

SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO

E-book criado pela equipe do PET SAÚDE
UFPA BELÉM - PA 2023



EQUIPE TÉCNICA

Edmilson Brito Rodrigues
PREFEITO DA CIDADE DE BELÉM

Pedro Ribeiro Anaisse
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Juliana Lavareda Sales
DIRETORA DO NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Camilo Almeida
COORDENADOR GERAL SESMA PET SAÚDE

Danielle Tupinambá Emmi
TUTORA DO PET SAÚDE GRUPO 01

Cezar Augusto Muniz Caldas
COORDENADOR DO PET SAÚDE GRUPO 01

Aline Gobbo Reis
Tamiris Faro Casseb
PRECEPTORAS DO PET SAÚDE GRUPO 01

ALUNOS

Adryane de Paula Barbosa Reis

Amanda Vitória Gomes Pantoja

Andréia Di Paula Costa Melo

Ayanne Castro de Miranda

Caroliny Heloisy Dias Lima

Débora Rafaela Vilhena da Silva

Delana Alana de Miranda Victor

Evelyn Letícia Neves Guerra

Irayane da Silva Beltrão

John Lucas da Costa Marques

Laura da Silva Veloso

Luana do Carmo Maciel dos Santos

Lucas Alves de Brito

Valdinei Maués Pantoja

Yann Lucas Pita de Oliveira

EDIÇÃO GERAL

Raimunda Silvia Gatti Norte

Jojé Jorge da Silva Galvão

Charles Victor Gomes de Souza

Giselli de Oliveira Siqueira

Laís Gabriela da Silva Neves

Juliane Larissa Barbosa Santos

SUMÁRIO

Humanização	5
Previne Brasil	7
Sistemas de Registro de atendimentos	8
Códigos de Produção	9
Ficha de atendimento individual	10
Teste rápido de gravidez	12
Testes rápidos no pré-natal	13
Pré-natal do parceiro.....	14
Fluxo da atenção à gestante na APS	15
Classificação de risco	20
Exames de rotina no Pré-natal	29
Equipe multiprofissional	30
Principais IST's na gestação	34
Atenção à mulher no puerpério	38
Referências	39

Prefácio

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher tem como base a promoção da equidade de gênero, a redução das desigualdades na saúde entre mulheres e homens e a valorização da diversidade das mulheres brasileiras.

A política busca garantir a atenção integral à saúde das mulheres, incluindo ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Nesse contexto, esse e-book tem como o princípio fundamental exemplificar as informações para o melhor atendimento da saúde da mulher.

Ele tem o intuito de abranger os três primeiros indicadores do programa Previne Brasil, que foi criado com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o país. Diante o exposto, abordaremos outras temáticas como: Humanização, Sistema de Registro de Atendimentos, Códigos de Produção, Ficha de Atendimento Individual, Teste Rápido de Gravidez, Fluxo da Atenção à Gestante na APS, Classificação de Risco, Exames de Rotina no Pré-natal, Equipe Multiprofissional, Teste Rápidos no Pré-natal, Principais IST's na Gestação e Atenção à Mulher no Puerpério.

HUMANIZAÇÃO

Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)

A PNH está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e existe desde 2013. Propõe mudanças para qualificar a atenção e gestão em saúde pública no Brasil, atuando em todas as políticas do SUS.



A humanização consiste em oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes, com respeito às necessidades de cada um deles. Isso inclui todas as interações que eles têm com os profissionais da instituição de saúde e também a infraestrutura, que deve proporcionar um ambiente acolhedor ao público.

Busca-se, uma comunicação efetiva entre profissional e paciente, partindo do ponto de vista de que ambos são sujeitos do processo terapêutico.

A relação estabelecida é baseada no respeito, na atenção e na ética.

A importância da humanização na saúde

A humanização facilita a troca de informações, permitindo que o médico conheça os sintomas, as doenças preexistentes e outras questões sobre o estilo de vida de cada pessoa, o que é fundamental para um bom diagnóstico. Além disso, quando o paciente é ouvido com atenção, recebe um tratamento personalizado e efetivo. Dessa forma, é provável que o tempo para a cura seja reduzido.

Oferecer um atendimento humanizado também torna o ambiente da instituição de saúde mais agradável, não só para os pacientes, mais também gestores, médicos, enfermeiros, recepcionistas e outros funcionários podem ter um dia a dia mais leve.

BENEFÍCIOS

- Tratamentos mais eficazes;
- Pacientes satisfeitos;
- Aumento da confiabilidade;
- Melhoria do clima organizacional;
- Fidelização de pacientes.



COMO APLICAR NA SAÚDE

- Faça um excelente acolhimento;
- Capacite a equipe;
- Comunique-se bem;
- Pratique a escuta ativa;
- Demonstre empatia durante o atendimento;
- Infraestrutura adequada;
- Praticidade no acesso à informação para os pacientes e seus familiares.

Importância do atendimento durante a gravidez

É importante que, durante a gravidez, a mulher receba todo o acompanhamento possível para avaliar a saúde própria e o desenvolvimento do bebê. Isso inclui visitas regulares aos profissionais para os cuidados com a saúde física, mas também mental e emocional.

Além disso, todos os procedimentos realizados na gestante devem ser transcritos para o Sistema e-SUS Atenção Primária, pelo fato, deste se tratar de um software onde todas as informações clínicas e administrativas do paciente ficam armazenadas, no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo como principal objetivo informatizar o fluxo de atendimento do cidadão realizado pelos profissionais de saúde. A apropriação adequada dessas informações é de extrema importância para que o gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos em todos os níveis de atenção do sistema de saúde no País sejam feitos com parâmetros confiáveis. (BARROS, 2006)



PREVINE BRASIL

O QUE É?

É o novo modelo de financiamento da Atenção Primária, que traz uma série de novos critérios para que o município garanta o recebimento de recursos federais. O programa tem como fundamental princípio o acesso das pessoas aos serviços de atenção primária, alguns desses serviços são pré-natal, vacinas e acompanhamento para doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, o programa estabelece o vínculo entre a população e a equipe de saúde, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

INDICADOR 1

PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS PRÉ-NATAL REALIZADAS

Mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação à quantidade de gestantes estimadas que o município possua, no intuito de ampliar o acesso ao acompanhamento pré-natal. Cada consulta deve oferecer à mulher gestante informações, apoio e cuidado de qualidade, ampliando os resultados positivos na gravidez.

INDICADOR 2

PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA SÍFILIS E HIV

Fator decisivo para a prevenção da infecção, diagnóstico e o tratamento precoce da gestante e para a adoção de medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical dessas doenças, minimizando danos à mulher e ao feto.

