS, sendo atribuída aos médicos a consulta e aos enfermeiros a coleta do teste da mamãe, realização de teste rápido e educação em saúde. Desta forma não é proporcionada a gestante a oportunidade de realização de consultas de pré-natal com o enfermeiro, intercaladas com as consultas médicas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). As gestantes que realizam pré-natal de risco habitual são referenciadas para o Hospital Municipal para o parto.

É importante destacar que a maioria dos enfermeiros são funcionários efetivos do serviço. Cerca de 40% dos profissionais médicos da APS estão pelo Programa Mais Médicos do MS, e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB/ MS). Ressalta-se que, em função da implementação desses Programas, ocorre uma elevada rotatividade desses profissionais por terem período determinado e isso interfere no desenvolvimento das ações de saúde dos serviços assim como na criação de fluxos de atenção à saúde e no vínculo com a comunidade e, especificamente, com as gestantes no caso deste estudo.

4.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo 24 profissionais de saúde do município de Morrinhos- GO, que realizam de forma direta ou indireta o atendimento ao pré-natal de risco habitual em uma das onze eSF do município.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Os participantes incluídos no estudo foram os profissionais de Rede de APS do município de Morrinhos-GO, envolvendo todas as categorias a seguir: enfermagem, medicina, odontologia, biomedicina, agente comunitário de saúde, nutrição, assistência social, fisioterapia.

Foi considerada critério de exclusão, a descontinuidade de participação nas fases de elaboração multidisciplinar do protocolo, independente do motivo.

4.5 Fases de elaboração do protocolo

A elaboração do protocolo foi organizada em fases para facilitar o desenvolvimento do trabalho. As fases estão descritas nos quadros a seguir.

Quadro 1: Fase 1 da elaboração do protocolo

Proposta: Reunião de apresentação do projeto e sensibilização da equipe.

Ações: Apresentação da proposta de elaboração e institucionalização do protocolo de atenção ao pré-natal de risco habitual para equipe multidisciplinar da Atenção Primária a Saúde no Município de Morrinhos-GO e convite a todos para a participação nas demais fases do estudo, com a apresentação de um cronograma de reuniões.

Local: Secretaria Municipal de Saúde de Morrinhos-GO.

Participantes: A responsável pela pesquisa, professoras da Universidade Federal de Goiás (UFG), coordenadora da câmara técnica na elaboração de Protocolos na APS do COREN-GO, consultora técnica da coordenação geral de saúde da mulher do MS, integrante da câmara técnica de saúde da mulher do COREN-GO, representante da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Secretário Municipal de Saúde de Morrinhos-GO, enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos, biomédica, agentes comunitários de saúde e outros profissionais da APS de Morrinhos-GO.

Quadro 2: Fase 2 da elaboração do protocolo

Proposta: Elaboração do protocolo.

Ações: Foi realizada em seis reuniões, sendo que em cada uma delas foram abordados e redigidos textos sobre temas de relevância para a assistência pré-natal. Durante estas atividades a responsável pela pesquisa teve o papel de facilitadora.

Em todas as reuniões a responsável pela pesquisa dividia os profissionais presentes em quatro grupos, a seguir entregava material do Ministério da Saúde e do COREN-GO sobre temas específicos e já programados. Após isso os grupos tinham 90 minutos para discutir sobre os temas e escrever como seria esse tema abordado no protocolo. A seguir, cada grupo apresentava as suas propostas para os demais grupos e acrescentava as sugestões dos colegas. Ao final o material era entregue a responsável pela pesquisa.

Os temas abordados por reunião foram:

Reunião I- os dez passos para o pré-natal de qualidade na APS e as atribuições dos profissionais da APS no atendimento ao pré-natal de risco habitual.

Reunião II- planejamento reprodutivo, diagnóstico de gravidez e a primeira consulta de pré-natal.

Reunião III- consultas subsequentes, exames, vacinação, prescrição de

medicamentos na gravidez e condutas diante das queixas mais comuns na gestação.

Reunião IV- Intercorrências obstétricas, plano de parto e doenças infectocontagiosas.

Reunião V- Puerpério e aleitamento materno.

Reunião VI- Revisão do protocolo e identificação de temas pertinentes a serem acrescentados.

Após essas reuniões a coordenadora e responsável pela pesquisa reuniu todas as sugestões e foi montando e organizando em formato de protocolo. Além disso, acrescentou alguns temas pertinentes que foram apontados como lacuna pelos participantes no momento da junção dos conteúdos.

Local: Secretaria Municipal de Saúde de Morrinhos-GO.

Participantes: A responsável pela pesquisa, profissionais de saúde da APS de Morrinhos-GO: enfermeiros, médicos, nutricionista, biomédica, assistente social, odontóloga.

Quadro 3: Fase 3 da elaboração do protocolo

Proposta: Avaliação do protocolo.

Ações: O protocolo de atenção ao pré-natal de risco habitual foi apresentado aos profissionais envolvidos no seu processo de elaboração e as sugestões foram analisadas e posteriormente realizadas as alterações.

Local: Secretaria Municipal de Saúde de Morrinhos-GO.

Participantes: A responsável pela pesquisa, profissionais de saúde da APS de Morrinhos-GO: enfermeiros, médicos, nutricionista, biomédica, assistente social, odontóloga.

4.6 Procedimentos éticos legais

O presente estudo foi analisado pela Secretaria Municipal de Saúde de Morrinhos-GO e autorizado. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFG número do parecer 2.015.202., atendendo aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

O estudo teve como resultado a elaboração do Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual para o município de Morrinhos-GO. Neste protocolo foram abordados os seguintes temas: diretrizes éticas e legais para o exercício profissional, atendimento na Unidade Básica de Saúde, planejamento reprodutivo, diagnóstico de gravidez, classificação de risco gestacional, consultas de pré-natal, prescrição de suplementos alimentares, exames complementares, vacinas na gestação, abordagens das queixas mais comuns na gestação, intercorrências clínicas e obstétricas, doenças transmissíveis na gestação, ações educativas, plano de parto, atendimento no puerpério e aleitamento materno.



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

PREFEITURA DE MORRINHOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO
HABITUAL**

MORRINHOS-GO

2018

APRESENTAÇÃO

O Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual para Morrinhos-GO trata-se de uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Morrinhos-GO em parceria com a Universidade Federal de Goiás, através do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, como material técnico. O objetivo é nortear as ações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, responsáveis por esse atendimento.

Neste Protocolo, serão abordados: atendimento na Unidade Básica de Saúde, planejamento reprodutivo, diagnóstico de gravidez, consultas de pré-natal, prescrição de suplementos alimentares, exames complementares, imunização, abordagens de queixas mais comuns na gestação, intercorrências clínicas e obstétricas, doenças transmissíveis, fatores de risco, ações educativas, preparo para o parto, e visita pós-parto e aleitamento materno. O campo de aplicação da proposta envolve a Atenção Primária à Saúde e o Hospital Municipal de Morrinhos-GO.

Espera-se que as informações contidas aqui contribuam para qualificar o atendimento ao pré-natal de risco habitual e para ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no que se refere ao atendimento as gestantes, no município de Morrinhos-GO.

SUMÁRIO

1. Introdução
 2. Diretrizes éticas e legais para o exercício profissional
 3. Atendimento na Unidade Básica de Saúde
 4. Planejamento Reprodutivo
 5. Diagnóstico de gravidez
 6. Fatores de risco que podem ser acompanhados no pré-natal de risco habitual
 7. Fatores de risco que indicam encaminhamento ao pré-natal de alto risco
 8. Instrumento para a classificação e risco gestacional
 9. Consultas de pré-natal
 10. Prescrição de suplementos alimentares
 11. Exames complementares
 12. Vacinas na gestação
 13. Abordagens de queixas mais comuns na gestação
 14. Intercorrências clínicas e obstétricas
 15. Doenças transmissíveis
 16. Ações educativas
 17. Plano de parto
 18. Atendimento no puerpério
 19. Aleitamento materno
- Referências Bibliográficas

1. INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços e a implementação de protocolos baseados em evidências científicas são importantes para auxiliar na redução da mortalidade materna e infantil, além de permitir intervenções em tempo oportuno (YOUNES et al., 2012). Os Protocolos constituem importantes ferramentas para a gestão dos serviços de saúde e contribuem para a organização dos serviços e definição de fluxos. Destaca-se a relevância da elaboração de protocolos por equipe multidisciplinar em saúde, já que são utilizados por profissionais de diversas formações (ROSSO; NASCIMENTO, 2015).

O Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual procura oferecer informações referentes ao pré-natal de risco habitual e envolvem os fluxos de atendimento, os profissionais de saúde e os procedimentos relacionados à atenção à gestante, visando subsidiar os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) de Morrinhos-GO.

O conceito de pré-natal de risco habitual é assim considerado, atualmente, pelo fato da gestação ser um processo fisiológico. No entanto, podem ocorrer alterações e fatores de risco no período gestacional que os profissionais devem estar atentos para reconhecê-los durante o pré-natal de risco habitual.

A regulamentação das ações através de Protocolos oferece aos profissionais de saúde uma organização da assistência, define fluxos, estabelece atribuições de cada membro da equipe e condutas, além de permitir a construção de indicadores da qualidade e monitoramento dos serviços prestados.

A implementação e institucionalização do protocolo regulamentará as ações da equipe multidisciplinar na atenção ao pré-natal de risco habitual. Sugere-se que o protocolo seja utilizado pelos profissionais envolvidos no atendimento ao pré-natal de risco habitual na APS de Morrinhos-GO.

2. DIRETRIZES ÉTICAS E LEGAIS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A atuação dos profissionais de saúde tem respaldo das leis que regulamentam o exercício de cada profissão. E a assistência ao pré-natal de risco habitual é atribuída a uma equipe multiprofissional que envolve as áreas de medicina, enfermagem, odontologia, biomedicina, nutrição e agente comunitário de saúde.

No Brasil, a atuação do profissional médico está respaldada pela Lei nº 12.842/13 que dispõe sobre o exercício da medicina (BRASIL, 2013). A prática do profissional de enfermagem tem respaldo pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986). Em relação às ações no atendimento a saúde da mulher no período gestacional e puerperal algumas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentam a prática deste profissional, como as Resoluções nº358/2009, nº 516/2016, nº 564/2017 (COFEN, 2009, 2016, 2017). Dessa forma, o(a) enfermeiro(a) pode realizar o atendimento e acompanhamento do pré-natal e puerpério nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

A Lei nº 5.081/66 regulamenta o exercício do profissional de odontologia (BRASIL, 1966). E a profissão de nutricionista e suas atividades são regulamentadas pela Lei nº 8.234/91 (BRASIL, 1991). As leis habilitam esses profissionais ao atendimento a mulher no período gestacional na APS com a equipe multiprofissional.

Na Lei nº 6.684/79 é regulamentado as profissões de biólogo e de biomédico e entre as providências afirma que ao biomédico compete atuar em equipes de saúde nas atividades complementares de diagnósticos (BRASIL, 1979). Logo, esse profissional contribui para a atenção de qualidade no pré-natal e risco habitual na APS.

As atividades do agente comunitário de saúde são regulamentadas pela Lei nº 11.350/06 e entre as ações designadas a este profissional na equipe da APS está a utilização de instrumentos para avaliação demográfica e sócio-cultural da comunidade, a promoção de educação para saúde individual e coletiva, o registro de nascimento, óbitos, doenças e outros agravos (para fins de controle e planejamento na equipe), o estímulo a participação da comunidade no cuidado à saúde, a

realização periódica de visitas domiciliares, realização de ações que promovam vínculo entre o setor saúde e outras áreas (BRASIL, 2006).

Para a atenção ao pré-natal e puerpério de qualidade e humanizado é fundamental que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional com objetivo de oferecer assistência voltada às necessidades da gestante no seu contexto familiar e social.

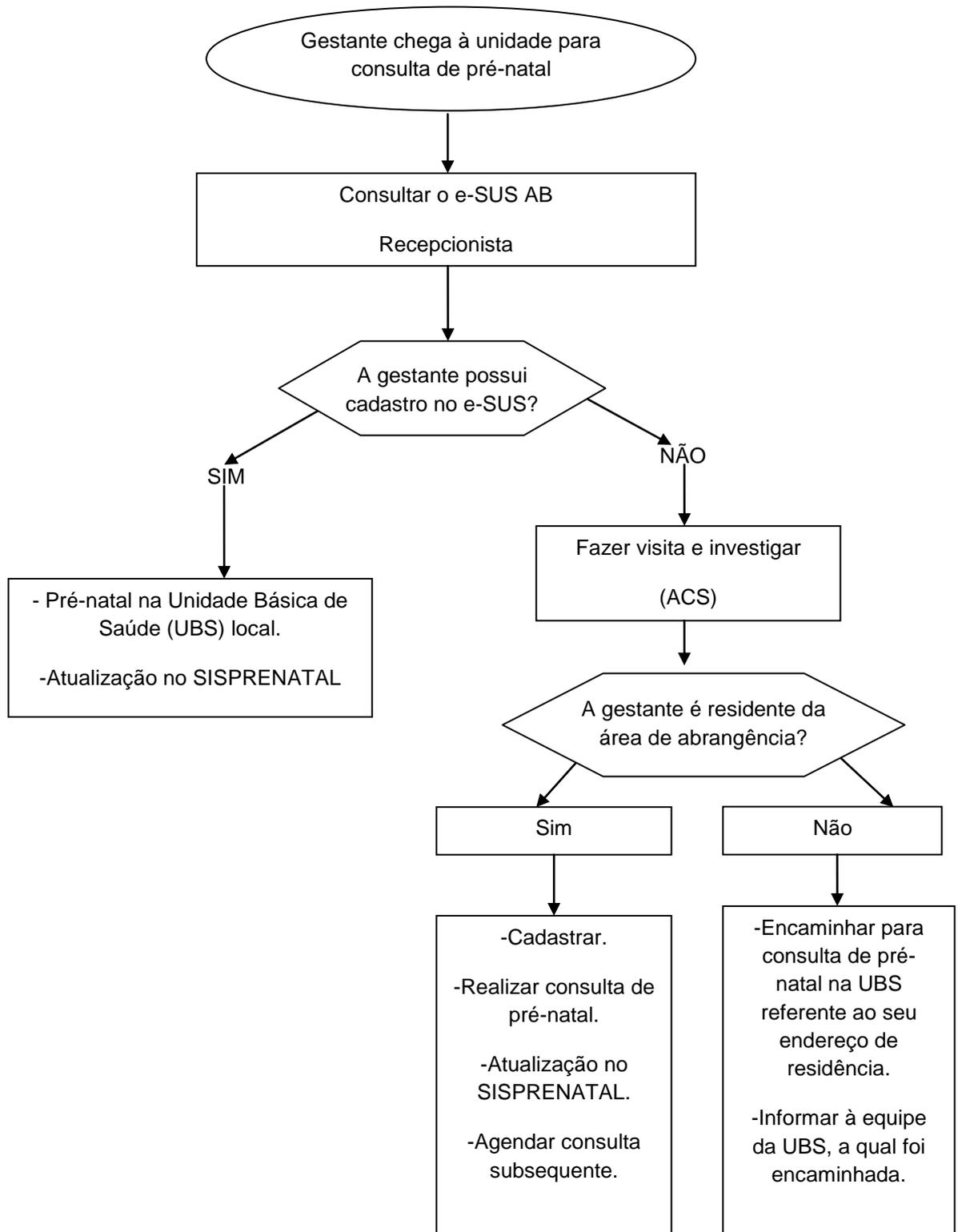
3. ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é porta de entrada preferencial, em que se realiza o primeiro contato da usuária ao Sistema Único de Saúde, dessa forma organiza os fluxos e contrafluxos com os demais pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017). A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde pública. A equipe de saúde precisa conhecer a sua população adscrita para o desenvolvimento de ações pertinentes as suas necessidades de saúde, para estimular as relações de vínculo entre as equipes e a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL, 2017).

