

FRANCISCO DE MATOS MACHADO FILHO

**ROTINAS DE PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

JUNHO/2012

FRANCISCO DE MATOS MACHADO FILHO

**ROTINAS DE PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Alisson Araújo

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

JUNHO/2012

FRANCISCO DE MATOS MACHADO FILHO

**ROTINAS DE PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Alisson Araújo

Banca Examinadora

Professor Alisson Araújo (Orientador) – Universidade Federal de São João Del Rei

Professora Salime Cristina Hadad – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

APROVADO EM BELO HORIZONTE EM ___/___/_____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha noiva Josymara, aos meus pais Geralda e Francisco, aos meus irmãos Gabriela e José Eduardo, aos familiares e aos pacientes que direta e indiretamente contribuíram para o êxito de tal obra.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida, pelo conhecimento, pelas graças, pelas bênçãos, pelo amor, pelos erros e pelo aprendizado.

Agradeço à minha mãe pelo estímulo e pela presença; ao meu pai pelo porto seguro, aos meus irmãos – Gabriela e José Eduardo – pela fraternidade; aos familiares pela existência.

Agradeço à minha noiva Josymara pela compreensão, dedicação e imensa paciência, que me ensinou que o amor e o amar transcendem todos os obstáculos.

Agradeço aos professores – fonte de sabedoria e aprendizado, aos pacientes – pela paciência e pela fidelidade, e a todos aqueles, que pacientes ou não, contribuíram de alguma forma para a realização deste sonho.

Não é a intenção que valida um ato, mas seu resultado.

(NICOLAU MAQUIAVEL)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre a assistência e as rotinas prestadas às gestantes no pré-natal. Tem como objetivo apresentar ações de rotina para serem implementadas no protocolo de assistência integral às gestantes vinculadas à Estratégia de Saúde da Família Caminhos do Ipituruy no município de Serro/Minas Gerais. Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram utilizados textos do Ministério da Saúde do Brasil. Do material bibliográfico estudado foi possível tratar os temas: 1- A estratégia da saúde da família e a humanização do atendimento; 2- Gravidez - atenção primária e aspectos gerais e 3- Rotinas de consulta pré-natal no Programa de Saúde da Família. Com a humanização no atendimento pré-natal, tem-se a valorização do ser humano, fato tão importante para que a assistência à saúde seja realmente integral. A territorialização da Estratégia de Saúde da Família tem levando a assistência até os cidadãos demonstrando um considerável avanço e possibilidade em relação à humanização e, principalmente, às rotinas e aos exames preconizados que garantem a saúde e melhoria na qualidade de vida da gestante e de seu filho. Assim, um protocolo de rotinas de pré-natal que estimule gestantes a manter a assiduidade no atendimento pode ser um fator muito importante para uma gravidez saudável.

Palavras chave: pré-natal, gestação, saúde da mulher.

ABSTRACT

This work of completion it is a narrative review of the literature on the care and routines provided to pregnant women during prenatal care. Aims to present routine actions to be implemented in the protocol of comprehensive care for pregnant women related to the Family Health Strategy Ivituruy Roads in the city of Serro / Minas Gerais. For this we performed a literature search in the database: Latin American Literature in Health Sciences, available on the Virtual Health Library were also used texts from the Ministry of Health of Brazil. Bibliographic material studied was possible to treat the following topics: 1 - The strategy of family health and humanization of care, 2 - Pregnancy - primary and general aspects and 3 - Routine antenatal visit in the Family Health Program. With the humanization of prenatal care, has been the appreciation of the human factor, so important for health care is actually full. The territorialization of the Family Health Strategy is taking care to citizens demonstrating a considerable improvement and possibility in relation to the humanization and, especially, the routines and examinations recommended to ensure the health and improved quality of life of the mother and her son. Thus, a protocol of routine prenatal care that encourages women to keep the attendance of healthcare can be a very important factor for a healthy pregnancy.

Keywords: prenatal care, pregnancy, women's health.