INDICADOR 3

PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Incentivar o cuidado odontológico à gestante por meio da avaliação diagnóstica e tratamento dentário. Realizar atendimento entre a 12ª semana até 15 dias da data provável do parto. Antes do atendimento do dentista a gestante precisa se consultar com o médico ou enfermeiro. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.



QUAIS SISTEMAS SÃO UTILIZADOS PARA ESSE REGISTRO?

PEC



O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): sistema com prontuário eletrônico online, utilizado em serviços de saúde informatizados.

CDS

Coleta de Dados Simplificada (CDS): É um sistema offline utilizada em serviços de saúde que não possuem sistema informatizado, as informações obtidas são salvas no pendrive e disponibilizadas posteriormente quando houver acesso à internet. Esse sistema é composto por dez fichas para o registro de informações (Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de vacinação, Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar, Ficha Complementar e Ficha de Visita Domiciliar).

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS CÓDIGOS DE PRODUÇÃO UTILIZADOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE?

Alguns dos principais meios de registro de atendimentos e procedimentos são os códigos de produção, que são conjuntos de números utilizados no preenchimento da ficha de atendimento individual ou ficha de procedimentos, para que sejam devidamente identificados. No SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) é possível acessar o código de diversos procedimentos, por meio da busca pelo nome do procedimento e a CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) é utilizada para o preenchimento do tópico "problema/condição avaliada" na ficha de atendimento individual.

PRINCIPAIS CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS DO CIAP UTILIZADOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:

W - GRAVIDEZ, PARTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

W01 Questão sobre gravidez

W02 Medo de estar grávida

W03 Hemorragia antes do parto

W05 Vômitos/náuseas durante a gravidez

W10 Contracepção pós-coital

W11 Contracepção oral

W12 Contracepção intra-uterina/
Dispositivo Intrauterino/ DIU

W13 Esterilização

W14 Contracepção/outras

W15 Infertilidade/subfertilidade

W17 Hemorragia pós-parto

W18 Sinais/sintomas pós-parto

W19 Sinais/sintomas da mama/lactação

W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez

W27 Medo de complicações na gravidez

W28 Limitação funcional/incapacidade

W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros

W70 Sepsis/infecção puerperal

W71 Infecções que complicam a gravidez

W72 Neoplasia maligna relacionada com gravidez

W73 Neoplasia benigna/incerta relacionada com a gravidez

W75 Lesões traumáticas que complicam a gravidez

W76 Malformação congênita que complica a gravidez

W78 Gravidez

W79 Gravidez não desejada

W80 Gravidez ectópica

W81 Toxemia gravídica/ DHEG

W82 Aborto espontâneo

W83 Aborto provocado

W84 Gravidez de alto risco

W85 Diabetes gestacional

W90 Parto sem complicações de nascido vivo

W91 Parto sem complicações de natimorto

W92 Parto com complicações de nascido vivo

W93 Parto com complicações de natimorto

W94 Mastite puerperal

W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério

W96 Outras complicações do puerpério

W99 Outros problemas da gravidez/parto

COMO PREENCHER A FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL NO ATENDIMENTO À GESTANTE

CABEÇALHO

DIGITADO POR: Nome do profissional que digitou a ficha.

DATA: Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada.

CONFERIDO POR: Nome do profissional que supervisionou o preenchimento da ficha.

FOLHA N°: Utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realiza os cadastros, por meio da numeração das folhas.

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

• IDENTIFICAÇÃO DOS CIDADÃOS E LOCAL DO ATENDIMENTO

N°: Em cada ficha podem ser registradas informações de até 13 atendimentos diferentes.

TURNO: Turno em que foi realizado o atendimento (M - manhã, T - tarde ou N - noite).

N° PRONTUÁRIO: Deve ser preenchido com o número do prontuário da família no estabelecimento de saúde.

CNS DO CIDADÃO: Deve ser preenchido com o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está sendo atendido. Os números devem ser inseridos no sentido vertical. Cidadãos sem o CNS devem ser atendidos pela equipe.

DATA DE NASCIMENTO: Deve-se preencher dia, mês e ano do nascimento do cidadão.

SEXO: Assinalar F - feminino ou M - masculino.

LOCAL DE ATENDIMENTO: Informar o número referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando a legenda disponível ao final da ficha

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO		M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N
N° PRONTUÁRIO														
N° CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														

Nota: O cirurgião-dentista preenche o atendimento individual odontológico

TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

O TRG é indicado para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. O tempo de atraso para realização do teste deve ser em sua maioria igual ou superior a sete dias. A entrega do insumo TRG pela equipe de AB pode ser feita à mulher adulta, jovem, adolescente ou à parceria sexual. O teste pode ser realizado dentro ou fora da unidade de saúde, respeitando o direito de autonomia e sigilo

Teste de Farmácia
(beta- hCG/ urina)



Esse tipo de teste mede a presença de HCG na urina da mulher, que é produzido no período da gestação. O tempo necessário para o resultado é de em média 15 min. Indicado realizar em 1 dia de atraso menstrual até 3 à 5 dias.

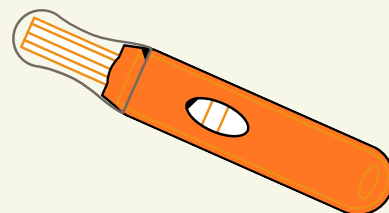
Teste de Sangue
(laboratorial)



O exame consiste em colher uma quantia do sangue da mulher e analisar se a níveis de HCG indicando gravidez ou não. O resultado é disponibilizado em uma média de 24h após a realização. O tempo de atraso menstrual indicado para a realização do teste é de 7 dias.

Obs: Independentemente do atraso menstrual, todas as mulheres que relatem exposição à relação sexual desprotegida podem e devem realizar testagem para DST (sífilis, HIV, hepatites B e C), observando-se os períodos de janela imunológica de cada teste, o que exige o retorno da pessoa, após esse período, à unidade de saúde para sua realização.

- Para HIV e sífilis: 30 dias.
- Para hepatites B e C: 60 dias.



FLUXO DE TESTES RÁPIDOS NO PRÉ-NATAL

TESTE RÁPIDO (PRIMEIRA CONSULTA)

VDRL

(TITULAÇÃO)

REAGENTE

NÃO REAGENTE

REAGENTE

NÃO REAGENTE

- Realizar VDRL (para controle de cura da gestante e do parceiro)
- Tratar gestante
- Tratar o parceiro
- Notificar
- Controle de cura

O resultado é considerado positivo quando possui título a partir de 1/16

Orientar a repetir na 24^a e 25^a semana

Usar essa titulação como parâmetro para controle da cura

Repetir após trinta dias do término do tratamento

REAGENTE

NÃO REAGENTE

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

O programa atualmente está presente em diversos municípios – incluindo São Paulo, Rio de Janeiro, São Luís, Salvador, Goiânia, Maceió, Teresina, entre outros – e faz parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A iniciativa é uma oportunidade para que os homens cuidem da própria saúde ao mesmo tempo em que acompanham a gestação das parceiras, por meio da realização de exames de rotina, de testes rápidos, da atualização da carteira vacinal e da participação nas atividades educativas nos serviços de saúde.