A estratégia e-SUS AB foi instalada nas unidades de Atenção Primária a Saúde de Morrinhos no ano de 2014. E a base desse sistema é o registro das informações em saúde de forma individualizada, que favorece o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, e também da produção de cada profissional da Atenção Básica. Além de integrar dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na Atenção Primária à saúde, o e-SUS AB otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para a inserção da gestante e início do atendimento ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde, apresentamos o fluxograma a seguir.

FLUXOGRAMA I: ATENDIMENTO PARA GESTANTE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



4. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

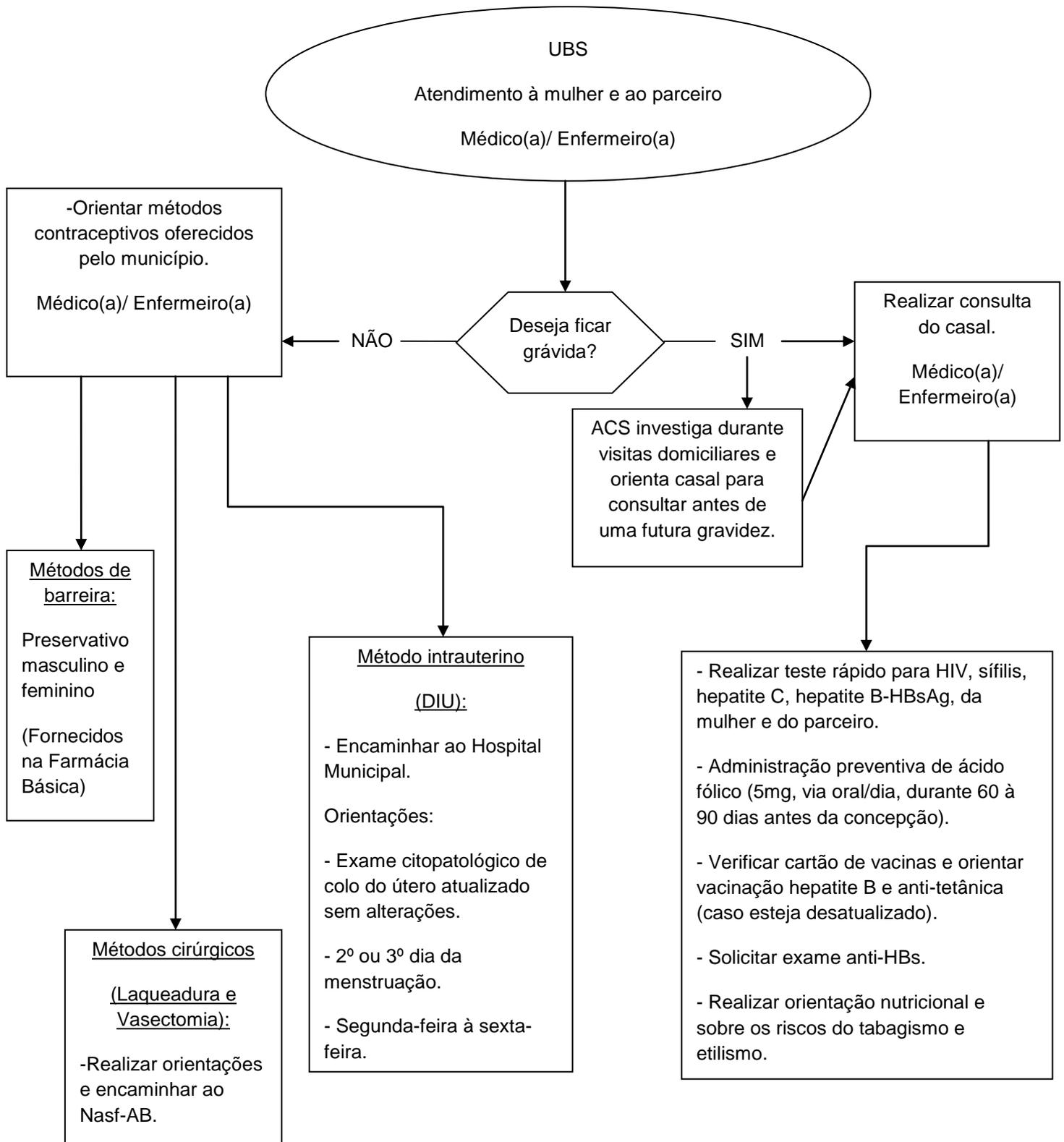
O planejamento familiar trata-se de um direito sexual e reprodutivo que é assegurado na Constituição Federal, na Lei nº 9.263/1996, e também, na Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Esclarece os indivíduos quanto a ter ou não ter filhos, com base em informações quanto aos métodos e técnicas de controle da fecundidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a; 2016).

Entre os direitos reprodutivos, destaca-se: o das pessoas decidirem de maneira livre e responsável, se terá ou não filhos, de acesso a informações, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, de exercer a sexualidade e a reprodução livre de qualquer discriminação ou violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Entende-se que o atendimento em planejamento familiar auxilia na redução da morbimortalidade materna e infantil, já que: reduz o número de gestações indesejadas e de abortos provocados, reduz o número de cesáreas e ligadura tubária, aumenta o intervalo entre as gestações e assim diminui o risco de complicações possibilita planejar a gravidez e a avaliação pré-concepcional das mulheres e parceiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O conhecimento sobre planejamento reprodutivo precisa ser orientado à mulher e ao seu parceiro (a) durante a consulta médica e do enfermeiro. E o ideal é que sejam seguidos os passos para o atendimento conforme o fluxograma a seguir.

FLUXOGRAMA II- PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



Fonte: Ministério da Saúde (2013), adaptado pelos autores.

5. DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

Para o diagnóstico de gravidez deverá ser solicitado, pelo médico ou enfermeira das Unidades Básicas de Saúde, o teste rápido de gravidez após 15 (quinze) dias de atraso menstrual. Se o resultado for positivo, encaminhar a primeira consulta de pré-natal, e se for negativo, repetir o teste em 15 (quinze) dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

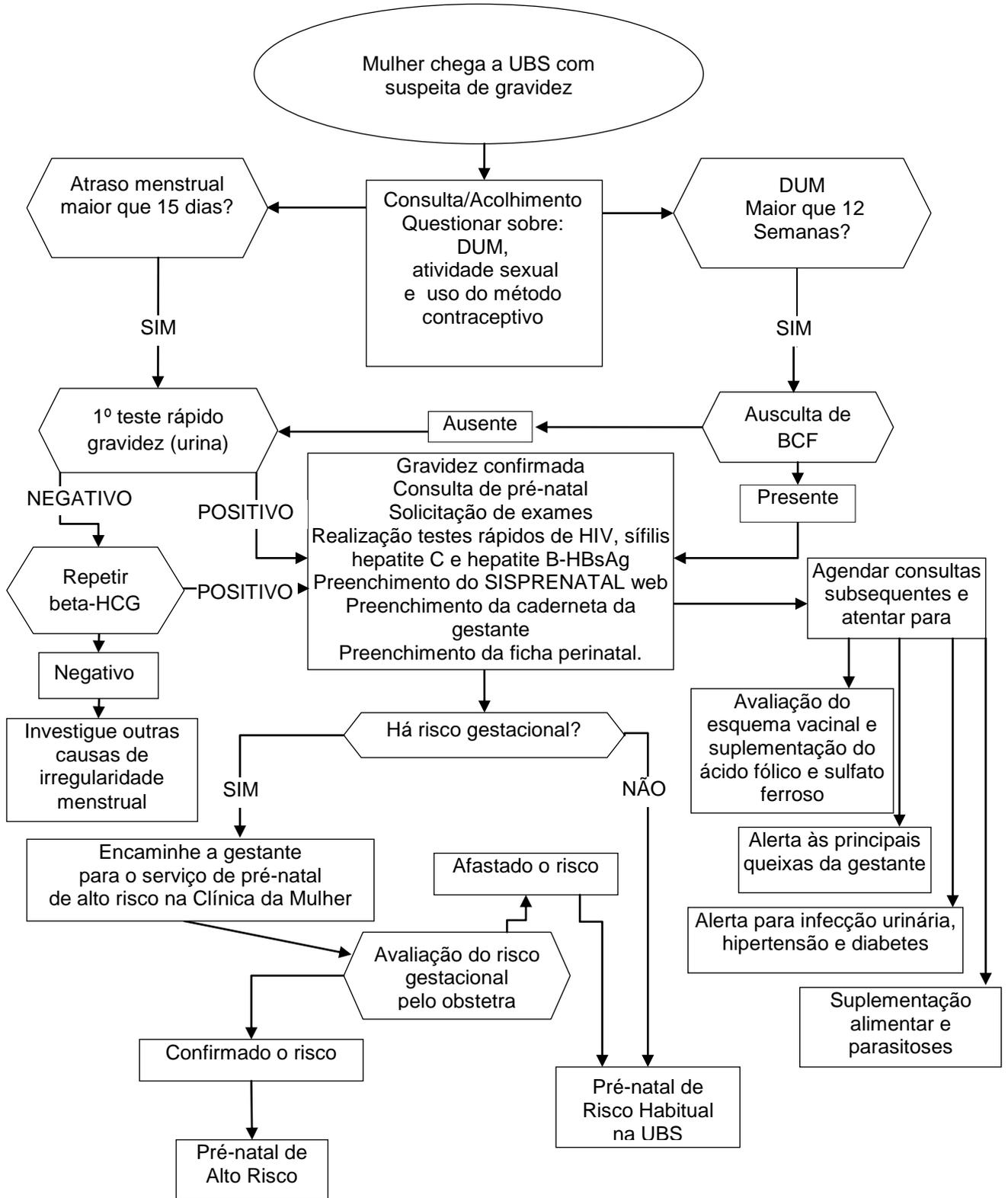
Em caso de atraso menstrual igual ou superior a 12 (doze) semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser realizado pelo quadro clínico e exame físico compatíveis com gravidez, o que se torna dispensável a realização do teste de gravidez. Porém, em caso de dúvidas, solicitar o exame.

Entre os sinais e sintomas compatíveis com gravidez, tem-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

- Sinais de presunção: atraso menstrual, náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, aumento da micção, alteração no apetite, sonolência.
- Sinais de probabilidade: amolecimento da cérvix uterina e aumento do seu volume, aumento das paredes vaginais e da vascularização, positividade no teste rápido de gravidez (realizado por amostra da urina da gestante).
- Sinais de certeza: presença de batimentos cardíacos fetais (BCF), detectados pelo sonar a partir da 12ª semanas e pelo Pinard a partir da 20ª semana, presença de movimentos fetais a partir da 18ª à 20ª semana, e presença de saco gestacional visualizado pela Ultrassonografia.

Após diagnóstico de gravidez iniciar o pré-natal da gestante.

FLUXOGRAMA III- DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013); COREN (2017), adaptado pelos autores.

6. FATORES DE RISCO QUE PODEM SER ACOMPANHADOS NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

Com base nas publicações do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

6.1 Fatores de risco relacionados às características individuais

- Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação familiar insegura.
- União estável.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor do que 1,45m.
- Índice de Massa Corporal (IMC) que sugerem baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

6.2 Fatores de risco relacionados à história reprodutiva

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrossomia fetal.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.
- Intervalo entre os partos menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.
- Nuliparidade ou multiparidade (cinco ou mais partos).
- Cirurgia uterina anterior.
- Três ou mais cesarianas.

6.3 Fatores de risco relacionados à gravidez atual

- Ganho ponderal inadequado.
- Infecção urinária.
- Anemia.

7. FATORES DE RISCO QUE INDICAM O ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Destaca-se que a paciente classificada inicialmente como de risco habitual, poderá a qualquer momento se classificada como alto risco, logo, é fundamental que a avaliação do risco seja realizada de forma permanente em toda consulta. A gestante classificada como alto risco necessita ser encaminhada para acompanhamento com o especialista, porém, de qualquer forma a UBS deverá continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

7.1 Fatores de risco relacionados às condições prévias

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves.
- Nefropatias graves.
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo, hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (anemia falciforme, talassemia)
- Doenças neurológicas.
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento.
- Doenças autoimunes.
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias.

- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (condiloma).

- Hanseníase.
- Tuberculose.
- Anemia grave.
- Isoimunização Rh.

7.2 Fatores de risco relacionados à história reprodutiva anterior

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior.
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).
- Esterilidade/ infertilidade.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclampsia, internação da mãe em UTI).

7.3 Fatores de risco relacionados à gravidez atual

- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso.
- Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC III).
- Câncer de mama.
- Distúrbios hipertensivos da gestação.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite.
- 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 ISTs (condiloma).
- Infecções como rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

8. INSTRUMENTO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

O instrumento para a classificação de risco gestacional apresenta os critérios para encaminhamento aos serviços ambulatoriais de gestação de alto risco e deverá ser utilizado a cada consulta de pré-natal para avaliação do risco e acompanhamento. A seguir, o instrumento que foi adaptado pelos autores com base nas publicações do Ministério da Saúde do Manual Técnico de Gestação de Alto Risco e Manual Técnico de Gestação de Baixo Risco, e também do instrumento validado pela Universidade do Vale do Itajaí para uso na Rede Cegonha em Santa Catarina (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2018).

**INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL
REDE CEGONHA DE MORRINHOS-GO**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	
<p>ALTO RISCO: 10 ou + pontos (Encaminhamento imediato ao serviço de alto risco) MÉDIO RISCO: 5 a 9 pontos (Acompanhamento na Atenção Básica) BAIXO RISCO: até 4 pontos (Acompanhamento na Atenção Básica)</p>	
1- IDADE ____ (-) de 15 anos.....1 (+) de 35 anos.....1 15 a 35 anos.....0	3- ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ ____ Não aceita.....1 Aceita.....0
2- ESCOLARIDADE ____ Sabe ler e escrever: Não.....1 Sim.....0	4- HÁBITOS ____ Tabagista: Sim.....2 Não.....0
5- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL ____	
Baixo Peso(IMC<18,5Kg/m ²) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....1 Sobrepeso.....1 Obesidade(IMC>30Kg/m ²).....5	
6- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS ____	
2 abortos espontâneos consecutivos.....5 Incompetência Istmo Cervical.....10 Natimorto.....5 Prematuridade na gestação anterior.....5 Óbito Fetal.....5 Eclampsia.....10 Anomalias do trato genito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto do parto.....5 Placenta Prévia na gestação anterior.....5 Descolamento Prematuro de Placenta.....5 Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior.....5 Último Parto Cesáreo em menos de 12 meses.....2 Mais de um filho prematuro.....5 Pré-eclampsia.....5 AIDS/HIV com diagnóstico prévio.....5 Tuberculose com tratamento prévio a gestação.....5 Alterações da tireóide.....5 Epilepsia e doenças neurológicas.....5 Doenças psiquiátricas.....5 Psicose puerperal.....5	

Isoimunização.....10									
Data									
Pontuação									
Malformações congênitas com necessidade de atendimento especializado ao RN.....10									
Data									
Pontuação									
Medicamentos com potencialidades teratogênicas (anticonvulsivantes, estabilizadores de humor.....10									
Data									
Pontuação									
Doença Renal Grave.....10									
Data									
Pontuação									
Hemopatias e anemia grave Hb<8.....5									
Data									
Pontuação									
Hipertensão Arterial descompensada/mal conduzida.....10									
Data									
Pontuação									
Infecção urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou mais).....10									
Data									
Pontuação									
Infecções graves e Hepatite B e C.....10									
Data									
Pontuação									
AIDS/HIV com diagnóstico na gestação.....10									
Data									
Pontuação									
Sífilis.....5									
Data									
Pontuação									
Tuberculose na gestação.....10									
Data									
Pontuação									
Toxoplasmose.....10									
Data									
Pontuação									
Usuária de drogas e/ou alcoolismo.....10									
Data									
Pontuação									
Trombofilia.....10									
Data									
Pontuação									
Endocrinopatias.....10									
Data									
Pontuação									
Alterações da Tireóide descompensadas ou com diagnóstico na gestação.....10									
Data									
Pontuação									
PONTUAÇÃO FINAL- TOTAL									
Data									
Pontuação									

Fonte: SES/SC (2018), adaptado pelos autores.

9. CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

O objetivo da atenção ao pré-natal de risco habitual é garantir o acompanhamento da gestação, assegurando ações voltadas à saúde materna e perinatal, com abordagem psicossocial, educativa e preventiva, para garantia do parto e recém-nascido, saudáveis (BRASIL, 2012).

Verifica-se que o início precoce do acompanhamento de pré-natal é fundamental para qualidade e assistência adequada. Orienta-se que as consultas sejam mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª à 36ª semana e semanais até o termo. E se o parto não ocorrer até a 41ª semana é preciso encaminhar a gestante, para avaliação fetal, referente à avaliação do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal, na rede de serviços de atenção materno infantil do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) precisam conhecer a população adscrita de mulheres em idade fértil, e aquelas que pretendem engravidar. E também devem estar atentos as atribuições de cada profissional da equipe de Atenção Primária a Saúde (APS) na assistência ao pré-natal de risco habitual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), descritos a seguir.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Captar precocemente as gestantes para iniciar o pré-natal;
- Identificar, cadastrar e orientar a gestante sobre os serviços oferecidos na UBS o mais precocemente possível;
- Encaminhar a gestante ao serviço de saúde e acompanhar por meio das visitas domiciliares, bem como fazer busca ativa das faltosas;

- Acompanhar todas as gestantes para verificar se estão realizando pré-natal na rede pública ou particular, bem como se houve o cadastro no SISPRENATAL e preenchimento do cartão da gestante;

- Informar a equipe de saúde quanto às gestantes cadastradas, identificando quais fazem pré-natal na rede particular, vivencia situações de risco e vulnerabilidade.

- Informar o(a) enfermeiro(a) e/ou médico(a) sinais de alarme que a gestante apresentar ou relatar, como: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, entre outros que julgarem relevantes;

- Orientar a buscar o serviço para informa-se sobre o planejamento familiar;

- Orientar a seguir as datas agendadas no cartão de vacinação e se não tiver, agendar com o enfermeiro para organizar o cartão;

- Orientar sobre a iniciativa Hospital Amigo da Criança.

AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Realizar o acolhimento das gestantes na unidade;

- Orientar as gestantes sobre a importância do pré-natal;

- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

- Realizar o preenchimento no cartão da gestante;

- Realizar triagem inicial (peso, altura, pressão arterial e glicemia, se diabética) para verificação de sinais de alarme, bem como situação vacinal, registrar e repassar para a equipe;

- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e comunicar a equipe;

- Realizar visita domiciliar no período de gestação e puerpério juntamente com o enfermeiro(a);

- Participar das ações educativas, auxiliando o enfermeiro;

- Acompanhar o processo de Aleitamento Materno e realizar orientações à família juntamente com o enfermeiro(a);

- Reforçar a mulher e parceiro sobre a importância do planejamento familiar juntamente com o enfermeiro(a).

ENFERMEIRO

- Realizar a primeira consulta de pré-natal de gestante na unidade para: cadastro do SISPRENATAL, preenchimento do cartão da gestante, coleta de material para primeira amostra do teste da mamãe, solicitação de exames, prescrição de medicamentos conforme protocolo para pré-natal, realização de teste rápido para gravidez, sífilis e HIV e exame físico;
 - Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas de pré-natal;
 - Encaminhar gestante para consulta com odontólogo;
 - Coletar material para exame citopatológico do colo do útero;
 - Orientar quanto à importância do pré-natal, aleitamento materno e a presença do parceiro nas consultas;
- Verificar a situação vacinal e encaminhar gestante para atualizar o cartão com as vacinas preconizadas para gestante;
 - Realizar consultas de pré-natal intercaladas com o médico(a);
 - Identificar os sinais de alarme e gestantes em situações de vulnerabilidade;
 - Encaminhar para o pré-natal de alto risco nos casos necessários;
 - Desenvolver atividades educativas individuais e em grupo;
 - Realizar visita domiciliar à gestante;
 - Encaminhar ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, os casos que necessitem de avaliação de outros profissionais;
- Realizar visita domiciliar à puérpera e recém-nascido na primeira semana de vida, oferecendo assistência clínica e psicológica e acompanhar o processo de aleitamento materno.

MÉDICO

- Realizar consultas de pré-natal intercaladas com o enfermeiro(a);
- Solicitar exames e realizar tratamento se necessário;
- Prescrever medicamentos, conforme necessidade;
- Orientar as gestantes sobre as periodicidades das consultas;
- Avaliar e tratar as gestantes com sinais de alarme;
- Orientar gestante e parceiro quanto a realização do teste rápido;
- Identificar os sinais de alarme de gestantes em situações de vulnerabilidade;
- Encaminhar para o pré-natal de alto risco nos casos necessários;
- Orientar quanto à importância do pré-natal, aleitamento materno e a presença do parceiro nas consultas;
 - Verificar a situação vacinal e encaminhar gestante para atualizar o cartão com as vacinas preconizadas para gestante;
 - Desenvolver atividades educativas individuais e em grupo;
 - Atender intercorrências e encaminhar ao serviço de urgência/emergência;
 - Realizar visita domiciliar à gestante;
 - Encaminhar ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, os casos que necessitem de avaliação de outros profissionais;
 - Realizar visita domiciliar à puérpera e recém-nascido na primeira semana de vida, oferecendo assistência clínica e psicológica e acompanhar o processo de aleitamento materno.
 - Encaminhar gestante em trabalho de parto ou 42 semanas de gestação ao Hospital Municipal, e antes desse período, caso a gestante apresente sinais de alarme que sugiram trabalho de parto ou necessidade de intervenção em outro nível de atenção à saúde.

ODONTÓLOGO

- Informar a importância do pré-natal, amamentação e vacinas, para a gestante e familiares;
- Realizar consulta odontológica de pré-natal;
- Solicitar exames e orientar tratamento, se necessário;
- Avaliar a saúde bucal da gestante em cada período da gestação;
- Adequar o meio bucal, realizando profilaxia;
- Atender as intercorrências;
- Orientar o quanto é importante a amamentação e a sua importância na dentição, no desenvolvimento respiratório, digestivo e na fala da criança;
- Desenvolver atividades educativas individuais e em grupo;
- Realizar visita domiciliar à gestante, e também puérpera e recém-nascido na primeira semana de vida, oferecendo assistência clínica e psicológica;
- Orientar hábitos alimentares e de higiene bucal saudáveis;
- Atender as intercorrências de urgência odontológica e encaminhar gestante para maior nível de complexidade, quando necessário.

BIOMÉDICO

- Orientar sobre os exames (sorológicos e testes rápidos);
- Realizar exames (sorológicos e testes rápidos);
- Identificar gestantes com riscos e informar ao(a) médico(a) e enfermeiro(a), da unidade de referência da gestante;
- Desenvolver atividades educativas individuais e em grupo;
- Oferecer suporte a equipe de Saúde da Família (eSF), na realização de teste rápido quando o Enfermeiro(a) não estiver na unidade.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

- Orientar a gestante a família sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, quando solicitado pela equipe da ESF;
- Realizar reuniões de planejamento familiar para as gestantes e parceiros;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio a gestante e sua família;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante ao serviço necessário, assistência social, consulta médica e/ou de enfermagem, consulta nutricional, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

No que se refere aos 10(dez) Passos para o Pré-Natal de qualidade na APS o município dispõe de uma rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal para essa garantia.

Quadro 1. Os 10 (dez) passos para o pré-natal de qualidade na APS

Passo 1 - Iniciar o pré-natal na APS até a 12 ^a semana de gestação (captação precoce).
Passo 2 - Garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos que são necessários à atenção pré-natal.
Passo 3 – Deve ser assegurada a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
Passo 4 - Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente o cuidado biológico.
Passo 5 - Garantir o transporte público gratuito da gestante para atendimento pré-natal, quando necessário.
Passo 6 – Assegurar ao parceiro cuidados (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação. Pré-natal do parceiro.
Passo 7 - Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

Passo 8 - Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

Passo 9 - Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

Passo 10 - As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O início precoce do pré-natal é fundamental para uma assistência adequada, e é preconizado pelo Ministério da Saúde o número mínimo de seis consultas médicas e de enfermagem intercaladas. Logo se a primeira consulta é realizada pela enfermeira, a segunda será pelo médico, terceira pela enfermeira e assim sucessivamente. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais da 28ª até a 36ª semana e semanais da 36ª até a 40ª semana.

E na ocorrência de sinal de trabalho de parto e/ou 41 semanas, o médico(a) ou enfermeiro(a) deverá encaminhar a gestante ao Hospital Municipal. Destaca-se que não existe alta do pré-natal.

9.1 A primeira consulta de pré-natal

A primeira consulta de pré-natal será realizada, pelo médico(a) ou enfermeira(o).

Quadro 2. Roteiro para a primeira consulta de pré-natal:

Entrevista	O que avaliar/solicitar/realizar	Profissional
Dados pessoais Socioeconômicos e demográficos	- Nome; -Número do Cartão Nacional de Saúde; -Idade; -Cor; -Naturalidade; - Procedência; -Endereço atual; -Grau de instrução; -Profissão/Ocupação;	Enfermeiro/ Médico

	<ul style="list-style-type: none"> -Estado Civil; -Número e idade dos dependentes; -Renda familiar; -Condições de moradia; 	
Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> -Doenças hereditárias; -Diabetes mellitus; -Hanseníase; -Tuberculose; -Gemelaridade; -Malformações congênitas; -Transtorno mental; -Doença neurológica; -Hipertensão; -Câncer de mama e/ou ovário; -Parceiro com IST ou HIV/AIDS; -Grau de parentesco com o pai do bebê. 	Enfermeiro/ Médico
Antecedentes pessoais	<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensão arterial crônica; -Diabetes mellitus; -Cardiopatias; -história de desnutrição, sobrepeso, obesidade, carências nutricionais; -Doenças neurológicas; -Transtorno mental; -Doenças infectocontagiosas; -Cirurgia (tipo e data); - Doenças neoplásicas; -Transfusões de sangue; -Alergias; -Vacinação; -Uso de medicamentos; -Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro, álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); -Atividade física (grau de esforço, periodicidade); 	Enfermeiro/ Médico
Antecedentes ginecológicos e obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> -Ciclos menstruais; -Resultado do último exame preventivo do colo do útero; -Uso de métodos anticoncepcionais prévios; -Doenças sexualmente transmissíveis; -Cirurgias ginecológicas; -Malformações uterinas; -Idade da primeira gestação; -Número de gestações anteriores, partos; -Número de abortamentos; -Número de filhos vivos; -Idade na primeira gestação; -Intervalo entre as gestações; 	Enfermeiro/ Médico

	<ul style="list-style-type: none"> -Intercorrências ou complicações em gestações anteriores; -Peso dos recém-nascidos em gestações anteriores, história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; -Intercorrências no puerpério; -Experiência em partos anteriores. -História do aleitamento materno em gestações anteriores e desejo de amamentar. 	
Saúde sexual	<ul style="list-style-type: none"> -Início da atividade sexual; -Dispareunia (dor ou desconforto durante relação sexual); -Práticas sexuais. 	Enfermeiro/ Médico
Saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, dor, lesões na boca ou outras queixas; -Hábitos de higiene bucal, como o uso de fio dental e rotina de escovação; -Data da última avaliação de saúde bucal. 	Enfermeiro/ Médico
Imunização	<ul style="list-style-type: none"> -Estado vacinal dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral. 	Enfermeiro/ Médico
Gestação atual	<ul style="list-style-type: none"> -Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação; -Peso prévio e altura; -Sinais e sintomas; -Hábitos alimentares; -Gravidez planejada ou não; -Cálculo da idade gestacional e data provável do parto. 	Enfermeiro/ Médico

Exame Físico	O que avaliar/ /realizar	Profissional
Verificação de sinais vitais e dados antropométricos	Verificar: pulso, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, peso atual, altura, calcular e registrar IMC.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem
Exame físico geral e gineco-obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção de pele e mucosas (atenção ao exantema e o período que aconteceu); -Palpação da tireóide; -Avaliação cardiopulmonar; - Inspeção e palpação das mamas; -Exame do abdome; -Exame dos membros superiores e inferiores; -Palpação obstétrica -Medida e avaliação da altura uterina; -Ausculta dos batimentos cardíacos fetais; -Registro dos movimentos fetais; -Exame ginecológico 	Enfermeiro/ Médico

Exames complementares	Solicitar/Realizar	Profissional
Solicitar exames	Exames laboratoriais:	Enfermeiro/

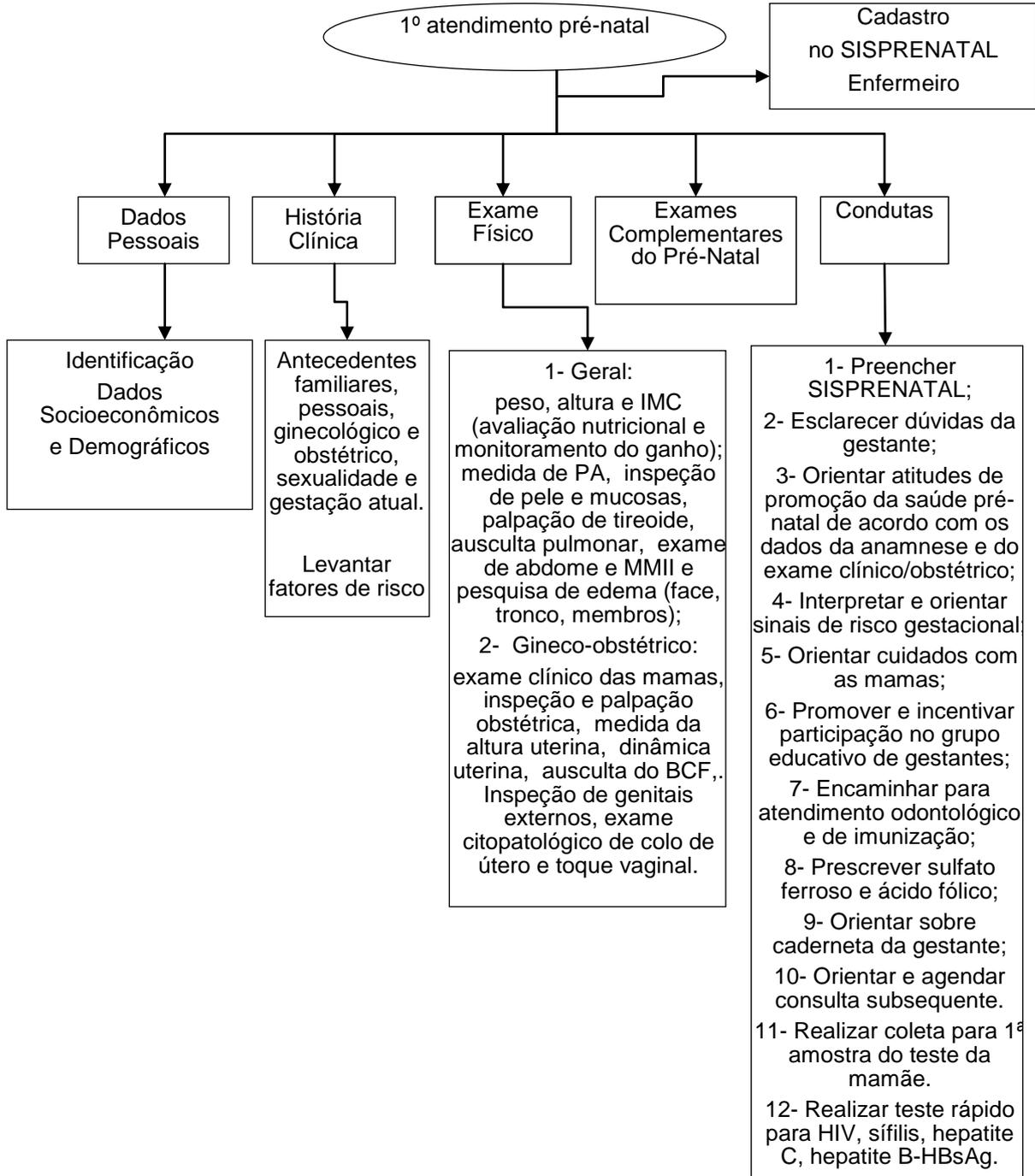
complementares	-Hemograma; -Glicemia de jejum; -Lipidograma; -Tipagem sanguínea e fator Rh; -TSH; -Anti-HBs; -EAS; -Urocultura. - Citopatológico colo do útero (se necessário). Exames de imagem: -Ultrassonografia (Endovaginal até 12 semanas e obstétrica a partir de 12 semanas).	Médico
Teste rápido	-Realizar teste rápido para HIV, sífilis, hepatite C e hepatite B.	Enfermeiro
Teste da mamãe	-Realizar coleta de material para realização da 1ª amostra do teste da mamãe e encaminhar a APAE.	Enfermeiro