Sumário

Introdução	9
Seção 1- Objetivos	11
Parte 1- Objetivo Geral	11
Parte 2- Objetivos específicos	11
Seção 2- Metodologia	12
Seção 3- Revisão de literatura	13
Parte 1- A estratégia da saúde da família e a humanização do atendimento	13
Parte 2- Gravidez - atenção primária e aspectos gerais	14
Parte 3- Rotinas de consulta pré-natal no PSF	19
Seção 4- Considerações Finais	22
Referências	23

Introdução

As rotinas de pré-natal são fundamentais para uma assistência adequada, integral e humanizada ao parto e puerpério.

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as internações desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2003).

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL, 2003).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Tem a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade. (BRASIL, 2003).

Contudo, desempenhar este papel não é fácil. A gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações, entretanto, a abordagem da mesma é muitas vezes feita considerando-se apenas os desfechos desfavoráveis que podem ocorrer.

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional, em lugar de “assumir o comando da situação”, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê. (BRASIL, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge como uma tentativa de colocar em prática essa humanização, territorializando o atendimento, criando equipes especializadas para um atendimento diferenciado que vai até a população, com estratégias de aproximação entre a comunidade e a equipe. Essa estratégia torna os cuidados com a saúde mais acessíveis e

proporciona oportunidades de prevenção, esclarecimento e acompanhamento das enfermidades, bem como das gestações.

Diante de minha atuação como médico generalista em uma dessas equipes (Caminhos do Ivituruy) no município de Serro/Minas Gerais, percebo que ainda existe um alto índice de absenteísmo no atendimento pré-natal. Mesmo com a territorialização do atendimento e com a ação dos Agentes Comunitários de Saúde para a captação precoce das gestantes esse absenteísmo persiste. Essa falta de assiduidade à consulta pré-natal prejudica a qualidade no atendimento, no que se refere à prevenção de tratamento de eventuais problemas na gestação, parto e puerpério que poderiam ser evitados.

Neste contexto, o presente trabalho vem apresentar protocolos e rotinas de assistência integral a essa clientela na estratégia de saúde da família o que pode trazer resultados positivos para a gestante, seu conceito e família.

Seção 1 - Objetivos

Parte 1- Objetivo Geral

- Apresentar ações de rotina para serem implementadas no protocolo de assistência integral às gestantes vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) Caminhos do Ivituruy no município de Serro/Minas Gerais, garantindo assistência necessária a um pré-natal saudável e diagnóstico precoce de enfermidades que possam trazer complicações materno-infantis futuras.

Parte 2- Objetivos Específicos

- Discutir o papel da Estratégia de Saúde da Família para a humanização do atendimento na assistência pré-natal.
- Abordar, de forma geral, as rotinas a serem utilizadas nas consultas de atendimento pré-natal.

Seção 2 - Metodologia

Foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, fundamentada em uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa exploratória, de acordo com Malhotra (2006), objetiva proporcionar a compreensão do problema, o qual o pesquisador vem enfrentando, sendo utilizada quando existe a precisão da definição do problema.

Gil (1999), considera a pesquisa exploratória objetivada, proporcionando um certo relacionamento com o problema, para que o torne explícito a fim de propor hipóteses para sua solução.

Sobre a pesquisa descritiva, Malhotra (2006) e Gil (1999) afirmam que esta expõe características de grupos ou população, definidas de acordo com o gênero, idade e escolaridade dentre outros, sendo significativas para a coleta de dados mais utilizados, como a observação.

A pesquisa bibliográfica é definida por Vergara (2004) como um estudo sistematizado, desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, ou seja, matéria acessível ao público em geral, podendo ser de fonte primária e secundária. Optou-se pela revisão narrativa da literatura. Neste caso, foi utilizada a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) disponível na BVS (Biblioteca Virtual e Saúde), utilizando-se dos seguintes termos de pesquisa: atenção primária à saúde; gravidez, pré-natal, Programa de Saúde da Família. Além disso, foram usados textos disponibilizados no site do Ministério da Saúde do Brasil, sendo selecionados os textos de referência na área e mais recentes. Assim, foram escolhidos 17 publicações no período de 1988 a 2012.