- Testes rápidos Solicitados: sorologia para hepatite B e C, HIV e sífilis
- Exames Solicitados: Glicemia de rotina e Colesterol

A adesão do pré-natal do parceiro, contribui para a diminuição de doenças como sífilis e HIV, pois diminui o risco de contágio para a mãe, uma vez que, mesmo com a devida atenção ao longo da gravidez, se mantiver relações sexuais com o parceiro infectado pode ser no caso da sífilis reinfectada e ter a carga viral aumentada no caso do HIV. Assim propiciando a ocorrência da transmissão vertical que é a passagem da infecção ou doença a partir da mãe para o seu feto no útero ou recém-nascido durante o parto. As principais vias de contágio são a gestação, o parto e a amamentação.



O CUIDADO DA GESTANTE NO FLUXO DA APS

CAPTAÇÃO

A captação da gestante para o acompanhamento deve ser precoce, com início do pré-natal até a 12^a semana, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante possibilitando a identificação de eventuais fatores de risco ou doenças e instituindo os cuidados do pré-natal.

CONFIRMAÇÃO DA GESTAÇÃO

A confirmação se dá por métodos laboratoriais (beta-HCG positivo em sangue ou urina). O TRG urinário realiza confirmação rápida da gestação e se torna importante para acolher a gestação não planejada, atender pacientes vítimas de violência sexual e prestar orientações reprodutivas e cuidados. O acolhimento deve ser feito imediatamente após a confirmação, **por qualquer profissional da equipe.**

FLUXO DA ATENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico e puerperal. A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez.

PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Na primeira consulta devem ser realizadas avaliações individuais sequenciais, pela equipe multiprofissional, tais como pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACS, dentista e outros profissionais da equipe.

A primeira avaliação completa-se com a estratificação do risco gestacional direcionando o acompanhamento do pré-natal. Podendo ser habitual, intermediário ou alto risco.

O CUIDADO DA GESTANTE NO FLUXO DA APS



Os profissionais podem atuar na modalidade de atendimento compartilhado em grupo ou individuais, quando necessário. Para as gestantes de alto risco, a participação deve ser coerente com o plano de cuidados definido pela equipe especializada. Além disso, devem seguir as recomendações das diretrizes clínicas para avaliação, diagnóstico e conduta, dentro das competências específicas da área.

O número de atendimentos deve ser definido a partir da avaliação da gestante, considerando principalmente as situações de risco gestacional. Daí a importância da estratificação de risco sempre atualizada. Quanto mais grave a situação, maiores a intensidade e a frequência das intervenções de vigilância e cuidado, de acordo com recomendações das diretrizes clínicas.

A organização do Seguimento do Pré-Natal deverá ser feito pela equipe multiprofissional: médicos e enfermeiros, intercalando as consultas e se necessário o ginecologista (GO) e/ou outros profissionais da rede de atenção e NASF. Sendo preconizada pelo Guia De Orientação Para As Secretarias Estaduais E Municipais De Saúde, da seguinte forma:



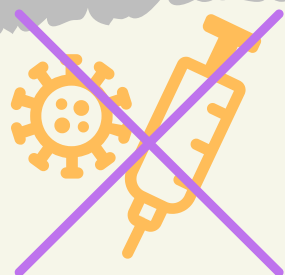
Quadro 7. Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério.

Cuidado	Recomendado
Pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimentos mensais até a 28ª semana • Atendimentos quinzenais da 28ª até a 36ª semana • Atendimentos semanais da 36ª semana até o parto e nascimento
Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira consulta: até o 7º dia pós-parto • Segunda consulta: entre o 30º e 40º dias pós-parto

Obs. Esse é o quantitativo mínimo e recomendado para a distribuição dos atendimentos durante a gestação e o puerpério. No entanto, “a clínica é mandatária”, devendo ser oferecido o número certo de atendimentos de acordo com as necessidades identificadas.

IMUNIZAÇÃO

A vacinação é a principal forma de proteger o bebê nos primeiros meses de vida, a cobertura vacinal entre grávidas, apesar de terem se elevado ao longo dos últimos anos, continuam abaixo das metas estabelecidas e teve um declínio ainda maior por conta da Covid.



São contraindicadas durante a gestação as vacinas de vírus vivos, como é o caso da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela (catapora) e papilomavírus humano (HPV), que poderão ser aplicadas no puerpério e durante a amamentação. A vacina de febre amarela está contraindicada na gestação e durante a amamentação.

CONTRA-INDICAÇÕES

VACINAS

Dupla adulto (dT - difteria e tétano) e/ou Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa ou dTpa-VIP: difteria, tétano e coqueluche)

Vacina contra Hepatite B

Vacina contra Influenza



Quadro 12. Monitoramento da situação vacinal.

Vacina recomendada	Histórico vacinal	Conduta no período
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	<ul style="list-style-type: none"> • Não vacinada previamente ou vacinação desconhecida • Vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico • Vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico • Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 doses com intervalo mínimo de 60 dias, sendo as duas primeiras de dT e a última de dTpa, aplicada a partir da 20ª semana (preferencialmente entre 27ª e 36ª) • 1 dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível (intervalo mínimo de 1 mês entre elas) • 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível • 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível
Vacina contra hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> • Não vacinada ou vacinação desconhecida e HbsAg negativo • Não vacinada ou vacinação desconhecida e HbsAg positivo • Vacinação incompleta • Vacinação completa 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 doses, com esquema 0 - 1 - 6 meses (intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 meses entre a primeira e a terceira dose) • Não é necessário vacinar • Completar o esquema de 3 doses, considerando o histórico de vacinação anterior • Não é necessário vacinar
Vacina contra influenza	<ul style="list-style-type: none"> • Não vacinada ou vacinada em campanha anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Dose única, durante a campanha anual, em qualquer idade gestacional

Fonte: MCF (2014)

OBS. PARA CORRETA VACINAÇÃO O PROFISSIONAL DEVE AVALIAR MINUCIOSAMENTE O HISTÓRICO VACINAL, O PERÍODO DE GESTAÇÃO DA PACIENTE PARA DEFINIR A CONDUTA DE VACINAÇÃO.

QUAL O FLUXO DE ATENDIMENTO DA GESTANTE?

MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO POR ATRASO OU IRREGULARIDADE MENSTRUAL E/OU MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

CAPTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE

CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ POR TESTE

1º ATENDIMENTO
(ENFERMEIRO E MÉDICO)
AVALIAÇÃO CLÍNICA; EXAMES COMPLEMENTARES E
INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO,
PREENCHIMENTO E ENTREGA DO CARTÃO DA
GESTANTE.

ESTRATIFICAÇÃO DE
RISCO GESTACIONAL

RISCO HABITUAL
PRÉ-NATAL NA APS

AVALIAÇÃO DA EQUIPE
DE SAÚDE BUCAL

RISCO INTERMEDIÁRIO
PRÉ-NATAL NA APS

AVALIAÇÃO DA EQUIPE
DE SAÚDE BUCAL

AVALIAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DO NASF

ALTO RISCO
PRÉ-NATAL COMPARTILHADO
ENTRE APS E AAE

AVALIAÇÃO DAS EQUIPES ESF-SB
E NASF

COMPARTILHAMENTO DO
CUIDADO COM A EQUIPE DO
SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO

ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES PERIODICIDADE:

ATÉ A 28ª SEMANA: MENSAL

28ª A 36ª SEMANA: QUINZENAL

36ª A 40ª SEMANA: SEMANAL

ALTERNAR ENTRE ENFERMEIRO E MÉDICO DA EQUIPE

REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS EM GRUPO E
ATIVIDADES EDUCATIVAS (GRUPOS OPERATIVOS, GRUPOS DE PARES),
ENVOLVENDO A EQUIPE DE SB E NASF

ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE, COM DISCUSSÃO DE CASOS E
ELABORAÇÃO DE PLANO DE CUIDADOS INTEGRADO

EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA

ULTASSOM OBSTÉTRICO ENTRE A 18ª E 22ª SEMANAS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EVOLUTIVA

VACINAÇÃO

OUTRAS AÇÕES COMO: VINCULAÇÃO E VISITA À MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA PARA O PARTO E NASCIMENTO; ELABORAÇÃO DO PLANO DE
PARTO

ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES
PERIODICIDADE:

DE ACORDO COM O PLANO DE CUIDADOS,
ALTERNANDO
COM OS ATENDIMENTOS NO PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO

- MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADOS, DOS MARCADORES CLÍNICOS DE ESTABILIZAÇÃO PARA RÁPIDA IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO ÁGIL NAS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS

- REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS EXAMES ESPECIALIZADOS

- VINCULAÇÃO À MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA PARA O PARTO E NASCIMENTO

ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA,
NASCIMENTO E DA ALTA DA MÃE E RN

VISITA DOMICILIAR ATÉ 48 HORAS PÓS-ALTA OU
NAS PRIMEIRAS 24 HORAS QUANDO PRESENÇA DE
FATORES DE RISCO AO NASCER

1ª CONSULTA PUERPERAL
NA PRIMEIRA SEMANA
PÓS ALTA E AÇÕES DO 5º
DIA PARA O RN

2ª CONSULTA
PUERPERAL ENTRE 30 E
40 DIAS PÓS PARTO

CONTINUIDADE DO
CUIDADO NA
PUERICULTURA E SAÚDE
REPRODUTIVA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O QUE É?

É um instrumento fundamental para o reconhecimento da complexidade clínica e sócio-funcional da gestação. Proporciona uma atenção única conforme o estrato de risco e garante a gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual.



COMO FUNCIONA?

É feita a partir de uma escuta ativa em que se reconhece a realidade e as características de vida, sejam demográficas, socioeconômicas, obstétricas e reprodutivas da gestante.

PARA QUE SERVE?

Viabiliza o acesso qualificado e resolutivo da mulher gestante aos serviços de atenção obstétrica.

QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?

Proporcionar uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde da mulher e da criança, oferecendo a atenção adequada.

QUAL PROFISSIONAL PODE REALIZAR A CLASSIFICAÇÃO?

Deve ser incorporada como uma prática do enfermeiro e todos os demais profissionais devem estar envolvidos.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE OS ESTRATOS DE RISCO NO PRÉ-NATAL?

RISCO HABITUAL

Representa a assistência prestada pela equipe de saúde da família ao pré-natal de gestantes sem fatores de risco para agravos à saúde materno-perinatal ou que apresente fatores de risco que possam ser conduzidos na atenção primária.

MÉDIO RISCO

Caracterizado pela presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual.

ALTO RISCO

Refere-se ao acompanhamento da gestante que possui doença prévia ou que surja durante a gravidez, como doenças crônicas prévias à gestação, gestação anterior de alto risco e condição ou doença identificada no curso da gravidez que vai oferecer risco para ela e/ou o bebê.

MUITO ALTO RISCO

Evidencia um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema). Cuidado compartilhado entre atenção primária e especializada.



Gestação de Risco Habitual

Neste caso, assim que confirmada a gravidez, uma avaliação de risco deve ser feita. Caso seja identificada uma gestação de baixo risco, é essencial que sejam seguidos os seguintes procedimentos:

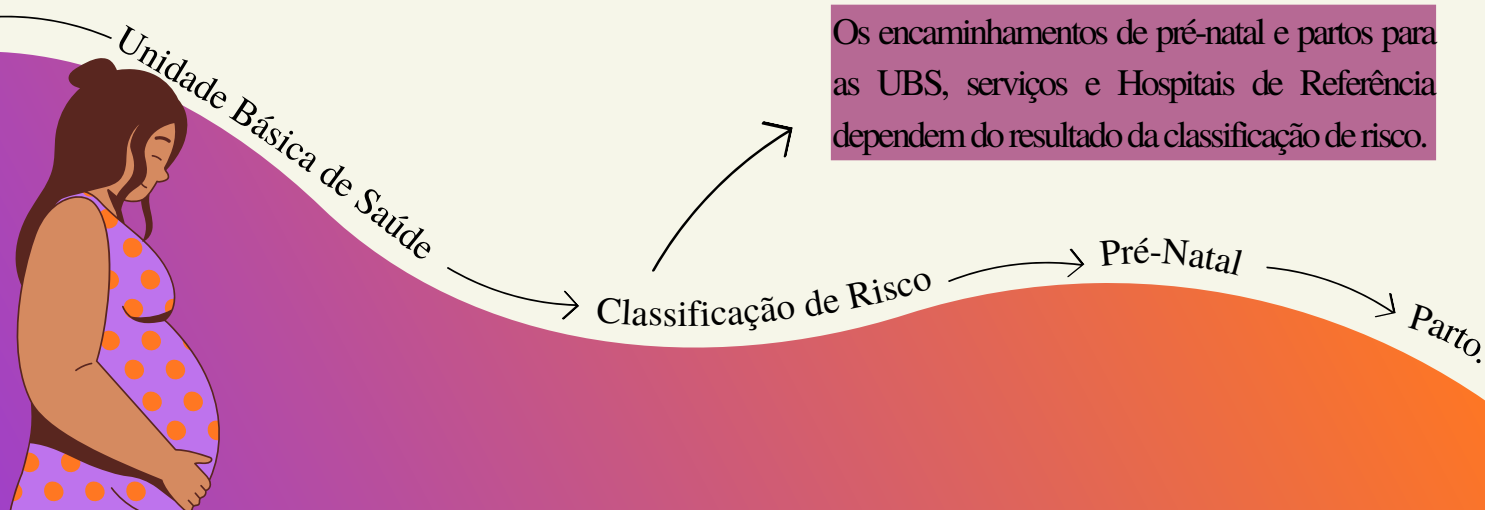
- Atendimento feito pela equipe da área de abrangência;
- É ideal que haja consultas alternadas com médico e enfermeiro;
- Incluir o companheiro da gestante nas consultas;
- Monitorar os retornos;
- Agendar e efetuar visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário;
- Identificar os hospitais de emergência de baixo risco para o parto;
- Agendar consulta de puerpério (da mãe e o RN) para a primeira semana pós-parto.



Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de PréNatal e no Cartão da Gestante.

Fluxo de atendimento:

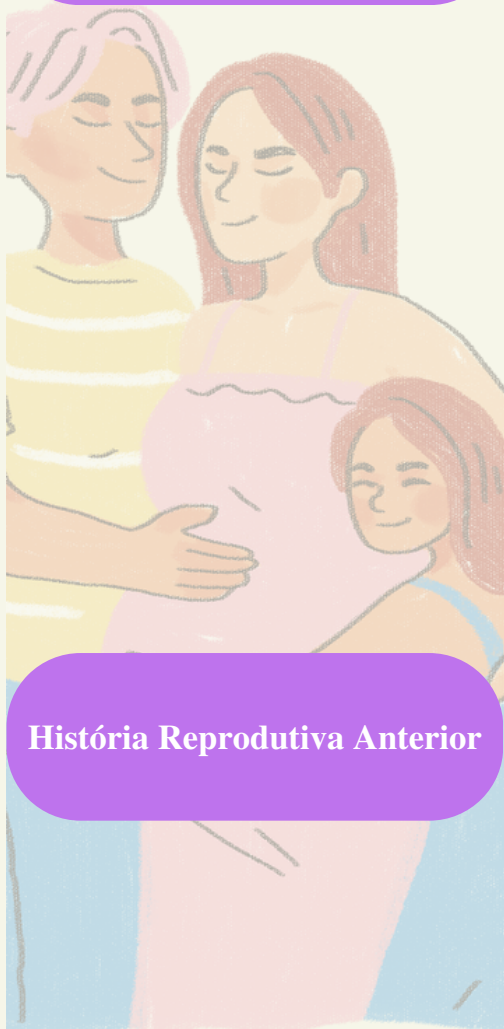
O fluxo de atendimento a ser seguido pela gestante deve ser indicado de acordo com a extratificação de risco em que a gestação está inserida.



Gestação de Risco Intermediário

A identificação de situações de risco para a saúde materna e/ou fetal é imprescindível para garantir o encaminhamento oportuno a níveis de maior complexidade assistencial e diminuir a morbimortalidade materna e infantil. A avaliação do risco gestacional deve ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro em todas as consultas de pré-natal.

Características Individuais e condições sociodemográficas



Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos ; Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; Indícios ou ocorrência de violência; Situação conjugal insegura; Insuficiência de apoio familiar; Capacidade de autocuidado insuficiente; Não aceitação da gestação; Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); Tabagismo ativo ou passivo ; Uso de medicamentos teratogênicos; Altura menor que 1,45m; IMC <18,5 ou 30-39kg/m²; Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; Uso de drogas lícitas e ilícitas; Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola ; Mulher de raça negra .

História Reprodutiva Anterior

Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia); Malformação; Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos); Diabetes gestacional; Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade; Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal; Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal); Intervalo interpartal <2 anos Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas.

Gestação Atual

Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; Ganho de peso inadequado; Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático).

Gestação de Alto Risco

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”(Ministério, 2022)



FOCO DO
ATENDIMENTO



- Estabilização clínica
- Vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas
- Fortalecimento do apoio sociofamiliar
- Suporte direto à gestante e família

Fatores que indicam gravidez de alto risco



1. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS
2. HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR
3. CONDIÇÕES CLÍNICAS PREEXISTENTES
4. DOENÇA OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ ATUAL
5. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO DE ATÉ 4 PONTOS	RISCO HABITUAL
RISCO DE 4 A 9 PONTOS	MÉDIO RISCO
RISCO DE 10 A 40 PONTOS	ALTO RISCO
RISCO DE MAIS DE 40 PONTOS	MUITO ALTO RISCO

**CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E
SOCIODEMOGRÁFICAS**

	FATORES		PONTUAÇÃO	
Idade	<15 anos	2		
Idade	De 15 a 19 anos	1		
Idade	De 20 a 34 anos	0		
Idade	>35 anos	1		
Escolaridade (alfabetizada)	SIM	0		
	NÃO	1		
Aceitação de gravidez	SIM	0		
	NÃO	1		
Situação Familiar Instável	SIM	1		
	NÃO	0		
Exposta a riscos ocupacionais	SIM	1		
	NÃO	0		
Exposta a condições ambientais desfavoráveis	SIM	1		
	NÃO	0		
Hábitos	Tabagismo	2		
Hábitos	Etilismo	2		
Hábitos	Drogas lícitas ou ilícitas	2		

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E
SOCIODEMOGRÁFICAS

FATORES			PONTUAÇÃO
Altura	Menor que 1,45	1	
Altura	Normal	0	
IMC	Peso Adequado (IMC entre 18,6 e 24,9 Kg/m ²)	0	
IMC	Baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m ²)	1	
IMC	Sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m ²)	1	
IMC	Obesidade (IMC > 30 Kg/m ²)	5	

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

ABORTOS ESPONTÂNEOS	<3	5	
	>3	10	
RECÉM-NASCIDO A TERMO		0	
RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO		5	
RECÉM-NASCIDO MALFORMADO		5	
NULIPARIDADE/MULTIPARIDADE		5	
ESTERILIDADE/INFERTILIDADE		5	
ECLAMPSIA		10	
PRÉ-ECLAMPSIA	LEVE	5	
	MODERADA	10	
DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA		5	
PLACENTA PRÉVIA		5	
CESÁRIA >3		5	


CONDIÇÕES PRÉVIAS
GRAVIDEZ ATUAL
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