Condutas	Realizar/ Prescrever/ Orientar	Profissional
Caderneta da Gestante	-Preencher a caderneta da gestante. (Não se esquecer de anotar número do SISPRENATAL na caderneta da gestante).	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem Médico
SISPRENATAL	-Realizar cadastro da gestante e preencher os dados adequadamente no SISPRENATAL.	Enfermeiro
Encaminhamentos	-Encaminhar gestante a consulta odontológica com data e horário agendados; -Encaminhar gestante a sala de vacinas (quando necessário, após avaliação da situação vacinal); -Encaminhar ao pré-natal de alto risco após avaliação de fatores de risco; -Encaminhar gestante para participação no grupo de gestantes.	Enfermeiro/ Médico
Prescrições	- Prescrever suplementação de sulfato ferroso- 40mg/dia. - Prescrever ácido fólico 5mg/dia.	Enfermeiro/ Médico
Orientações	- Orientar rotina de consultas de pré-natal por idade gestacional; - Orientar cuidados com as mamas; -Orientar sobre a alimentação; -Orientar o aleitamento materno exclusivo até seis meses; -Orientar sobre os sinais de risco gestacional e necessidade de assistência em cada caso; - Orientar de acordo com a interpretação dos dados da anamnese, do exame físico e exames laboratoriais. -Orientar sobre as vacinas; -Incentivar a participação no grupo de gestantes; -Orientar a organizar os resultados de exames sempre numa pasta única; -Esclarecer dúvidas; - Informar número de telefone da unidade e nome da Agente Comunitária de	Enfermeiro/ Médico

	Saúde que irá acompanhá-la. - Orientar cuidados para prevenção de aboviroses.	
Livro de acompanhamento da gestante.	-Preencher livro de cadastro e acompanhamento das consultas de pré-natal e grupo de gestantes, teste da mamãe, e ficha perinatal. Entregar a caderneta da gestante.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016), adaptado pelos autores.

FLUXOGRAMA IV- A PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013); COREN (2017), adaptado pelos autores

9.2 A segunda consulta de pré-natal

A segunda consulta de pré-natal deverá ser realizada um mês após a primeira pelo médico ou enfermeiro da equipe de Saúde da Família.

Quadro 3. Roteiro para a segunda consulta de pré-natal:

Conduta	Profissional
-Avaliação de sinais vitais e medidas antropométricas: peso, altura, IMC, pressão arterial, pesquisa de edema (face, tronco, membros), temperatura, pulso, frequência cardíaca e registro no e-SUS e na caderneta.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem.
-Anamnese atual: investigar as queixas mais comuns na gestação e sinais de intercorrências clínicas e obstétricas.	Enfermeiro/ Médico
- Avaliar resultados de exames - Revisar o cartão de vacinas	Enfermeiro/ Médico
- Revisar e atualizar dados maternos e fetais na caderneta da gestante.	Enfermeiro/ Médico
- Revisar e atualizar dados maternos e fetais no SISPRENATAL	Enfermeiro/ Médico
-Preencher livro de cadastro e acompanhamento das consultas de pré-natal e grupo de gestantes e ficha perinatal.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

9.3 Consultas subsequentes no segundo trimestre

As consultas subsequentes no segundo trimestre também deverão ser intercaladas entre os profissionais médico e de enfermeiro.

Quadro 4. Roteiro para as consultas subsequentes de pré-natal no segundo trimestre:

Conduta	Profissional
-Avaliação de sinais vitais e medidas antropométricas: peso, altura, IMC, pressão arterial, pesquisa de edema (face, tronco, membros), temperatura, pulso, frequência cardíaca e registrar no e-SUS e na caderneta da gestante.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem.
-Anamnese atual sucinta: investigar as queixas mais comuns na gestação e sinais de intercorrências clínicas e obstétricas.	Enfermeiro/ Médico
- Avaliar resultados de exames - Revisar o cartão de vacinas	Enfermeiro/ Médico
- Realizar teste rápido para HIV, sífilis, hepatite C, hepatite B (HBsAg).	Enfermeiro
- Revisar e atualizar dados maternos e fetais na caderneta da gestante e no SISPRENATAL.	Enfermeiro/ Médico
-Interpretar os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e relacionar com os resultados de exames; -Avaliar resultados de exames e prescrever tratamento ou encaminhar, se necessário; - Solicitar ultrassonografia obstétrica (se necessário). - Prescrever suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso; -Acompanhar o peso gestacional e fazer orientações sobre a alimentação; - Orientar cuidados com as mamas e aleitamento materno exclusivo; - Orientar sobre sinais de risco gestacional que necessitam de assistência; - Incentivar a participação no grupo de gestantes; -Agendar consulta subsequente.	Enfermeiro/ Médico
-Preencher livro de cadastro e acompanhamento das consultas de pré-natal e grupo de gestantes e ficha perinatal.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

9.4 Consultas subsequentes no terceiro trimestre

Quadro 5. Roteiro para as consultas subsequentes de pré-natal no terceiro trimestre:

Conduta	Profissional
- Avaliação de sinais vitais e medidas antropométricas: peso, altura, IMC, pressão arterial, pesquisa de edema (face, tronco, membros), temperatura, pulso, frequência cardíaca e registrar no e-SUS.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem.
-Anamnese atual sucinta: investigar as queixas mais comuns na gestação e sinais de intercorrências clínicas e obstétricas.	Enfermeiro/ Médico
- Avaliar resultados de exames - Revisar o cartão de vacinas	Enfermeiro/ Médico
- Revisar e atualizar dados maternos e fetais na caderneta da gestante, no SISPRENATAL e no e-SUS.	Enfermeiro/ Médico
-Interpretar os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e relacionar com os resultados de exames; -Avaliar resultados de exames e prescrever tratamento ou encaminhar, se necessário; - Prescrever suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso; -Acompanhar o peso gestacional e fazer orientações sobre a alimentação;	Enfermeiro/ Médico

- Orientar cuidados com as mamas e aleitamento materno exclusivo; - Orientar sobre os sinais de trabalho de parto e sinais de risco gestacional que necessitam de assistência; - Incentivar a participação no grupo de gestantes; - Agendar consulta subsequente.	
- Realizar teste rápido e coleta de material para 2ª amostra de teste da mamãe (30 semanas).	Enfermeiro
- Solicitar exames: Hemograma, Glicemia de jejum, EAS, urocultura e ultrassonografia. - Se necessário solicitar ultrassonografia na 38ª e 39ª semanas de gestação e também avaliação do obstetra.	Enfermeiro/ Médico
- Orientar e auxiliar gestante no preenchimento do seu plano de parto.	Enfermeiro/ Médico
- Mostrar vídeo do Hospital Municipal onde será realizado o parto. E responder as dúvidas das gestantes.	Enfermeiro/ Médico
- Preencher livro de cadastro e acompanhamento das consultas de pré-natal e grupo de gestantes e ficha perinatal.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

9.5 Última consulta de pré-natal

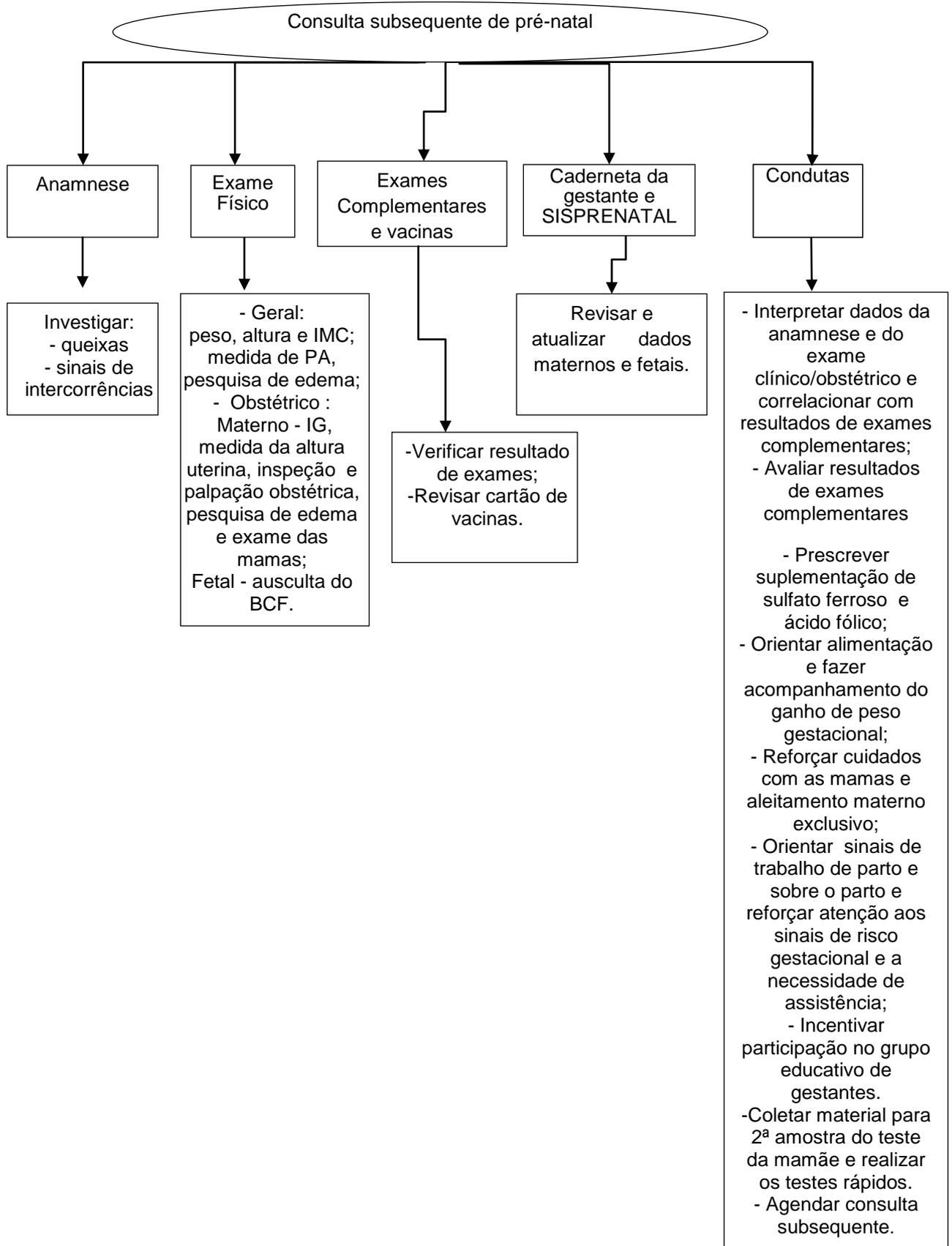
É importante lembrar que não existe alta do pré-natal, logo a última consulta trata-se daquela em que a gestante apresenta sinal de trabalho de parto e/ou está com 40 semanas de gestação e é encaminhada a maternidade ou hospital.

Quadro 6. Roteiro para a última consulta de pré-natal:

Conduta	Profissional
- Avaliação de sinais vitais e medidas antropométricas: peso, altura, IMC, pressão arterial, pesquisa de edema (face, tronco, membros), temperatura, pulso, frequência cardíaca e registrar no e-SUS e na caderneta da gestante.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem.
- Anamnese atual sucinta: investigar as queixas mais comuns na gestação e sinais de intercorrências clínicas e obstétricas.	Enfermeiro/ Médico
- Avaliar resultados de exames, idade gestacional e sinais de trabalho de parto.	Enfermeiro/ Médico
- Solicitar ultrassonografia na 37ª, 38ª e 39ª, se necessário, para avaliação do bem-estar fetal.	Enfermeiro/ Médico
- Revisar e atualizar dados maternos e fetais na caderneta da gestante e no SISPRENATAL.	Enfermeiro/ Médico
- Encaminhar gestante ao Hospital Municipal.	Enfermeiro/ Médico
- Orientar gestante a levar todos os resultados de exames realizados durante o pré-natal, a ficha de plano de parto, ficha perinatal, caderneta da gestante, documentos, mala da gestante e do RN.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

FLUXOGRAMA V- CONSULTAS SUBSEQUENTES DE PRÉ-NATAL



10. PRESCRIÇÃO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

É importante a suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação para profilaxia da anemia, e para isso é preconizado que médico ou enfermeiro prescrevam:

- Sulfato ferroso 40mg de ferro elementar/dia

-Ácido fólico 5mg/dia

11. EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares auxiliam ao acompanhamento adequado do pré-natal e para isto deverão ser solicitados e avaliados em tempo oportuno pelo médico ou enfermeiro, conforme quadro a seguir.

Quadro 7. Exames complementares no pré-natal:

Trimestre	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	-Hemograma -Tipagem sanguínea e fator Rh -Glicemia de jejum -EAS/ Urocultura -TSH -anti-HBs -Coombs indireto (se for Rh negativo) -Teste da mamãe primeira fase (HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, toxolasmose, rubéola, Chagas, HTLV, Doença da inclusão Citomegálica). -Teste rápido para HIV, sífilis, hepatite C, Hepatite B-HBsAg (para gestante e parceiro). -Ultrassonografia endovaginal
2º trimestre	-Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia de jejum estiver igual ou maior de 85mg/dl ou se houver fator de risco.
3º trimestre	-Hemograma -Glicemia de jejum -EAS/ Urocultura -Coombs indireto (se for Rh negativo) -Teste rápido para HIV, sífilis, hepatite C, Hepatite B-HBsAg (para gestante e parceiro). -Teste da mamãe 2ª amostra -Toxoplasmose (Se IgG não for reagente no resultado do 1º teste da mamãe) -Ultrassonografia Obstétrica.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

12. VACINAS NA GESTAÇÃO

A vacinação no período de gestação auxilia na proteção tanto a gestante quanto ao feto. E as recomendações quanto às vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde, para as gestantes estão especificadas no quadro a seguir.

Quadro 8. As vacinas preconizadas para as gestantes:

Vacina	Período	Observações
Influenza	Gestante em qualquer período gestacional.	Dose única durante a campanha anual contra a Influenza.
Hepatite B	Gestante após o 1º trimestre de gestação	-Três doses com intervalo de 30 dias entre a 1ª e a 2ª e de 180 dias entre a 1ª e a 3ª. -Nos casos de gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses), deve-se completar o esquema.
Dupla adulto-dT Difteria, tétano e coqueluche-dTpa	Gestante em qualquer período gestacional.	-Três doses com intervalo de 60 dias entre elas, considerando que a 3ª dose deverá ser a dTpa (a partir da 20ª semana de gestação). -Gestantes não vacinadas: administrar 2 doses de dT, em seguida uma dose de dTpa, com intervalo de 60 dias entre as doses. -Gestantes vacinadas com 1 dose de dT: administrar 1 dose de dT e após uma dose de dTpa, com intervalo de 60 dias entre as doses. -Gestantes vacinadas com 2 doses de dT: Administrar 1 dose de dTpa a partir de 20ª semana de gestação até no máximo 20 dias antes da data provável do parto. -Gestantes vacinadas com 3 doses de dT: Administrar 1 dose de dTpa a partir de 20ª semana de gestação até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016); SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE(2017), adaptado pelos autores.