Após a leitura do material selecionado, os textos foram confrontados de maneira a se elaborar o referencial teórico que servirá como norteador para a construção do protocolo de assistência integral às gestantes de risco habitual vinculadas à ESF do município citado na introdução desse trabalho.

Seção 3- Revisão de Literatura

Parte 1- A estratégia de saúde da família e a humanização do atendimento pré-natal

Conforme descreve o Protocolo Viva Vida, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006), o trabalho em uma instituição de saúde envolve a interrelação entre diversos profissionais de categorias e especialidades diferentes, impondo um trabalho coletivo, o qual acaba por construir uma interdisciplinaridade democrática. Essa interdisciplinaridade permite a troca de conhecimentos e o enriquecimento dos profissionais, possibilitando uma assistência de qualidade e mais eficiente, levando à humanização das relações interpessoais, que envolve pacientes, família e instituição.

O protocolo assim descreve o ambiente de trabalho humanizado em relação à gestante:

Um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para a mulher e o recém-nascido vai proporcionar a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença, quando houver. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados e as condições do estado de saúde da mãe e do seu filho; permite dialogar, expressar e elaborar sentimentos. É importante que o profissional que trabalha na maternidade ou na equipe de saúde da família internalize estes conceitos de forma sistematizada e cotidiana (MINAS GERAIS, 2006, p.2).

Zoboli, Martins e Fortes (2001) afirmam que a humanização no atendimento pode ser entendida como o reconhecimento das pessoas que buscam o serviço de saúde como sujeitos de direito observando cada pessoa e cada família em suas particularidades e necessidades específicas, atentando para a sua história particular, valores, crenças e desejos, possibilitando o exercício de sua autonomia.

Segundo estudos realizados pelos autores supracitados, considera-se que para o modelo assistencial e a garantia da humanização nas relações dentro da equipe de saúde da família sejam garantidos, é necessário que todos estejam conscientes em relação à importância da autonomia dos usuários, os quais devem ser estimulados a compartilhar das decisões que se refiram à sua pessoa, família e comunidade. Deve-se ainda esclarecê-las com as informações necessárias para que possam aceitar ou recusar as proposições que lhes forem feitas.

Para Oliveira e Saito (2001) a gravidez e o parto constituem eventos essencialmente fisiológicos da mulher, caracterizando-se pelas modificações variadas e profundas tanto

físicas quanto emocionais. Essa constatação requer um acompanhamento contínuo da família e dos profissionais da saúde, sendo da competência da equipe de saúde acolher essa gestante e sua família na unidade de saúde e na comunidade. Este acolhimento dentro da perspectiva da humanização servirá para o fortalecimento dos vínculos entre profissional e cliente, influenciando positivamente ao individualizar e contextualizar a assistência pré-natal.

O Protocolo da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2006) destaca a importância da captação precoce da gestante e, a partir daí, uma rotina de consultas mensais, com realização de exames e avaliação de risco a cada consulta realizada. Esse documento descreve ainda como papel da equipe a realização de visitas domiciliares, principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde, bem como o desenvolvimento de atividades educativas por todos os membros da equipe. Essas atividades devem ser voltadas à orientação sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê.

Parte 2- Gravidez: aspectos gerais e atendimento na atenção primária à saúde

Estudos elaborados por Gomes et al (2011) definem a Atenção Primária à Saúde (APS) como responsável pelos cuidados essenciais que tem como suporte tecnologias acessíveis para dar acesso aos serviços de saúde às pessoas em seus lugares de vida e trabalho, como um primeiro contato com o sistema nacional de saúde e como elemento de um processo contínuo de atenção.