FATORES	PONTOS	PONTUAÇÃO
ANEURISMAS	20	
CARDIOPATIAS	15	
DOENÇAS AUTOIMUNES (LÚPUS, COLADENOSE)	15	
DOENÇAS INFECCIOSAS (HEPATITES, TOXOPLASMOSE, SÍFILIS, HIV/AIDS E OUTRAS ISTS)	10	
DOENÇAS INFECCIOSAS BUCAIS	5	
ENDOCRINOPATIAS (DM, TIREOIDOPATIAS)	10	
DOENÇA RENAL GRAVE	10	
DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	10	
DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS	5	
EPILEPSIA	10	
HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA	10	
INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL	10	
PNEUMONIA GRAVE	10	
TUBERCULOSE/ HANSENÍASE	10	
NEOPLASIAS	10	
ANEMIA	5	
AMEAÇA DE ABORTO	5	
ANOMALIA DO TRATO GENITURINÁRIO	5	
CÂNCER MAMA	10	
INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL	10	
INFECÇÃO URINÁRIA	5	
DIABETES GESTACIONAL	5	
DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS NA GESTAÇÃO	5	
GESTAÇÃO GEMELAR	10	
NEOPLASIA GINECOLÓGICA	10	
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS		
POLIDRÂMPIO E OLIGODRÂMPIO		
PRÉ-CLÂMPSIA E ECLÂMPSIA		
DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS VIVIDAS DURANTE A PRESENTE GESTAÇÃO (ITU, DOENÇAS DO TRATO RESPIRATÓRIO, TUBERCULOSE, RUBÉOLA, GENGIVITES E PERIODONTITES, TOXOPLASMOSE ETC.)	10	
DOENÇAS CLÍNICAS DIAGNOSTICADAS PELA PRIMEIRA VEZ NESTA GESTAÇÃO (CARDIOPATIAS, ENDOCRINOPATIAS)	10	
Pontuação total		

COMO FUNCIONA O ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE ATRAVÉS DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO?

ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL
RISCO HABITUAL E RISCO INTERMEDIÁRIO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ALTO RISCO	AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO MUNICIPAL OU REGIONAL E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE RISCO (UREMIA e Casa da Mulher)

DISTRITO ADMINISTRATIVO	PARTO DE RISCO INTERMEDIÁRIO - HOSPITAL
SACRAMENTA	ORDEM TERCEIRA
BENGUI	
GUAMÁ	
ICOARACI	DOM LUIZ
OUTEIRO	ORDEM TERCEIRA
ENTRONCAMENTO	DOM LUIZ MATERNIDADE DO POVO
MOSQUEIRO	MATERNIDADE DO POVO
<p>TODO PARTO DE ALTO RISCO ACONTECE NA SANTA CASA, INDEPENDENTE DO DISTRITO ADMINISTRATIVO DA GESTANTE</p>	

QUAIS OS EXAMES DE ROTINA NO PRÉ-NATAL DA UBS?

Os exames complementares de rotina da gravidez devem ser solicitados logo na primeira avaliação e no segundo e terceiro trimestres. Todas as gestantes devem realizar os exames, sendo que na gestação de alto risco o plano de cuidados pode considerar a necessidade de outros exames especializados ou de um monitoramento mais frequente de determinadas situações, como controle de cura de infecções. Todos os resultados devem ser registrados de maneira clara e precisa na Caderneta da Gestante.

1º TRIMESTRE

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea (ABO) e fator Rh;
- Coombs indireto;
- Teste Rápido para Sífilis (ou outro teste treponêmico) e VDRL (ou outro teste não treponêmico);
- Teste rápido para HIV ou sorologia Anti HIV;
- Glicemia de Jejum;
- Urina tipo 1 (Exame de Urina de rotina) e urocultura com antibiograma;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Teste Rápido para Hepatite B ou sorologia HBsAg
- Citomegalovirus IgM e IgG
- Citopatológico de colo de útero (Papanicolause necessário);
- Eletroforese de hemoglobina;
- Rubéola IgM e IgG;
- Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Para as gestantes com alteração de níveis pressóricos realizar proteinúria 24 h.

2º TRIMESTRE

- Hemograma;
- Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível;
- VDRL;
- Teste oral de tolerância para glicose (glicemia de jejum e 1 e 2 horas após 75g de dextrosol; preferencialmente entre 24^a e 28^a semana).
- Ultrassom Obstétrico

3º TRIMESTRE

- Hemograma;
- Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico) e VDRL (ou outro teste não treponêmico);
- Teste rápido para HIV ou sorologia Anti HIV;
- Urina tipo 1 (Exame de Urina de rotina) e urocultura com antibiograma;
- Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível;
- Cultura de Streptococcus.

QUAL A EQUIPE E PROFISSIONAIS DO CUIDADO DA GESTANTE NA APS ?

Acompanhamento longitudinal



O atendimento deve ser realizado por equipe multiprofissional desde o primeiro momento. A equipe da APS deve convocar, para colaborar nas ações de pré-natal, os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF), da equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal (eSF-SB), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e saúde mental, utilizando-se das várias modalidades de prática clínica úteis para o cuidado do usuário com condição crônica.

MÉDICO e ENFERMEIRO

Devem se alternar nas consultas subsequentes, mas com a atenção para uma gestão integrada do cuidado de cada gestante e do grupo de gestantes. A atuação interdisciplinar é favorecida pela discussão de casos, pelo apoio recíproco nas ações de cuidado e pelo planejamento junto das intervenções. Onde realizarão atividades, como: Realizar consulta de pré-natal; Solicitar exames e orientar tratamento conforme as Normas Técnicas e Operacionais; Identificar as gestantes de risco (através da estratificação de risco) e encaminhar para a unidade de referência; Realizar coleta de exame citopatológico; Atender às intercorrências e encaminhar as gestantes para a unidade de referência; dentre outras atividades.

AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Deve ter conhecimento e habilidade para a mensuração de dados vitais e antropométricos, a identificação de fatores de risco, a vigilância de sinais de alerta, a avaliação do quadro vacinal, a administração de vacinas e medicamentos, o preenchimento e monitoramento da Caderneta da Gestante, a orientação para as gestantes e seus familiares, e a participação em ações educacionais.

CIRURGIÃO - DENTISTA

Deve garantir, no mínimo uma consulta odontológica a cada trimestre durante o pré-natal, com a realização da 1ª avaliação até 1 mês após o seu início. o objetivo é realizar avaliação da saúde bucal da gestante, identificar morbidades que podem comprometer o bom desenvolvimento da gestação para a mãe e o bebê, em especial a doença periodontal, associada à prematuridade. As gestantes podem ser atendidas em qualquer período gestacional, entretanto o segundo trimestre de gestação é o período mais adequado para realização de procedimentos odontológicos.