13. ABORDAGENS DE QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

Quadro 9. Abordagens diante das queixas mais comuns na gestação:

Queixas	Sinais/Sintomas/Causas	Conduta	Profissional
Náuseas/ Vômitos	-Comuns no 1º trimestre; -Mais intensas pela manhã e após jejum prolongado;	-Orientar alimentação fracionada; -Evitar jejum prolongado; -Comer devagar e mastigar bem os alimentos; -Evitar alimentos gordurosos; -Manter boa ingestão hídrica; -Apoio psicoterapêutico, se necessário; -Se ocorrer manutenção do quadro de vômitos, avaliar a necessidade dos medicamentos: 1. Metoclopramida 10mg de 8/8 horas; 2. Dimenidrato 50mg + Cloridrato de piridoxina 10mg de 6/6 horas.	Enfermeiro/ Médico
Queixas urinárias	-Aumento do ritmo miccional, que se acentua à medida que a gravidez progride.	-Orientar que o aumento das micções é comum na gestação, devido a compressão da bexiga pelo útero. -Investigar Infecção no Trato Urinário (ITU); - Na presença de ITU prescrever antibiótico: *Cefalexina 500mg, 1 cp de 6/6 horas por 7 a 10 dias. *Amoxicilina-clavulanato 500mg, 1cp de 8/8 horas por 7 a 10 dias.	Enfermeiro/ Médico
Dor abdominal	-corpo lúteo gravídico, estiramento do ligamento e as contrações uterinas.	Avaliar ITU, verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas. Descartada essas hipóteses, orientar e tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma.	Enfermeiro/ Médico
Edema	Surge no 3º trimestre de gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente, mãos. Pode piorar ao ficar em pé por período prolongado e com a deambulação.	-Avaliar possibilidade de edema patológico associado à hipertensão e proteinúria. -Orientar gestante: evitar ortostatismo prolongado, evitar permanecer sentada por longo período, fazer repouso em decúbito lateral esquerdo e/ou com os membros inferiores elevados, usar meia elástica.	Enfermeiro/ Médico
Pirose/ azia	É mais intensa e frequente no final da gravidez, mas pode acometer a gestante durante toda a gravidez.	Orientar gestante: -Fazer alimentação fracionada; -Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; -Elevar a cabeceira da cama ao dormir; -Evitar alimentos gordurosos, picantes, café, doces; Evitar álcool e fumo; Caso essas medidas não resolvam deve-se verificar a necessidade do uso de Hidróxido de alumínio ou magnésio, 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se.	Enfermeiro/ Médico
Sialorreia	A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.	-Explicar para a gestante que é uma queixa comum no início da gestação; -Orientar dieta semelhante para náuseas e vômitos; -Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância.	Enfermeiro/ Médico

Fraqueza/ tontura	Causas principais: diminuição do débito cardíaco, hipotensão arterial, hipóxia cerebral transitória, hipoglicemia.	Recomendações: - Evitar a inatividade; -Fazer alimentação fracionada; -Evitar o jejum prolongado; -Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo para aliviar os sintomas; -evitar permanecer, por longos períodos em locais fechados, quentes e sem ventilação adequada; -Ingerir líquidos; -Usar meias elásticas; -Avaliar a pressão arterial.	Enfermeiro/ Médico
Falta de ar/ dificuldade para respirar	Causada pela compressão do diafragma pelo útero gravídico, hiperventilação. Avaliar tosse, edema, história de asma, pneumopatias, trauma, febre.	-Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante; -Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo e eivar a cabeceira; Recomenda-se realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, em caso de alterações, encaminhar para avaliação médica.	Enfermeiro/ Médico
Dor nas mamas	Comum na gravidez como resultado das ações de hormônios.	- Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso; -Orientar uso de sutiã com boa sustentação; Recomenda-se realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração.	Enfermeiro/ Médico
Obstipação/ Constipação intestinal/ Flatulências/ Hemorroida	Comum na gestação, agravada pelo esforço ou consistência das fezes.	-Orientar a ingestão de alimentos ricos em fibras; -Aumentar a ingestão de água (caso não haja patologia que a restrinja); -Evitar alimentos que causem muita fermentação; -Fazer caminhadas leves; -Higiene local com duchas ou banhos após evacuação. -Banho de acento com água morna.	Enfermeiro/ Médico
Dor lombar	Associada a postura materna diante da sobrecarga da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral.	-Orientar a correção da postura ao sentar e andar; -Orientar o uso de calçados confortáveis e evitar saltos altos; -Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; -Se intensificar as dores sem melhora, avaliar o uso de: Paracetamol 500mg de 6/6 horas; Dipirona 500mg de 6/6 horas.	Enfermeiro/ Médico
Corrimento vaginal	O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, porém, é importante realizar uma avaliação adequada.	-Verificar a presença de prurido, desconforto ou odor fétido; -Realizar coleta de material para exame citopatológico- colo do útero, se necessário.	Enfermeiro/ Médico

Cefaleia	Avaliar sempre para detectar a causa.	-Orientar repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; -Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos, temores, ansiedades; -Se a dor for recorrente, agendar consulta médica; -Considerar o uso de analgésicos como: Paracetamol 500mg 6/6 horas, Dipirona 500mg 6/6 horas.	Enfermeiro/ Médico
Varizes	Geralmente, nos membros inferiores e na vulva, e pode evoluir na gestação.	-Orientar a mudança de posição com maior frequência; -Orientar repouso por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; -Utilizar meia elástica com suave ou médica compressão, que pode aliviar a dor e edema nos membros inferiores.	Enfermeiro/ Médico
Cãimbras	São caracterizados como espasmos involuntários e dolorosos que acometem, especialmente, os músculos da panturrilha e se intensificam com a evolução da gestação.	- Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar; -Evitar ficar em pé e sentada por período prolongado; -Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; -Realizar alongamentos específicos com orientação profissional.	Enfermeiro/ Médico
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na gravidez, preferencialmente, no abdome superior, no glúteo, nas coxas, nas mamas.	-Pode ser recomendada a massagem local com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez;	Enfermeiro/ Médico
Cloasma gravídico	Surgimento de manchas castanhas e irregulares na face, dando origem ao cloasma gravídico.	- Informar que geralmente desaparecem, ou regridem após o parto, e em alguns casos necessitam de tratamento dermatológico; -Evitar exposição direta ao sol; -Utilizar filtro solar, no mínimo três vezes ao dia.	Enfermeiro/ Médico
Alterações no movimento fetal	Ausência, diminuição ou parada da movimentação fetal que podem revelar comprometimento fetal.	-Realizar avaliação clínica, com observação dos batimentos cardíacos; -Se necessário, reduzir o intervalo das consultas de rotina. -Orientar gestante a detectar os movimentos e alterações.	Enfermeiro/ Médico
Gengivite	Sangramento na gengiva, o qual deve ser avaliado a causa.	-Agendar atendimento odontológico para avaliação e orientações.	Enfermeiro/ Médico
Epistaxe/ Congestão nasal	Geralmente são fisiológicos, que resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteróides.	Epistaxe: Leve compressão na base do nariz. Dependendo do caso, encaminhar ao atendimento de emergência. Congestão nasal: instalação nasal de soro fisiológico.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

14. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS

Algumas intercorrências podem aparecer durante a gestação e precisam ser avaliadas e atendidas em tempo oportuno durante o pré-natal. A seguir estão organizadas as principais intercorrências com os sinais e sintomas e condutas.

14.1 Síndromes hemorrágicas

As complicações hemorrágicas que podem ocorrer na gestação: abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica, mola hidatiforme (1ª metade da gestação); placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (2ª metade da gestação). Nesses casos a gestante deve ser encaminhada para consulta médica, imediatamente.

Quadro 10. Abordagens diante das síndromes hemorrágicas na gestação:

Intercorrência	Conduta	Profissional
Abortamento	-Verificar sinais de alerta: atraso menstrual, sangramento vaginal, cólicas no hipogástrio. -Solicitar USG de urgência. - Encaminhar ao Hospital Municipal.	Médico
Descolamento cório-amniótico	- Verificar sintomas: Sangramento genital de pequena intensidade. -Solicitar e avaliar USG. -Esclarecer e orientar a gestante. -Recomendar a abstinência sexual.	Médico
Gravidez ectópica	- Avaliar os sintomas: história de atraso menstrual com teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, evoluindo para dor contínua e intensa. -Solicitar e avaliar USG. Se a USG realizada após a 5ª semana de gestação não demonstrar gravidez tópica. -Encaminhar ao Hospital Municipal.	Médico
Mola hidatiforme	- Avaliar os sintomas: presença de sangramento vaginal intermitente e indolor, altura uterina incompatível com a idade gestacional, ausência de BCF, hipertensão gestacional precoce, hiperêse. -Solicitar e avaliar USG. Encaminhar ao Hospital Municipal	Médico
Placenta prévia	-Verificar sintomas: sangramento vaginal, súbito e de cor vermelho-vivo, indolor. Solicitar e avaliar USG. -Encaminhar gestante para o pré-natal de alto risco.	Enfermeiro/ Médico
Descolamento prematuro da placenta	- Verificar sintomas: surgimento de dor abdominal súbita e com intensidade variável, presença de sangramento discreto a volumoso, contrações seguidas de hipertonia uterina e alterações dos BCF, útero doloroso e sensível às manobras palpatórias, palidez da pele e mucosa. - Encaminhar gestante, com emergência, ao Hospital Municipal.	Enfermeiro/ Médico

Fonte:MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

14.2 Anemia

Quadro 11. Abordagens diante da anemia na gestação:

Intercorrência	Conduta	Profissional
Sem anemia	- Verificar fatores de risco. -No caso de não ter anemia, mas possuir fator de risco, prescrever 1cp/dia de sulfato ferroso 40 mg até o final da gestação.	Enfermeiro/ Médico
Anemia leve a moderada	- Hemoglobina maior que 8 e menor que 11mg/dl. -Prescrever 5cps/dia de sulfato ferroso (40 mg), uma hora antes das refeições (dois cps antes do café, dois cps antes do almoço e 1cp antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. -Repetir hemoglobina em 60 dias: *se apresentar níveis aumentados manter o tratamento até hemoglobina maior que 11mg/dl e depois manter dose profilática. *se apresentar níveis estacionários ou em queda encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco.	Enfermeiro/ Médico
Anemia grave	- Hemoglobina menor que 8mg/dl. - Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

14.3 Hipertensão arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão é definida quando a pressão arterial sistólica atinge valor maior ou igual a 140mmHg e/ou a diastólica atinge valor maior ou igual a 90mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos 4 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

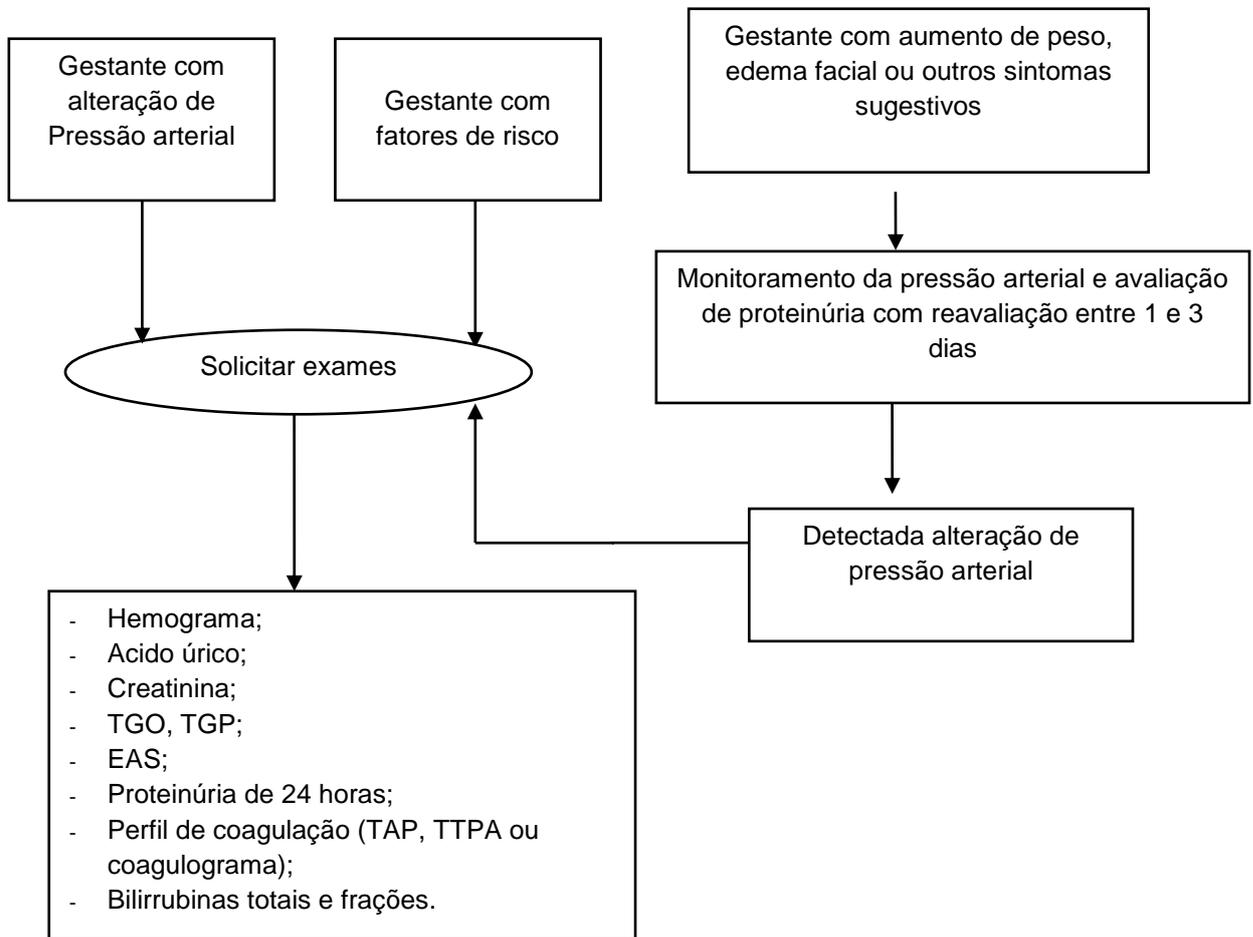
Durante o período gestacional deve-se ficar atento aos sinais de alerta: cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia, edema excessivo, epistaxe, gengivorragia, reflexos tendíneos aumentados, PA maior eu 160/110mmHg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Quadro 12. Abordagem diante das alterações na pressão arterial durante a gestação:

Intercorrência	Conduta	Profissional
Hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> - A hipertensão arterial é definida quando atinge valor maior igual a 140 mmHg da pressão arterial sistólica e/ou valor maior igual a 90 mmHg na diastólica, em duas medidas com intervalo mínimo de 4 horas. - Conduta: Prescrever medicação e acompanhar. - A metildopa é a droga sugerida por não haver evidência de eventos adversos para o feto (750-2000 mg/dia). - Outros antagonistas de canais de cálcio como Nifedipino (10-80 mg/dia) podem ser considerados. - Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angotensina II, como losartana, devem ser substituídos. 	Enfermeiro/ Médico
Pré-eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> -Caracteriza-se pelo surgimento de HAS e proteinúria após a vigésima semana de gestação. - Conduta: Encaminhar a gestante à urgência obstétrica e ao pré-natal de alto risco. 	Enfermeiro/ Médico
Eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> - Caracteriza-se pela pré-eclâmpsia associada a convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas. - Conduta: Encaminhar gestante à urgência obstétrica. 	Enfermeiro/ Médico