Nesses termos, os sistemas de saúde buscam fortalecer a Atenção Primária, se organizando numa tentativa de atender a maior parte dos problemas de saúde. Enfatiza-se ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos, como resultado da interação do comportamento do indivíduo que procura esses cuidados, do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde e dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados (TOMAZI et al, 2011).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. É considerado uma forma de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais, incorporando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa reflete um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico (GOMES et al, 2011).

Segundo apontam Roecker e Markon (2010), as principais diretrizes operacionais do PSF estão na substituição das práticas convencionais de assistência por um trabalho voltado para a prevenção e promoção da saúde das famílias. Essa mudança possibilita integralização e hierarquização das ações no serviço de saúde, concentrando-se em áreas delimitadas para garantir a atenção à totalidade da população dentro desse determinado território, disponibilizada através de uma equipe mínima formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico e agentes comunitários de saúde.

Conforme descrito na cartilha do Ministério da Saúde do Brasil (1988) sobre a assistência pré-natal, dentro do contexto da assistência integral à saúde da mulher, essa deve ser organizada de maneira a atender às reais necessidades da população de gestantes. Através da utilização dos conhecimentos técnicos-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis, deve-se também assegurar a continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal. Segundo a cartilha, são necessárias as seguintes condições para a efetivação dessa assistência: a captação precoce da gestante na comunidade; o controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contra-referência; e avaliação das ações da assistência pré-natal.

A captação precoce da gestante possibilita a sua inscrição e o acompanhamento desde o seu início, preferencialmente ainda no primeiro trimestre da gravidez, possibilitando intervenções oportunas tanto de prevenção quanto educativas e terapêuticas. O controle periódico, contínuo e extensivo dessas gestantes objetiva assegurar a cobertura dessa atenção, que deverá ocorrer em intervalos periódicos preestabelecidos. A qualificação dos profissionais possibilita um atendimento ideal dentro da perspectiva da assistência integral, através de treinamento para utilização de normas de assistência pré-natal e de cursos de reciclagem e de especialização. Os instrumentos de registro e estatística permitem o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, através da coleta e análise dos dados obtidos em cada consulta, facilitando o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, além de permitir a seleção de dados necessários para a avaliação das estatísticas de serviço (BRASIL, 1988).

Também o Ministério da Saúde e Assistência Social do Paraguai (2011) elaborou um protocolo de atenção básica à saúde da gestante. Esse protocolo descreve que a atenção pré-natal é um conjunto de ações assistenciais que se concentram em entrevistas ou visitas

programadas com a equipe de saúde e a gestante a fim de controlar a evolução da gravidez e obter uma adequada preparação para o parto e seu acontecimento, com a finalidade de diminuir os riscos desse processo fisiológico. De acordo com o documento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica as gestantes em dois grupos distintos: as selecionadas para receberem a atenção pré-natal de rotina, chamado componente básico, e as que necessitam de cuidados especiais, determinados por suas condições particulares de saúde e/ou outros fatores de risco.

Compreendem o primeiro grupo aquelas gestantes que não requerem nenhuma outra avaliação ou cuidado especial no momento da primeira visita, independente da idade gestacional, caso contrário, compõem o segundo grupo, sendo encaminhadas para a atenção especial (PARAGUAI, 2011).

Descreve Alencar Jr (2001) que talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal, onde os cuidados advindos dessa assistência, principalmente no primeiro trimestre, servem como o melhor indicador da qualidade dos cuidados maternos. Entretanto, afirma que o número de consultas pode variar em pacientes de baixo risco, desde que, quanto mais reduzido, maior ênfase deve ser dada para o seu conteúdo. E por outro lado, indica que o ideal é que as consultas sejam mensais até a 28ª semana de gestação, passando a quinzenais daí até a 36ª, e semanais a partir de então.

A captação e o acolhimento da gestante são fatores importantes para a atenção pré-natal que deve seguir toda uma rotina, sendo de responsabilidade da equipe do PSF o acolhimento da gestante de sua micro-área. A captação deve ocorrer o quanto antes, preferencialmente até o 4º mês de gestação pelo Agente Comunitário de Saúde. Assim, confirmada a gravidez, a gestante deve ser cadastrada e também fornecido o Cartão da Gestante, onde são anotados os dados essenciais sobre a gestação (MINAS GERAIS, 2006).

Ao mesmo tempo, a gestante deve ser vinculada à maternidade de referência, sendo orientada a procurar este serviço em caso de intercorrências clínicas e quando estiver em trabalho de parto. No prontuário deverá ser anotada a história clínica perinatal, e a cada consulta, deve-se proceder à avaliação do risco gestacional. Além disso, a equipe deve desenvolver atividades educativas sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno, o parto e sobre os cuidados com o bebê. Também deverão ser realizadas visitas domiciliares a fim de se monitorar e orientar a gestante, identificando os possíveis fatores de risco, realizando os encaminhamentos necessários (MINAS GERAIS, 2006).

Alencar Jr (2001) ressalta também que componentes da história da gestante devem ser interrogados já na primeira consulta pré-natal, como a data precisa da última menstruação, a regularidade dos ciclos, uso de anticoncepcionais, paridade, intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas, detalhes de gestações prévias, hospitalizações anteriores, uso de medicamentos, história de doenças sexualmente transmissíveis, exposição ambiental ou ocupacional de risco, reações alérgicas, história pessoal ou familiar de doenças hereditárias e malformações, gemelaridade anterior, fatores socioeconômicos, atividade sexual, tabagismo, consumo de álcool ou outras drogas, vacinas prévias e história de violências. Além disso, faz referência a questionamentos quanto aos sintomas da gravidez como náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas.

Na descrição do roteiro para a primeira consulta, a cartilha do Ministério da Saúde (1988) alerta para ser dada atenção especial quanto aos antecedentes familiares, durante a entrevista, para o questionamento quanto a casos de hipertensão, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares.

Cunha et al (2009) destacam os exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde, a serem solicitados já na primeira consulta, como o grupo sanguíneo e fator Rh, se a gestante ainda não o realizou anteriormente, sorologia para sífilis (VDRL); urina de rotina, tipo I; hemoglobina (Hb); glicemia de jejum; teste anti-HIV, que dependerá da vontade da gestante, e ainda colpocitologia oncótica e bacterioscopia do conteúdo vaginal, quando necessário.

Na mesma linha de atenção e diagnósticos prévios, Alencar Jr (2001) indica como exames rotineiros a serem realizados preferencialmente ainda no primeiro trimestre da gestação: Colpocitologia oncótica, Cultura cervical para *N. Gonorrhoea* e *C. trachomatis* para grávidas de alto risco, Hematócrito e hemoglobina, Tipagem sanguínea e fator Rh, Coombs indireto em pacientes Rh negativas com fator de risco para doença hemolítica perinatal, Glicemia de jejum, Sorologia para sífilis, Sorologia para rubéola, HbsAg, Elisa anti-HIV, Sorologia para toxoplasmose, Sorologia para citomegalovírus, Sumário de urina e urocultura, Análise cromossômica fetal por biópsia de vilos coriais.

O protocolo do Paraguai (2011) indica, para o exame físico a ser realizado na primeira consulta, detalhes como o exame sobre sinais de anemia, através de palidez na pele, unhas, mucosa oral e ponta da língua e falta de ar. Registro de peso e altura para avaliar o estado de saúde da gestante; aferição da pressão arterial, auscultação do batimento cardíaco e pulmonar; exame da saúde buco-dental; medir a altura uterina e marcar na tabela do cartão da gestante,

fazendo exame genital, especialmente se houver alguma patologia ou incômodo, e colhendo amostra para exame; além do exame na mama.