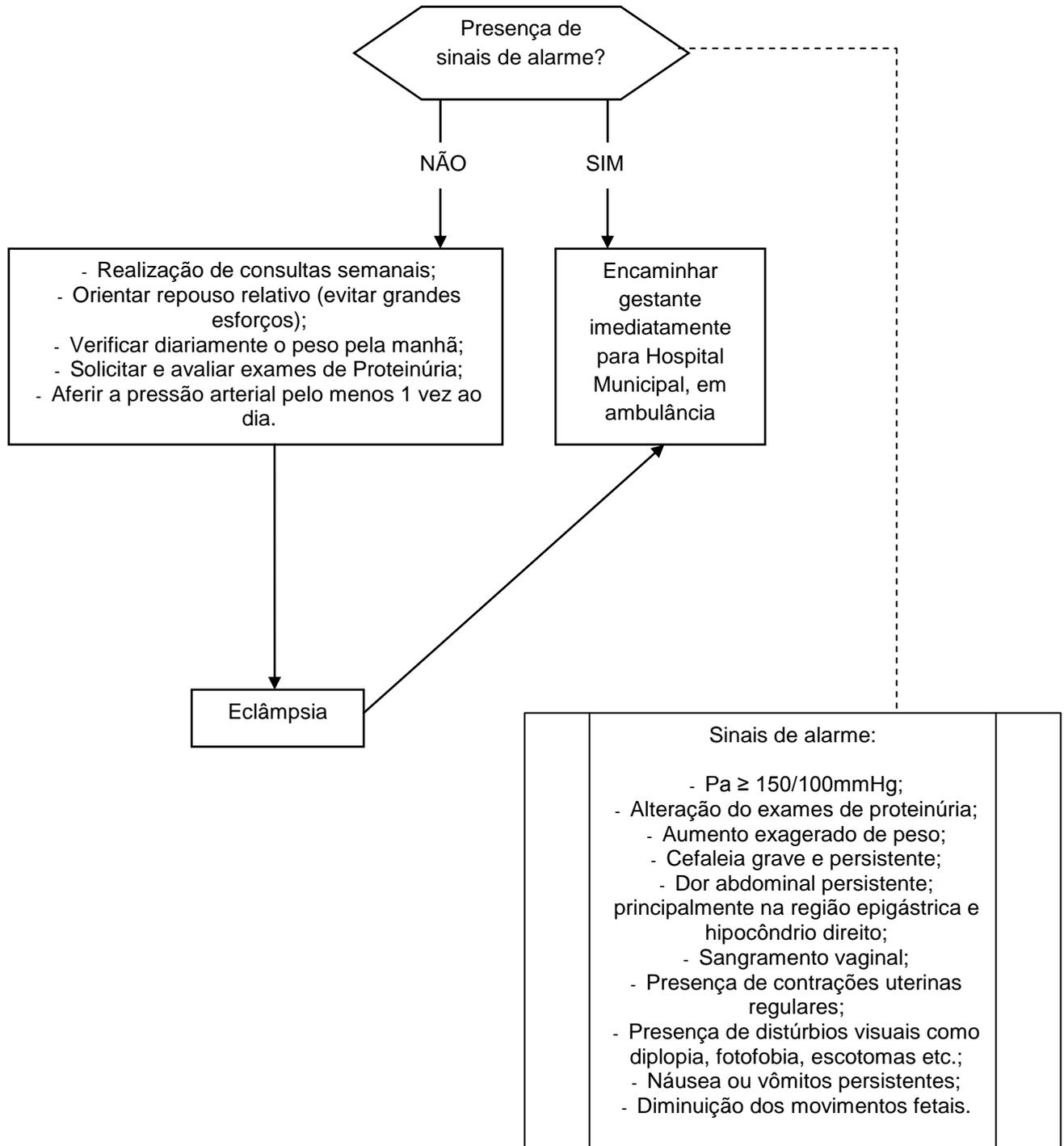
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016).

FLUXOGRAMA VI- CONDUTAS DIANTE DE ALTERAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL DURANTE O PRÉ-NATAL



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013); COREN (2017), adaptado pelos autores.

FLUXOGRAMA VII- ATENÇÃO ÀS GESTANTES COM ALTERAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL

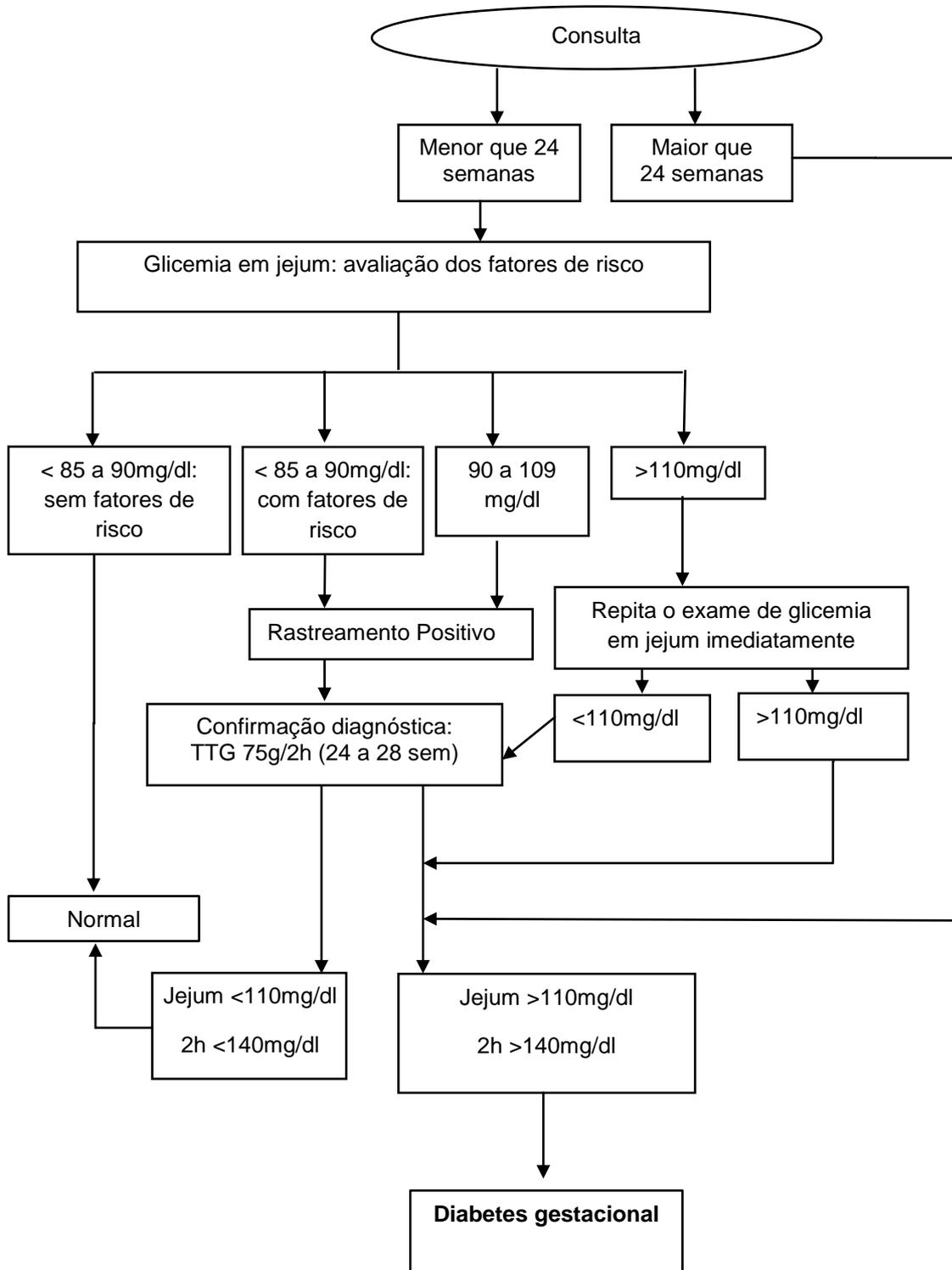


Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013); COREN (2017), adaptado pelos autores.

14.4 Diabetes gestacional

Diabetes gestacional pode ser assintomático ou manifestar sintomas como o ganho de peso excessivo, altura uterina maior que a esperada, entre outros. Logo, após rastreamento para diabetes mellitus gestacional, se positivo a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco e associar ao acompanhamento pelos profissionais da unidade de origem. E para o diagnóstico de diabetes gestacional, leva-se em consideração o fluxograma a seguir.

FLUXOGRAMA VIII- ALTERAÇÃO DA GLICEMIA DURANTE A GESTAÇÃO



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013); COREN (2017), adaptado pelos autores.

13.5 Rh negativo

Quadro 13. Abordagem diante dos resultados do fator Rh:

Resultado	Conduta	Profissional
Coombs indireto positivo	- Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.	Enfermeiro/ Médico
Coombs indireto negativo	-Solicitar o coombs indireto a cada 4 semanas.	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2013); MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

15. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

15.1 Sífilis em gestantes

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, e tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical de mãe para o feto durante o período de gestação e também pode ser transmitida por transfusão sanguínea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b). A sífilis durante a gestação necessita de intervenção imediata, para que se reduzem as possibilidades de transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Toda a gestante deverá ser testada para sífilis no seu primeiro atendimento na Estratégia de Saúde e no terceiro trimestre de gestação. Todas as unidades dispõem de teste rápido para o diagnóstico de sífilis e também realizam coleta para realização dos exames contidos no teste da mamãe e no caso da sífilis inclui o VDRL e FTA-Abs.

A seguir o esquema terapêutico adotado pelo município para o tratamento da gestante baseado no que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

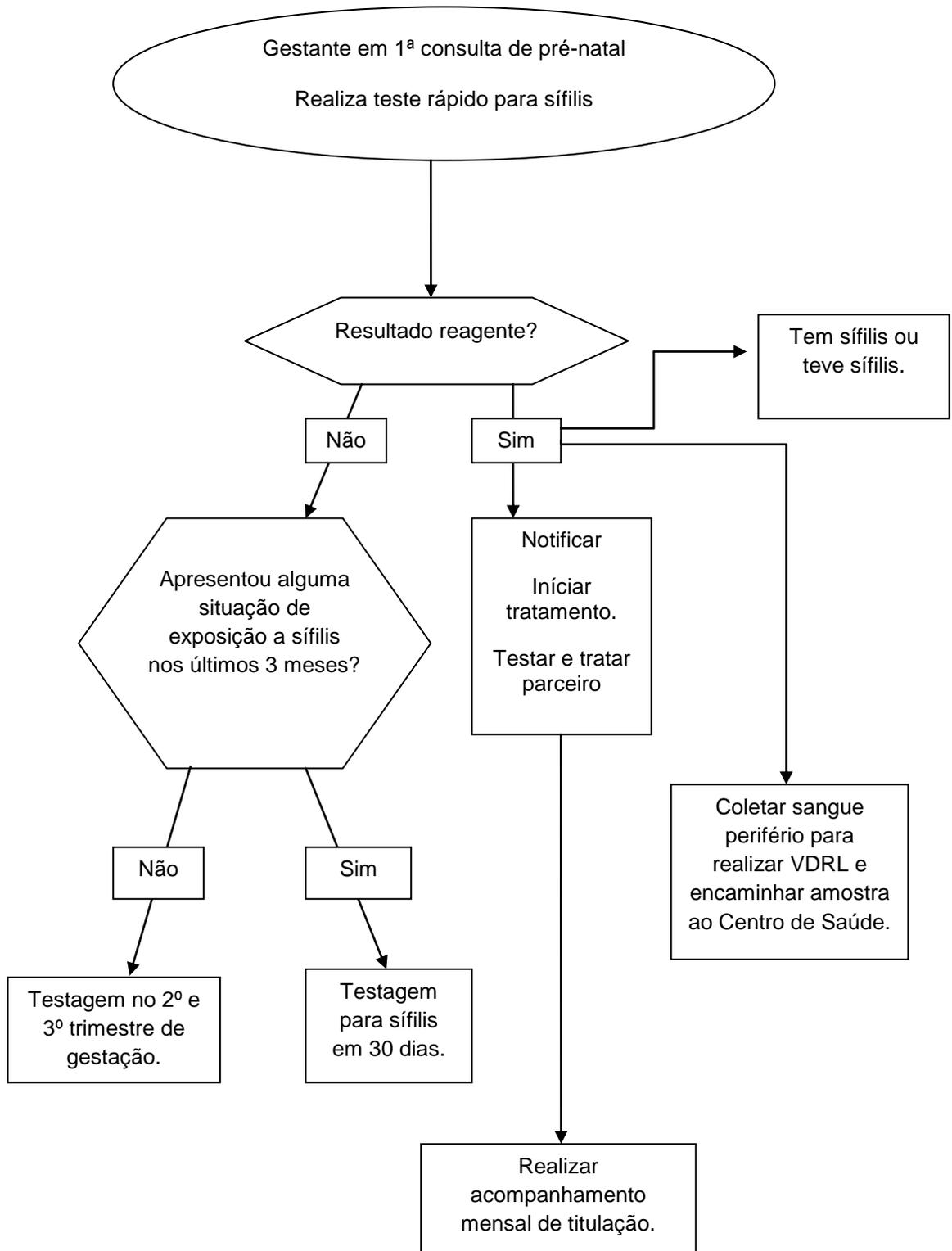
Quadro 14. Esquema terapêutico para tratamento da sífilis em gestantes:

Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose inicial: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias.	Seguimento mensal com testes não-treponêmicos (VDRL).
<p>Observação: Gestantes com alergia confirmada à penicilina</p> <p>Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina.</p> <p>Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante poderá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>TRATAMENTO ADEQUADO DA GESTANTE COM SÍFILIS:</i></p> <p>Tratamento completo com penicilina G benzatina Parceiro tratado concomitantemente</p>		
<p style="text-align: center;"><i>CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTE</i></p> <p>Caso suspeito</p> <p>Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação.</p> <p>Caso confirmado</p> <p>Gestante que apresente teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal;</p> <p>Gestante com teste treponêmico reagente e teste não-treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.</p>		

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2015a), adaptado pelos autores.

A sífilis em gestante é de notificação compulsória regular, e deve ser realizada em até 7 dias.

FLUXOGRAMA IX- MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTES UTILIZANDO TESTE RÁPIDO INICIAL



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015a), adaptado pelos autores.

15.2 Toxoplasmose

O exame para toxoplasmose está incluído na primeira amostra do teste da mamãe, e os profissionais devem estar atentos aos resultados para melhor orientar e encaminhar as gestantes. A seguir são destacadas as condutas diante de cada resultado.