A cartilha do Ministério da Saúde (1988) indica como exames gineco-obstétricos específicos desde a primeira consulta:

- exame mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíofetais (após a 20ª semana) *; *entre a 7ª e 10ª com auxílio do Sonar Doppler e após a 20ª semana com Pinnar).
- identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre);
- palpação dos gânglios inguinais;
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular;
- a) inspeção das paredes vaginais;
- b) inspeção do conteúdo vaginal;
- c) inspeção do colo uterino;
- d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama;
- toque vaginal (na 1ª consulta e quando seja necessário);
- outros exames, se necessários;
- educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante). (BRASIL, 1988, p. 18/19)

O Manual Técnico do Pré Natal e Puerpério elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2010) destaca a importância da identificação de riscos para a gestante e seu bebê desde a primeira consulta, conforme descreve:

A identificação de riscos para a gestante e/ou o feto deve ser feita na primeira consulta, mas tem de ser revista a cada retorno. Trata-se de uma estratégia relevante para estabelecer o plano de ação terapêutica, por exemplo, indicando a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade. Deve haver motivação e experiência clínica do profissional para efetuar interrogatório e avaliação clínica detalhados, esta última por vezes apoiada em exames complementares a fim de se identificar potenciais riscos, sem necessidade de se ater a um modelo fixo. (SÃO PAULO, 2010, p. 42)

Diante de tal assertiva, o manual indica como importantes os itens a serem analisados no exame físico geral da gestante na primeira consulta, além dos indicados pelo Ministério da Saúde Paraguaio, como: a palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); exame dos membros inferiores; e pesquisa de edema (face, tronco, membros). E, além disso, no exame específico ou gineco-obstétrico, a palpação obstétrica e, principalmente no 3º trimestre, identificação da situação e apresentação fetal; ausculta dos batimentos cardíacos fetais - possível após 12 semanas através do uso do Sonar Doppler; inspeção dos genitais externos; exame especular e toque vaginal que poderá ser

realizada na consulta de retorno, considerando o contexto clínico e o desejo da mulher (SÃO PAULO, 2010).

De acordo com Menezes (2011) desde a primeira consulta, deverá ser aplicada a primeira dose da vacina dupla contra difteria e tétano (dT), mesmo como reforço para as gestantes imunizadas há mais de 5 anos e a primeira das 3 doses indicadas contra hepatite B, e ainda, em qualquer fase da gestação, a Influenza, nos meses de outono e inverno.

Destaque-se ainda que é importante uma suplementação de vitaminas e nutrientes na gestação, sendo indicados por Alencar Jr. (2001) o ferro e folato, para prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e puerpério, sendo que o uso do folato possui forte efeito protetor contra defeitos do tubo neural, devendo ser utilizado rotineiramente nos 2 primeiros meses de gestação. A piridoxina (vitamina B6), por seu efeito protetor do esmalte dentário; o cálcio, que aparentemente beneficia as mulheres que apresentam alto risco de hipertensão arterial na gestação e têm baixa ingestão de cálcio; o zinco, cuja ação na prevenção do trabalho de parto prematuro ainda está em avaliação; e finalmente as proteínas, cuja suplementação balanceada demonstra melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal.

Parte 3- Rotinas de consulta pré-natal no PSF

Realizados os primeiros procedimentos indicados em relação à captação e primeira consulta, uma rotina deve ser considerada para a garantia da saúde da gestante e de seu bebê, com consultas e exames periódicos. Essa rotina dependerá da classificação da gestação, a partir da primeira consulta, conforme descrito no documento paraguaio, sendo que no Brasil, cada grupo recebe títulos distintos: o de “Gestação de Risco Habitual”, consideradas aquelas que não demonstram risco gestacional, e de “Gestação de Alto Risco”, para as gestantes que apresentam desde logo algum fator de risco, sobre os quais se descreverá mais adiante (MINAS GERAIS, 2006).