Quadro 15. Interpretação e condutas diante do resultado de exame para toxoplasmose:

Resultado	Conduta	Profissional
IgG(-) IgM(-)	-Repetir a sorologia de três em três meses e no momento do parto. - Orientar cuidados e prevenção primária.	Enfermeiro/ Médico
IgG(+) IgM(-)	-Caracteriza doença antiga ou toxoplasmose crônica (imunidade remota) -Não há necessidades de novas sorologias.	Enfermeiro/ Médico
IgG(+) IgM(+)	-Possibilidade de infecção durante a gestação. -Encaminhar para consulta e acompanhamento na APAE.	Enfermeiro/ Médico
IgG(-) IgM(+)	-Infecção muito recente. -Encaminhar para consulta e acompanhamento na APAE.	Enfermeiro/ Médico

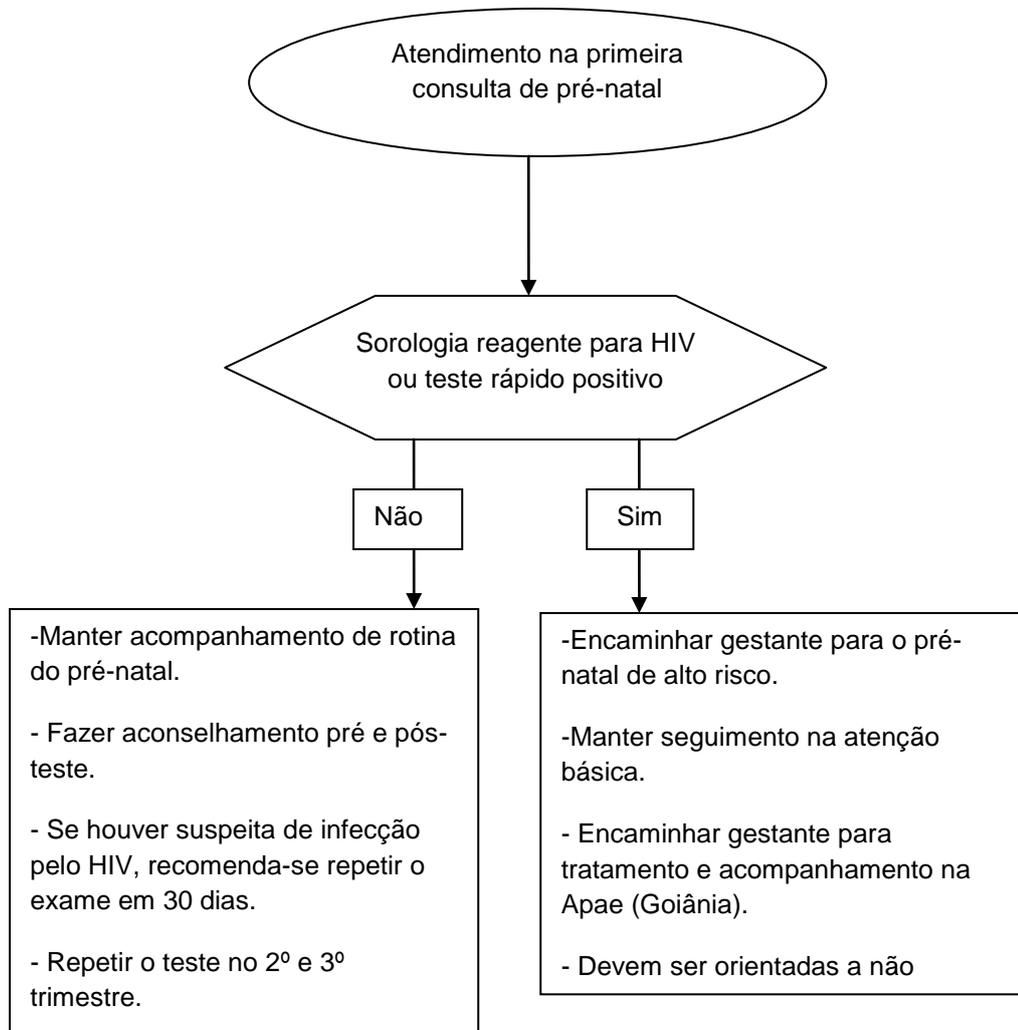
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

Embora se considere que as gestantes suscetíveis precisam ser o foco das medidas preventivas é importante que todas as gestantes sejam orientadas sobre os seguintes cuidados de prevenção primária: lavar as mãos ao manipular alimentos, lavar bem frutas, verduras e legumes antes de se alimentar, não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, evitar o contato com solo e a terra de jardim (caso o faça, usar luvas e lavar as mãos após a atividade), evitar o contato com fezes de gato, lavar bem as mãos após manusear carne crua, não ingerir leite e seus derivados crus não pasteurizados, lavar bem as mãos após o contato com os animais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

15.3 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresenta fatores de risco para a transmissão vertical durante a gestação. Assim, toda gestante deverá realizar o teste rápido para HIV e coleta de material para teste da mamãe logo na primeira consulta de pré-natal, e posteriormente repetir no 2º e 3º trimestre de gestação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

FLUXOGRAMA X- MANEJO NOS RESULTADOS DE SOROLOGIA DO HIV EM GESTANTES



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015b), adaptado pelos autores.

15.4 Hepatite B

Deve-se proceder à investigação da infecção pelo vírus da Hepatite B na gestante com pesquisa do HBsAg em todas as gestantes, durante o 1º trimestre da gestação ou quando se iniciar o pré-natal. Gestantes portadoras de exame HBsAg reagente devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e também para acompanhamento na Apae (Goiânia).

A seguir, um quadro que especifica as condutas diante dos resultados dos marcadores da hepatite B no caso de gestante.

Quadro 16. Interpretação e condutas diante do resultado de exame para Hepatite B:

Resultado	Conduta
HBsAg (teste rápido) reagente	Solicitar HBeAg e transaminases ou aguardar resultado de teste da mamãe.
HBsAg reagente e HBeAg reagente	Encaminhar ao pré-natal de alto risco e para acompanhamento na Apae Goiânia.
HBsAg não reagente e anti-HBs não reagente.	Encaminhar para vacinação.
HBsAg não reagente e anti-HBs reagente	Gestante já imune.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015b), adaptado pelos autores.

15.5 Hepatite C

Como nos casos da hepatite B, sífilis e HIV, na primeira consulta de pré-natal a gestante deve ser submetida ao teste rápido para hepatite C. E as gestantes que apresentarem resultado reagente para hepatite C devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e também para acompanhamento na Apae Goiânia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b). E a gestante deve ser orientada que a hepatite C contraindica a amamentação se a mãe apresentar fissura no mamilo ou está com carga viral elevada.

16. AÇÕES EDUCATIVAS

A gestação é um período em que muitas mudanças ocorrem na vida das mulheres e assim algumas dúvidas aparecem, logo, a equipe de saúde necessita realizar uma abordagem de forma que auxiliem a gestante e a família, durante a gestação e após o parto.

Fica estabelecida a realização de grupos de gestante no dia do atendimento de pré-natal, e deverá ser realizado antes do início do atendimento. Esse grupo tem o objetivo de oferecer orientações, apoio psicológico para as gestantes, troca de experiências. Entre os temas que poderão ser discutidos, tem-se:

- O que está acontecendo com seu corpo?
- Beleza e sexualidade na gravidez
- Alimentação saudável: por quê?
- Pré-natal: qual a importância?
- Saúde bucal da mãe e do bebê
- Métodos de preparo para o parto
- Parto normal e parto cesáreo
- Amamentação e cuidados com as mamas
- Cuidados com o recém-nascido.

Como incentivo a participação dessa gestante nos grupos, sugere-se:

- Café-da-manhã ou lanche
- Sorteio de brindes e/ou fraldas
- Entrega de Kits para as gestantes que participarem de pelo menos 4 reuniões de grupo.
- Fotografias.

17. PLANO DE PARTO E FICHA PERINATAL

17.1 Plano de parto

A humanização da assistência ao parto envolve algumas demandas das mulheres e da sociedade, a da oferta pelo sistema público de saúde e de um serviço que ofereça qualidade e o direito de parir em condições que garantam a segurança da mulher e do bebê. E também que ofereça à mulher a possibilidade de atuar como protagonista, que se espera que seja efetivada de acordo com suas expectativas, que podem ser demonstradas em um plano de parto previamente elaborado no atendimento ao pré-natal (DIAS; DOMINGUES, 2005).

O plano de parto trata-se de um documento escrito no qual a gestante depois de receber informações sobre a gravidez até o nascimento e considerando os seus valores, e desejos pessoais, elabora colocando suas expectativas para o parto e consiste em uma forma de comunicação que auxilia no direcionamento do plano de cuidados oferecidos a mulher durante o processo de trabalho de parto (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

É apresentado, a seguir, o modelo de plano de parto baseado na proposta do Protocolo do COREN de 2017 e adaptado para realidade do Município de Morrinhos-GO, o qual deverá ser realizado na atenção básica durante o pré-natal e encaminhado junto à gestante na ocorrência do trabalho de parto, juntamente com a ficha perinatal.

17.2 Ficha perinatal

A ficha perinatal apresenta dados semelhantes aos contidos na caderneta da gestante. Essa ficha deverá ser preenchida em todas as consultas e entregue com o plano de parto para a gestante quando a mesma for encaminhada ao hospital no final da gravidez.

Esta ficha deverá retornar com a puérpera assim que tiver alta hospitalar para que a equipe da atenção básica no momento da visita domiciliar tenha informações do parto e também finalize preenchendo os dados do atendimento no puerpério.

18. ATENDIMENTO NO PUERPÉRIO

O cuidado no período puerperal é necessário para a saúde materna e neonatal. O puerpério se inicia após o parto e tem duração em média de seis semanas após este (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

O pós-parto é considerado um momento que envolve os cuidados com o recém-nascido e as mudanças maternas no contexto físico, emocional e social. Diante disso, os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar aptos e atentos para oferecer o apoio a mulher e a família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). E para isso orienta-se que seja realizada uma visita domiciliar com equipe multiprofissional da APS no período do puerpério imediato, caracterizado entre o 1º ao 10º dia após o parto, a todas as mulheres que realizaram o acompanhamento de pré-natal na unidade de saúde.

18.1 Atenção materna

Quadro 17. Roteiro para atendimento materno no puérperio:

Condutas	Avaliar/ Realizar/ Prescrever/ Orientar	Profissional
Entrevista	- Verificar caderneta da gestante, dados a gestação, ficha de plano de parto com informações do parto e das possíveis intercorrências. -Verificar as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades.	Médico/ Enfermeiro/
Avaliação de sinais vitais	-Verificar peso, pressão arterial, pulso e respiração	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem
Exame físico	-Avaliar mamas e mamilos. -Realizar exame abdominal: condição uterina, sensibilidade à palpação, aspecto da incisão cirúrgica se parto cesariana. -Examinar períneo e genitais.	Enfermeiro/ Médico
Plano de cuidados	-Orientar, estimular e apoiar a família no aleitamento materno. - Reforçar os benefícios do aleitamento materno. - Orientar cuidados com as mamas. - Orientar alimentação adequada com dieta fracionada e ingestão hídrica frequente. - Solicitar visita domiciliar do NASF se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular redes de apoio social, quando necessário. - Orientar na atualização do calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário. - Retirar os pontos da cesariana entre sete e dez dias após o parto e após avaliação. -Esclarecer dúvidas e orientar ao retorno da atividade sexual e	Enfermeiro/ Médico

	<p>planejamento reprodutivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto ao posicionamento na cama (decúbito lateral para facilitar a eliminação de flatos). - Incentivar a deambulação precoce. - Estimular a postura correta para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores). -Orientar quanto aos exercícios respiratórios (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca). - Prescrever sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes do almoço, até três meses após o parto. 	
Registro	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar dados em ficha perinatal. - Preencher SISPRENATAL e finalizar atendimento no sistema. 	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

18.2 Atenção ao recém-nascido (RN)

Quadro 18. Roteiro para atendimento ao recém-nascido:

Condutas	Avaliar/ Realizar/ Prescrever/ Orientar	Profissional
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar caderneta da criança, dados a gestação, ficha de plano de parto com informações do parto e das possíveis intercorrências no pós parto. - Avaliar dados do RN: peso e comprimento o nascer, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha. -Verificar as demandas da puérpera, recém-nascido e sua família e identificar suas necessidades. 	Médico/ Enfermeiro
Exame físico	-Examinar RN: peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor (avaliar reflexos).	Enfermeiro/ Médico
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre imunização e encaminhar para sala de vacina se necessário. - Encaminhar o RN para realizar triagem neonatal entre o 3º e 5º dia de vida. - Observar interação mãe-bebê. - Orientar manejos durante episódios de cólicas e explicar as causas. - Orientar cuidado com coto umbilical. -Orientar o banho de sol diário. - Orientar e estimular o acompanhamento de puericultura na ESF. 	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

19. ALEITAMENTO MATERNO

Durante o pré-natal deve-se promover e incentivar gestante, familiares e cuidadores quanto ao aleitamento materno. A equipe de saúde precisa estar preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientar de acordo com a realidade de cada família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Nas consultas de acompanhamento de pré-natal é necessário orientar as gestantes em relação alguns aspectos da amamentação, como: experiências prévias, mitos, medos e preocupações quanto ao aleitamento materno, a importância do aleitamento materno, as vantagens e desvantagens do leite não humano, a importância da amamentação logo após o parto, a prevenção de complicações relacionadas à amamentação, as vantagens e desvantagens do uso de chupetas e mamadeiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015c).

Sabe-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, e que ela seja complementada com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos a partir dos 6 meses até 2 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Verifica-se que existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites. E alguns utensílios oferecidos à criança podem desfavorecer a continuidade da amamentação, como o uso de chupetas e mamadeiras.

Para a abordagem direcionada a promoção ao aleitamento materno verifique o quadro a seguir.

Quadro 19. Roteiro para abordagem materna quanto ao aleitamento materno:

Condutas	Avaliar/ Realizar/ Prescrever/ Orientar	Profissional
Entrevista	-Avaliar expectativas, dificuldades, conhecimentos, experiência pessoal, experiência familiar. -Avaliar presença de condições clínicas maternas que necessitem de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno. - Avaliar aleitamento materno atual, como frequência das mamadas, dificuldades, satisfação do RN, condições das mamas.	Enfermeiro/ Médico
Exame físico	- Avaliar as mamas (inspeção e palpação). -Avaliar o posicionamento da criança e da pega. - Evidenciar que na pega correta, a boca do bebê deve estar bem	Enfermeiro/ Médico

	<p>aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama.</p> <p>- Orientar sobre os sinais indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção, ruídos da língua, mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada, mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama, dor na amamentação.</p> <p>- Recomenda que nos casos da mama estar muito cheia, retirar manualmente um pouco de leite antes da mamada.</p>	
Orientações	<p>- Orientar sobre os benefícios do aleitamento materno, para a mulher e para o bebê.</p> <p>- Orientar sobre o preparo das mamas para a amamentação: usar sutiã durante a gestação, realizar banho de Sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã e após as 16 horas, observando a diferença durante o horário de verão), desaconselhar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo.</p> <p>- Orientar sobre a amamentação: as mamadas devem ser de livre demanda, importante esvaziar a mama antes de oferecer a outra, não oferecer chá, água ou outros leites.</p> <p>- Orientar sobre a alimentação materna: consumo de líquidos pelo menos 2 litros ao dia, aumentar o consumo de alimentos fontes de proteína, como, leite, iogurte, queijo, carnes.</p>	Enfermeiro/ Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

19.1 Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação ou contra-indicação ao aleitamento materno

Quadro 20. Condições maternas em que o aleitamento materno é contra-indicado:

Condição Clínica Materna	Recomendação	Observações
HIV	Contra-indicado	Pelo risco da transmissão da mãe para o bebê.
HTLV	Contra-indicado	Pelo risco da transmissão da mãe para o bebê.
Hepatite B	Manter aleitamento materno	A imunoglobulina específica administrada após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição	Contra-indicado quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
Tuberculose pulmonar	Manter aleitamento materno	Com alguns cuidados da mãe, como, higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia.
Doença de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição	Fica contra-indicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.
Uso de drogas ilícitas	Contra-indicado	Deve-se avaliar o risco e o benefício da amamentação.
Uso de drogas lícitas: álcool e tabaco	Manter aleitamento materno, com restrição	A suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Quimioterapia/ Radioterapia	Contra-indicado	Pelo risco para o bebê.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2016), adaptado pelos autores.