Conforme descreve o protocolo do Paraguai (2011), o objetivo das consultas pré-natais posteriores é confirmar a boa evolução da gestação, oferecer apoio emocional e detectar qualquer complicação ou situação de risco não manifestada na primeira consulta. A identificação do risco gestacional é um processo dinâmico e evolutivo a se realizar a cada consulta, que pode ser realizada pelo médico, obstetra ou enfermeiro, ou de forma conjunta.

Após a primeira consulta e não detectados riscos, as consultas devem seguir uma rotina conforme indicado pelo Ministério da Saúde e relacionado no Protocolo Viva Vida, do estado de Minas Gerais:

Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
 Cálculo e anotação da idade gestacional;
 Controle do calendário de vacinação; exame físico geral e gineco-obstétrico [...]
 Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessários;
 Solicitar glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina na 30ª semana;
 Acompanhamento de condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
 Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
 Registro dos dados da consulta no cartão da gestante e no prontuário;
 Todas as consultas deverão ser registradas na ficha de atendimento diário do SISPRENATAL;
 Agendamento de consultas subsequentes (MINAS GERAIS, 2006, p.8).

Dentro dessa rotina, devem ser acompanhados e anotados os padrões da atividade fetal, que mudam com a evolução da gravidez, partindo de movimentos débeis e pouco frequentes, aumentando gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, tornando-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal sofre interferência de fatores internos (presença de insuficiência placentária, aloimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) ou externos (atividade materna excessiva, uso de medicamentos sedativos, álcool, nicotina, etc) (SÃO PAULO, 2010).

A realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos devem se voltar para a orientação sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno, além dos cuidados com o bebê, sendo da responsabilidade de toda a equipe do PSF (MINAS GERAIS, 2006).

O Ministério da Saúde destaca sobre as práticas educativas para as gestantes:

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido (BRASIL, 2005, p.30).

De acordo com Oliveira e Saito (2001), o desenvolvimento dessas ações em grupos facilita a troca de experiências e deve versar sobre temas como cuidado com as mamas, vestuário, higiene corporal, exercícios físicos, atividade sexual, dentre outros.

Lima Neto e Batista (2002) descreveram como experiência exitosa o trabalho organizado com gestantes em grupos de discussões e diálogos. Esses encontros versaram sobre temas como desenvolvimento da gestação, sintomas do parto, importância e participação da família durante a gestação, aleitamento materno, sexualidade, direitos legais da mãe, cuidados com o recém-nascido e vacinação infantil. Conforme descrevem, tais encontros tiveram como consequência: a maior interação entre gestantes, puérperas e profissionais de saúde; o alcance de um maior número de gestantes e puérperas da comunidade a essas ações educativas de prevenção e promoção de saúde; além do impacto técnico e científico positivo para o crescimento profissional dos organizadores do grupo.

Carvalho e Novaes (2004) realizaram em Curitiba/PR um estudo cujo objetivo principal foi avaliar a interferência do protocolo do pré-natal nas condições de saúde da mãe e da criança. Essa pesquisa realizada junto a mulheres grávidas em sua primeira gestação apontou que ao efetivar o acesso às consultas, o atendimento foi atribuído como satisfatório.

Nesta mesma linha de pesquisa, Almeida e Tanaka (2009) observaram que a falta de criação de vínculo entre a gestante e a equipe de saúde aumenta o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento, o que também deve ser considerado, quando observados os resultados do estudo de Carvalho e Novaes (2004).

Seção 4 - Considerações Finais

A humanização no atendimento no pré-natal e puerpério surge como uma valorização do ser humano, despertando os profissionais para a gestante e seu bebê como seres completos, únicos e complexos, sendo importante a sua percepção dentro de todo seu contexto para que a assistência à saúde seja realmente integral.

A estratégia de territorialização do atendimento à saúde, através da criação do Programa de Saúde da Família, tem levando a assistência até os cidadãos demonstrando um considerável avanço e possibilidade em relação à prática da humanização e, principalmente, na garantia da saúde e possível melhora na qualidade de vida da população, incluindo aqui da gestante e de seu filho.

Ao incluir o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na assistência à gestante e sua família, a captação da gestante se torna mais imediata. No presente estudo, dedicado às gestantes e sua rotina de pré-natal, o papel desses agentes se mostrou muito importante, uma vez que na visita, bem como na conferência dos documentos de registro interno (Cartão da Gestante, Prontuário, SIS Prenatal), possibilitam que as gestantes sejam captadas no início da gestação. E aquelas que deixaram de comparecer, possam retornar às consultas, após visitas desse profissional.

Entretanto, o que se pretendeu destacar aqui foi justamente a importância dessa rotina de consultas pré-natal, e a partir daí, utilizar de estratégias para garantir a assiduidade como uma ação da própria gestante, e não apenas da ação do ACS.

Destaque-se ainda, que o presente estudo, além de proporcionar um aprofundamento pessoal sobre o tema, poderá influenciar outras equipes de PSF, maternidades e serviços de atendimento, ao destacar a importância da individualização do atendimento, buscando-se conhecer e atender cada gestante, adequando o atendimento de maneira a melhor atender às suas necessidades e expectativas, através de estratégias simples que podem e devem ser propostas pela própria equipe.

Referências

- ALENCAR JR., Carlos Augusto. Assistência Pré-natal. In: **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf> Acesso em: 08 mai.2012.
- ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. In: **Revista de Saúde Pública**. vol.43 no.1 São Paulo Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013> Acesso em: 20 mai.2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo... [et al.]. - 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf Acesso em: 22 mai.2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde,2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf> Acesso em: 10 mai.2012.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio P. de; SANTOS, Max A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2012.
- CARVALHO, Denise Siqueira de; NOVAES, Hillegonda Maria D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil**: estudo em coorte de primigestas. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>> Acesso em: 21 mai.2012.
- CUNHA, Margarida de Aquino, et al. Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas por Enfermeiros. In: **Revista de Enfermagem da Esc. Anna Nery**. Jan/mar. 2009. P.145/153. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>> Acesso em: 10 mai.2012.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. – São Paulo: Atlas, 1999.
- GOMES, Karine de Oliveira et al. **Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS**: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. In: *Ciênc. saúde coletiva*. vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lang=pt&tlng= Acesso em: 05abr.2012.

LIMA NETO, Pedro Joaquim de; BATISTA, Patrícia Serpa de S. **Projeto Educação em Saúde na Atenção a Gestantes e Puérperas**. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSDEMCAOUT02.pdf> Acesso em: 15abr.2012.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. Tradução Laura Bocco. – 4. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2006.

MENEZES, Abel Silva de. **Consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco: gestograma de rotinas básicas**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=607215&indexSearch=ID>> Acesso em: 10 mai.2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério: Protocolo Viva Vida**. 2ª Ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

OLIVEIRA, Sonia Maria J. V. de; SAITO, Emilia. Avaliação e Intervenção de Enfermagem na gestação. . In: **Manual de enfermagem/ instituto para o desenvolvimento da saúde**. Brasília. Ministério da Saúde. 2001. P.58/63 Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf> Acesso em: 12 abr.2012.

PARAGUAI. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. **Prolocolo 1 – Atencion prenatal em atencion primaria de La salud**. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=601399&indexSearch=ID>> Acesso em: 02 abr.2012.

ROECKER, Simone; MARCKON, Sonia Silva. **Educação em saúde**: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7571/9796>> Acesso em: 02 mai.2012.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **Manual Técnico do Pré Natal e Puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

TOMAZI, Elaine et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção in: **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.16 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200012&lang=pt&tlng=>> Acesso em: 05abr.2012.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa**. – 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2004.

ZOBOLI, Elma Lourdes C. P.; MARTINS, Cleide L.; FORTES, Paulo Antonio de C. O programa de saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: **Manual de enfermagem/ instituto para o desenvolvimento da saúde**. Brasília. Ministério

da Saúde. 2001.p.47/50 Disponível em:
<http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf> Acesso em: 12 mai.2012.