19.2 Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Quadro 21. Abordagem diante das intercorrências ou complicações no aleitamento materno:

Intercorrência	Conduta	Profissional
Bebê que não suga ou com sucção fraca	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a ordenha para garantir a continuidade da produção de leite. - Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. - Estimular o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e mole. - Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. 	Enfermeiro/ Médico
Demora na apojadura	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar que ocorre em 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea. - Estimular a autoconfiança da mãe. - Orientar medidas de estímulos como a sucção freqüente do bebê e a ordenha. 	Enfermeiro/ Médico
Mamilos planos ou invertidos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a confiança para mãe, ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola, tentar diferentes posições para escolher a melhor. - Ensinar manobras que auxiliam no aumento dos mamilos, como, compressas frias e sucção por 30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada. - Orientar na manutenção da ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança. 	Enfermeiro/ Médico
Ingurgitamento mamário	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ordenha manual antes da mamada. - Realizar massagens delicadas com movimentos circulares. - Realizar mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos. - Orientar uso de sutiã com alças largas e firmes. - Orientar a realização de compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas. 	Enfermeiro/ Médico
	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrever analgésico: Dipirona 500mg, VO, 6/6 horas, se dor Paracetamol 500mg, VO, 6/6 horas, se dor 	Enfermeiro/ Médico
Dor nos mamilos/fissuras	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar posicionamento e pega correta. - Orientar a manutenção dos mamilos secos, banho de sol e trocas frequentes dos forros úmidos. - Orientar a não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante. - Introduzir dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção interrompida antes de a criança ser retirada da mama. - Ordenhar manualmente antes da mamada. - Passar o leite nas lesões, no final das mamadas. 	Enfermeiro/ Médico
Candidíase (monilíase)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sintomas, como, coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhados, brilhante e com fina descamação. E na criança aparecem placas brancas na região oral. - Orientar a não oferecer chupeta ao bebê (que é fonte de reinfecção). - Prescrever tratamento inicial da mãe. Uso tópico, após cada mamada: nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por 14 dias. - Orientar a manter os mamilos secos e expor à luz em alguns minutos do dia. 	Enfermeiro/ Médico

	- Caso o tratamento seja ineficaz, recomenda-se a prescrição via oral de fluconazol 150 mg/dia, por 14 a 18 dias, ou cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias.	Médico
Reflexo de ejeção do leite exagerado.	- Orientar ordenha antes de cada mamada.	Enfermeiro/ Médico
Galactocele	- Trata-se de formação cística nos ductos mamários. O tratamento pode ser feito por aspiração, porém, frequentemente precisa ser extraído cirurgicamente.	Médico
Mastite	- Identificar sintomas: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. - Orientar a não suspender o aleitamento materno. - Esvaziar adequadamente as mamas. - Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes. - Prescrever, nos casos de dor ou febre: dipirona 500-1000 mg, VO, 6/6 horas, ou paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, ou ibuprofeno, 300-600 mg, VO, 6/6 horas.	Enfermeiro/ Médico
	Antibioticoterapia, se necessário: - Cefalexina, 500mg, VO, 6/6 horas- 10 dias - Amoxicilina 500mg, VO, 8/8 horas- 10 dias - Amoxicilina + ácido clavulânico (500mg/ 125mg), VO, 8/8 horas- 10 dias - Eritromicina 500mg, VO, 6/6 horas- 10 dias (em pacientes alérgicas aos demais medicamentos) <i>OBS: caso não ocorra regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso.</i>	Médico
Abcesso mamário	- Reconhecer sinais de alerta: dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas de flutuação à palpação. - Realização de intervenção rápida encaminhando a gestante ao Hospital Municipal para a realização de drenagem cirúrgica. - Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada regularmente. - Orientar interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia.	Médico

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE(2015c), adaptado pelos autores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966**. Regula o exercício da Odontologia. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5081.htm>. Acesso em: 15/02/17.

BRASIL. **Lei nº 6.684 de 3 de setembro de 1979**. Regulamenta as profissões de Biólogo e de Biomédico, cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6684.htm>. Acesso em: 15/02/17.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 15/02/17.

BRASIL. **Lei nº 8.234 de 17 de setembro de 1991**. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm>. Acesso em: 15/02/17.

BRASIL. **LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 15/02/17.

BRASIL. **Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. 2013. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm>. Acesso em: 15/02/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). Brasília; 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em 19 de fevereiro de 2018.

COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009.

COFEN. **Resolução COFEN-516/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2016.

COFEN. **Resolução COFEN-564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2017.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3. Ed. Goiânia: Conselho Regional de enfermagem de Goiás, 2017. 395p.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.669-705, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 52 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 112p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis estratégias para diagnóstico no Brasil**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 100p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 301p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 320 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 124 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso rápido de vigilância epidemiológica de HIV, Aids e Sífilis**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 146p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 140p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 184p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1.ed. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.669-705, 2005.

ROSSO, C. F. W.; NASCIMENTO, M. S. S. P. Produção de Protocolos de Atenção à Saúde. In: Carmen Elizabeth Kalinowski; Karla Crozeta. (Org.). **PROENF Atenção Primária e Saúde da Família**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015, v.4, p. 83-105.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Instrumento para classificação de risco gestacional**. 2018. Disponível em: <
http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9742&Itemid=82. Acesso em: 01/02/18.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Superintendência de Vigilância em Saúde e Gerência de Imunizações e Rede de Frio. **Guia prático de imunizações para trabalhadores da sala de vacinação**. Goiás: Secretaria Estadual de Saúde. 1. ed. 2017. 52p.

SUÁREZ-CORTÉS M. et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.

YOUNES, I.; HOUWELING, T. A. J.; AZAD, K.; COSTELLO, A.; FOTTRELL, E. Estimating coverage of a women`s group intervention among a population of pregnant women in rural Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.12, n.60, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual constitui uma ferramenta auxiliar para o fortalecimento da APS de Morrinhos-GO. Ele norteará a organização do serviço de atendimento às gestantes, a padronização da atenção oferecida nas UBS e também o estabelecimento de comunicação entre os níveis de atenção.

Verifica-se a necessidade do profissional enfermeiro estar inserido nas ações de prevenção e promoção da saúde, pois muitas vezes não é reconhecida a sua devida importância profissional no que se refere a realização de consultas de pré-natal. A consulta de enfermagem no pré-natal não substitui a consulta médica, assim como de demais profissionais, portanto, a atenção ao pré-natal deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, pois se complementam e estabelecem o cuidado adequado e de qualidade as gestantes.

Pode-se inferir que a iniciativa da elaboração do referido protocolo em reuniões com profissionais de várias áreas de atuação na saúde, contribuiu para que o material apresentasse esse caráter multidisciplinar. Além disso, proporcionou um olhar diante das potencialidades do município e também das fragilidades, para que assim fosse estabelecido um material que contribuísse para na melhoria do atendimento, na qualidade da atenção e, conseqüentemente, na satisfação das usuárias.

Com esse propósito, por considerar o protocolo uma ferramenta de gestão que permite a padronização de fluxos de atendimento, elaborou-se o presente protocolo com participação multidisciplinar para favorecer aos profissionais de saúde uma organização da assistência e estabelecimento de atribuições de cada membro da equipe no atendimento no pré-natal de risco habitual.

Diante do exposto, o Protocolo Multidisciplinar de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual, resultado deste estudo, constitui um modelo para outros municípios e sugere-se realizações de mais pesquisas de intervenções referentes a aplicação desse protocolo.

REFERÊNCIAS

- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.4, p.789-800, abr, 2012.
- BAGGIO, M. A.; PEREIRA, F. C.; GUIMARÃES, A. T. B.; CALDEIRA, S.; VIEIRA, C. S. Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.3, p.01-10, jul/set, 2016.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.
- BARBEIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, v. 49, n. 22, p.1-15, 2015.
- BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.1, p.29-35, jan/mar, 2011.
- BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.2, p.269-276, abr/jun, 2012.
- BRASIL. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 15/02/17.
- BRASIL. **Portaria GM nº 569/2000**. Institui o Programa pré-natal e nascimento e dá outras providências. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 30/09/17.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF); 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 07/10/17.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/2012**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). Brasília; 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 19/02/18.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-DAB. e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**. 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20/03/18.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.693-705, abr, 2010.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3. Ed. Goiânia: Conselho Regional de enfermagem de Goiás, 2017. 395p.
- COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009.
- COFEN. **Resolução COFEN-516/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2016.
- COFEN. **Resolução COFEN-564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2017.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, sup. 11, p. 1029-1042, 2011.
- DATASUS. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**. Informações em Saúde – Tabnet. Estatísticas Vitais. 2016. Disponível em:< <http://datasus.saude.gov.br/> >. Acesso em 18 de abril de 2017.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré- natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar, 2012.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.37, n.3, p.140-147, 2015.
- FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4457-4466, 2014.
- GARCIA, L. P. et al. Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil. **Jornal de Pediatria**. p. 1-7, fev, 2018.
- GERHARDT, T. E.;SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre, Editora da UFRGS. 2009

- GONÇALVES, M. F. Prenatal care: preparation for childbirth in primary healthcare in the south of Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.3, p. 1-8, mar, 2018.
- HINRICHSEN, S. L. Qualidade & Gestão de Riscos Segurança do Paciente. Rio de Janeiro: **Medbook**; 2012.
- JACQUES, J. E.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, v.4, n.1, p.106-124, 2007.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, s.1, p.192-2017, 2014.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p.103-109, jan/mar, 2011.
- MARON, L. C. et al, L. M. Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupo operativo no pré-natal. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v.4, n.3, p.519-528, jul/set, 2014.
- MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n.4, p.540-549, 2015.
- MENDONÇA, M. H. M.; VASONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 24 Sup 1:S4-S5, 2008.
- MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.4, p. 787-796, abr, 2011.
- MILCENT, C.; ZBIRI, S. Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery. **Health Economics Review**, v.8, n.1, p.1-21, mar, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. 2. Ed. Volume I. 2010. 610p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico Gestação de Alto Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.
- NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.24, n.2, p.252-261, 2016.

ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil. **Desenvolvimento sustentável**. 2017. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/nenhuma-mulher-deve-morrer-no-processo-de-se-tornar-mae-diz-diretora-da-opas/>>. Acesso em: 19/04/2018.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.1999-2010, 2014.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré- natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.45, n.5, p.1041-1047, out, 2011.

ROSSO, C. F. W.; NASCIMENTO, M. S. S. P. Produção de Protocolos de Atenção à Saúde. In: Carmen Elizabeth Kalinowski; Karla Crozeta. (Org.). **PROENF Atenção Primária e Saúde da Família**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015, v.4, p. 83-105.

SANTOS, A. L.; PADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**, v.1, p.61-71, 2010.

SANTOS, J.; et al. **Protocolos Clínicos e de Regulação**. Rio de Janeiro, Elsevier Editora, 2012.

SANTOS, R. L. B. et al. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.5, n.4, p.628-637, 2015.

SILVA, L. A. et al. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.7, n.2, p.2298-2309, abr/jun, 2015.

SILVA, J. A. S. V.; HINRICHSEN, S. L.; BRAYNER, A. C.; VILELLA, T. A. S.; LEMOS, M. C. Glosas hospitalares e o uso de Protocolos Assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, v.17, n.66, 2017.

SIM. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade Materna- SIM**. 2016. Disponível em :<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em 19 de abril de 2017.

SIM. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade Infantil- SIM**. 2016. Disponível em :<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em 19 de abril de 2017.

SINASC. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC**. 2016. Disponível em : <<http://svs.aids.gov.br/dashboard2/natalidade/>>. Acesso em 19 de abril de 2017.

SOARES, A. C.; OLIVEIRA, A. C. B.; OLIVEIRA, V. J. Pré-natal de baixo risco como atividade do enfermeiro: implicações para sua implementação segundo os

enfermeiros que atuam no município de Pará de Minas-MG. **Revista Digital FAPAM**, v.2, n.2, p.144-157, nov, 2010.

SOUZA, I. A. Compatibilidade entre dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sisprenatal. **Revista prisma.com**. n.32, p.127-147, 2016.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 2, p. 5-43, 2013.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré- natal. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 255-262, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de Cuidados à Saúde e de Organização dos Serviços**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG; Editora Coopmed, 2009. 84 p.

YOUNES, I.; HOUWELING, T. A. J.; AZAD, K.; COSTELLO, A.; FOTTRELL, E. Estimating coverage of a women`s group intervention among a population of pregnant women in rural Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.12, n.60, jun, 2012.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL NO MUNICÍPIO DE MORRINHOS-GO

Pesquisador: ALINE PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65612717.4.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.202

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL NO MUNICÍPIO DE MORRINHOS-GO. Pesquisadora Responsável: ALINE PEREIRA DA SILVA. N. CAAE: 65612717.4.0000.5083. Participante da equipe de pesquisa: Claci Fatima Weirich Rosso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um Protocolo de Atenção ao pré-natal de risco habitual para enfermeiros da APS no Município de Morrinhos-GO.

Objetivo Secundário:

Descrever a Rede de Atenção ao pré-natal de risco habitual do Município; Adaptar protocolo estabelecido pelo Conselho Regional de Enfermagem

de Goiás à realidade do Município; Realizar oficinas com profissionais enfermeiros e médicos para apresentação do protocolo; Avaliar o

conhecimento e adesão dos profissionais na Atenção ao pré-natal de risco habitual com a implementação



Continuação do Parecer: 2.015.202

do Protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Relatam que: Os participantes serão esclarecidos que o estudo não terá riscos ou prejuízos e que não acarretará em

nenhum tipo de ônus próprio ou para a Unidade ao participar do estudo.

Benefícios:

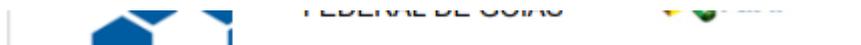
Não haverá nenhuma forma de pagamento ou ressarcimento de despesas (compensação financeira) relacionado a sua participação e às informações fornecidas. Os benefícios esperados com os resultados da pesquisa poderão contribuir para determinar a melhoria da qualidade da assistência prestada ao pré-natal de risco habitual na APS no município de Morrinhos-GO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de intervenção voltado para a elaboração de Protocolo para o atendimento ao pré-natal de risco habitual por enfermeiros da APS de Morrinhos-GO. Participarão enfermeiros, médicos, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem trabalhadores na APS, que realizam de forma direta ou indireta o atendimento ao pré-natal de risco habitual em uma das onze UBS do município.

A coleta de dados será organizada didaticamente em fases para facilitar a compreensão do desenvolvimento do estudo e etapas de implementação do Protocolo. Será realizada reunião de formação e parceria com os profissionais responsáveis envolvidos, em seguida a elaboração do protocolo, educação permanente e coleta de dados após implementação por meio de entrevistas e avaliação do boletim epidemiológico do município. Resultados esperados: Será construído e implementado um Protocolo de regulamentação das ações do profissional enfermeiro para o atendimento ao pré-natal de risco habitual na APS no município de Morrinhos-GO, além de contribuir para determinar a melhoria da qualidade da assistência.

Exclusão: Profissional que estiver de licença maternidade, licença prêmio, férias, licença por interesse



Continuação do Parecer: 2.015.202

particular, ou por qualquer motivo de afastamento do serviço no momento da coleta de dados; Profissionais que não participarem dos encontros de educação permanente.

Hipótese: A implementação do Protocolo de Atenção ao pré-natal de risco habitual para enfermeiros na APS de Morrinhos-GO poderá refletir na melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, tal como na redução nos registros de mortalidade materna e fetal no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente assinada.
- Termo de compromisso das pesquisadoras envolvidas.
- Anuência do Secretário de Saúde de Morrinhos autorizando a presente pesquisa.
- TCLE, garante o direito à indenização em caso de dano advindo da pesquisa, garantem o direito à devolutiva dos resultados ao participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFV considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFV o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para ----- .

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_872254.pdf	10/04/2017 14:12:46		Aceito



Continuação do Parecer: 2.015.202

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/04/2017 14:09:21	ALINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Aline.pdf	13/03/2017 09:20:08	ALINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANUENCIA.pdf	13/03/2017 09:18:18	ALINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	13/03/2017 09:17:15	ALINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	13/03/2017 09:14:43	ALINE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

ANEXO 2

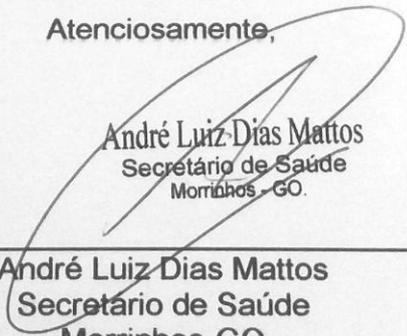
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS
Estado de Goiás
Secretaria Municipal de Saúde

Morrinhos, 20 de fevereiro de 2017

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que estou de acordo com o projeto de pesquisa intitulado “ PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL NO MUNICÍPIO DE MORRINHOS-GO” de responsabilidade da pesquisadora e servidora do município de Morrinhos, e mestrande do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, **Aline Pereira da Silva**, RG 4945047 DGPC/GO, CPF 018419581-07. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,


André Luiz Dias Mattos
Secretário de Saúde
Morrinhos - GO.

André Luiz Dias Mattos
Secretário de Saúde
Morrinhos-GO