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), assim como os profissionais da **equipe de saúde mental** que, em muitos municípios, desenvolve papel de matriciamento das ESF, deve participar ativamente do pré-natal colaborando para a definição do plano de cuidados e aumentando o nível de vigilância, cuidado e apoio à gestante e à sua família. De maneira especial, o **assistente social e o psicólogo**.

AGENTE COMUNITÁRIO EM SAÚDE (ACS)

Deve ser instrumentalizado para realizar, durante a visita domiciliar, a identificação de sinais de alerta e fatores de risco, bem como as orientações relativas às situações monitoradas no Cartão da Gestante orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários, importância da periodicidade das consultas; desenvolver atividades de educação da gestante e de seus familiares; Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar ao enfermeiro ou ao médico de sua equipe, caso adoeça ou apresente alterações fetal; Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento e orientar conjugues sobre planejamento familiar.

ASSISTENTE SOCIAL

Tem o papel fundamental para acompanhar as situações de vulnerabilidade socioeconômica, insuficiência familiar e violência doméstica.

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

À gestante que será acolhida e acompanhada pela equipe de nutrição seguindo a estratificação de risco estabelecida. Os critérios nutricionais utilizados para a estratificação referem-se ao diagnóstico nutricional da gestante e comorbidades associadas.

PSICÓLOGO(A)

Deve atuar em situações de fragilidade psíquica, quadros depressão e violência doméstica, pois as mudanças fisiológicas do corpo e hormonais, a adaptação a nova rotina e dificuldades do cotidiano são fatores que predispõe mulheres aos transtornos mentais nessa fase. As gestantes com quadros graves devem ser encaminhadas ao PNAR e acompanhadas também por equipe multiprofissional do NASF e/ou pela equipe intermediária formada por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social. No puerpério ficar atento aos casos de depressão perinatal.

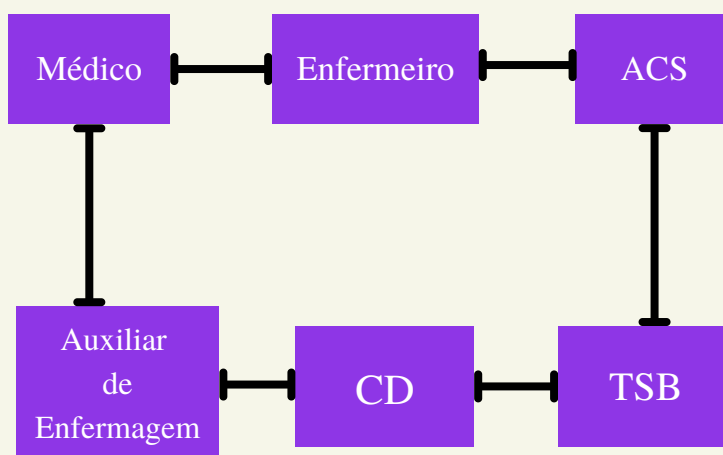
Equipe Multiprofissional

A estruturação do trabalho em saúde por meio de equipes multidisciplinares no Brasil ocorre desde a década de 1970. No entanto, após a fundação do SUS, a equipe multidisciplinar deixou de ser ocasional e se tornou um ponto fundamental para o trabalho em equipe.

A equipe multiprofissional, segundo Viegas (2010), representa o fator responsável por uma abordagem integral dos indivíduos atendidos na unidade de saúde, uma vez que a soma do olhar de cada profissional leva à visão integral do paciente, favorecendo uma ação multidisciplinar sobre ele.

Cada profissional da unidade de saúde tem o compromisso de complementar as ações de outros profissionais para melhorar a qualidade da assistência ao paciente. Para tanto, o trabalho em equipe deve ser norteador por um processo assistencial mútuo, a fim de obter um maior impacto sobre as variáveis que interferem no processo saúde-doença.

Cada equipe é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Esse conjunto de equipe é uma formatação de estratégia da saúde da família (ESF). Além disso, podem ser adicionados à equipe outros profissionais, como assistentes sociais, cirurgião dentista (CD), técnico de saúde bucal (TSB), psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, farmacêuticos, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e digitador.



Caso os papéis desempenhados pelos membros da equipe não se moldem às necessidades que a unidade de saúde possui, eles se tornam ineficazes e não alcançam o objetivo, pois trabalhar em equipe não significa ser igual, mas sim trabalhar com diferenças e conflitos (FORTUNA, 2005).

Para tanto, cada membro da equipe deve assumir um tipo de comportamento facilitador. Além de cada membro da equipe multiprofissional se esforçar para desenvolver um tipo de comportamento facilitador, deve evitar o comportamento dificultador.



Equipe Multiprofissional

Comportamentos facilitadores

- | | |
|------------------------------|---|
| Comportamento de estabelecer | Ajuda o grupo a iniciar o caminho, propondo tarefas e objetivos, definindo problemas, estabelecendo regras e levantando ideias. |
| Comportamento de persuadir | Levanta informações relevantes ao problema, solicitando valores, pedindo sugestões e ideias e respondendo abertamente aos outros. |
| Comportamento de envolver | Assegura que todos os membros participem das decisões, mostrando a relação entre ideias, reconciliando e sumarizando decisões. |
| Comportamento de monitorar | Ouve tão bem quanto fala, encorajando sugestões do grupo e evitando interrupções. |

Comportamentos dificultadores

- | | |
|------------------------------|---|
| Comportamento de manipular | Responde ao problema de maneira rígida e utiliza respostas estereotipadas, respondendo com motivações apenas pessoais. |
| Comportamento de dominar | Afirma sua posição pessoal dominante e desconsidera a dos outros, reagindo com hostilidade. |
| Comportamento de censurar | Refuta a cooperação, censurando as ideias por meio de sarcasmo e agindo autoritariamente. |
| Comportamento de dependência | Encara as pessoas como "figura de autoridade", esperando uma solução por meio dos outros e é muito vulnerável a críticas. |

A partir disso, pode-se reconhecer que o trabalho de uma equipe multiprofissional é desafiante, mas não impossível, e requer comunicação e esforço de cada um para que haja uma abordagem integrada e humanizada dos pacientes.



PRINCIPAIS IST'S NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO

Das IST's curáveis, a Sífilis é comumente rastreada na gravidez, isso ocorre em razão do risco do surgimento de casos de infecções congênitas, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte neonatal.

PREVENÇÃO

Para a prevenção da sífilis deve-se usar preservativo, reduzir o número de parceiros sexuais, realizar diagnóstico precoce em mulheres com idade reprodutiva e seus parceiros, realização do teste VDRL em mulheres com intenção de engravidar.

TESTAGEM

Realiza-se testes sorológicos treponêmicos (FTA-Abs, TPHA, ELISA), e não treponêmicos (VDRL e RPR). No 1º trimestre da gravidez faz-se o teste VDRL ou RPR, e no 3º esse teste é repetido. O diagnóstico é dado com VDRL reagente, com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente.

SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é uma consequência grave da sífilis materna não tratada, isso ocorre devido a sífilis primária, na maioria dos casos, não ser detectada em sua fase inicial. A infecção nessa forma é um claro marcador da qualidade da assistência à saúde, uma doença de notificação compulsória que pode ser eliminada como problema de saúde pública com o tratamento e acompanhamento adequado durante o pré-natal. Assim, torna-se essencial a solicitação do teste para o seu diagnóstico durante o pré-natal. A triagem deve ser feita no início da gravidez e no terceiro trimestre. Classifica-se a doença em Precoce, na qual os sintomas — baixo peso, coriza, serossanguinolenta, prematuridade, osteocondrite, pênfigo palmoplantar — surgem até os 2 anos, e tardia, onde os sinais — tibia em “lâmina de sabre”, fronte olímpica, nariz em sela, mandíbula curta, surdez neurológica, dificuldade de aprendizado — aparecem a partir dos 2 anos.

Sífilis

TRATAMENTO

O tratamento da sífilis primária é feito com Penicilina G Benzatina – 2.400.000UI/IM. Para a sífilis secundária ou latente recente deve ser feito Penicilina G Benzatina – 2.400.000UI/IM, repetindo a mesma dose uma semana depois. Para a sífilis terciária deve ser feito Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM, em 3 aplicações, com intervalo de 1 semana entre cada aplicação. As gestantes alérgicas a penicilina podem ser dessensibilizadas e fazer o esquema terapêutico com Ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez ao dia, por 8 a 10 dias (porém esse esquema não previne sífilis congênita, pois essa medicação não ultrapassa a barreira placentária).

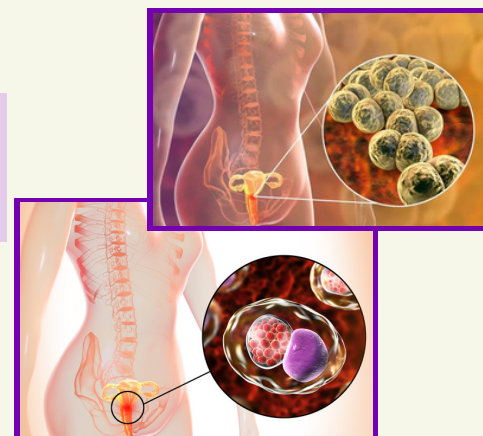
HIV

- A **transmissão** materno-infantil do HIV ocorre da mãe para o bebê pela sua exposição ao vírus durante a gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento. Vale ressaltar que, a transmissão vertical (transmissão de uma infecção ou doença a partir da mãe para o seu feto no útero ou recém-nascido durante o parto), ocorre em cerca de 25% das gestações de mulheres portadoras do vírus quando não é feita a profilaxia (ingestão de medicamentos antirretrovirais durante toda gestação, se orientado pelo médico, também no parto e para o recém-nascido em xarope). Para a reduzir a passagem do vírus da mãe para o bebê é feita intervenções que são: anti-retrovirais a partir 14ª semana de gestação, com Zidovudina (AZT) ou terapia anti-retroviral tríplice, assim como AZT injetável durante o trabalho de parto. Para as gestantes com carga viral elevada ou desconhecida prefere-se o parto cesáreo eletivo, faz-se AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição da lactação.
- O **diagnóstico** é feito por dois testes, o teste 1 e teste 2, quando tem-se resultados positivos nesses testes, a amostra é considerada positiva. Os testes rápidos podem ser utilizados na quimioprofilaxia da TV em gestantes no final do terceiro trimestre, em parturientes e em mulheres no pós-parto imediato, que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal. É importante considerar que um resultado negativo, pelo método sorológico ou pelo teste rápido, não exclui a infecção por HIV, dada a possibilidade de janela imunológica.
- Os **métodos para as prevenções** são: sexo seguro, testagem regular de HIV, testagem no pré-natal, adesão ao tratamento antirretroviral, diagnóstico e tratamentos de IST, profilaxia pós-exposição (PEP) e profilaxia pré-exposição.

PRINCIPAIS IST'S NA GESTAÇÃO

GONORRÉIA/CLAMÍDIA

- Na **gestação**, a gonorréia pode estar relacionada ao risco maior de prematuridade, ruptura prematura de membranas, perdas fetais, retardo do crescimento intrauterino e febre no puerpério.
- No **recém-nascido** a infecção pode repercutir com conjuntivite, septicemia, artrite, abscessos no couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.
- O **diagnóstico** para cervicite gonocócica é realizado por meio da cultura em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), para clamídia e gonococo pode-se utilizar técnicas de amplificação do ácido nucléico (NAAT) a fim de detectar o agente.

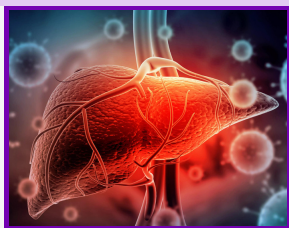


Fonte: <https://artfertil.com.br>

O **tratamento** da infecção gonocócica não complicada faz-se Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única, mais Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única. Para a clamídiase faz-se Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

HEPATITES VIRAIS

- A **transmissão** do vírus da hepatite B pode ser por via parenteral, solução de continuidade e por relações sexuais desprotegidas, onde a coexistência de alguma IST facilita a transmissão. A transmissão vertical do HCV tem risco aumentado naquelas gestantes portadoras do vírus HIV ou com alta carga viral do HCV.
- O **diagnóstico** é feito com os testes sorológicos como HBsAg, Anti-HBc IgM, Anti-HBc total, HBeAg, Anti-HBe, Anti-HBs, Anti-HCV.



Fonte:
<https://telemedicinamoris.com.br/blog/hepatite-viral>

- O **rastreamento** da hepatite B com o antígeno de superfície (HBsAg) deve ser feito na primeira consulta de pré-natal. As mulheres que apresentam risco aumentado, podem ser vacinadas durante a gravidez e devem ser rastreadas novamente antes do parto ou no momento do parto. Também deve-se realizar triagem sorológica para hepatite C durante o pré-natal.
- O **tratamento** para hepatite B é sintomático com medidas de repouso, hidratação e dieta, se a gestante for exposta ao vírus HBV, deverá receber imunoglobulina humana anti-hepatite B na dose de 0,06ml/kg IM, repetida em um mês. A vacinação também deve ser feita no esquema de 3 doses. Para hepatite C, não há vacinação disponível e a profilaxia com imunoglobulina não é efetiva após a exposição. Por isso, a prevenção da hepatite C deve incluir mudanças comportamentais e precaução para limitar o contato com pessoas infectadas, como o não compartilhamento de agulhas, tatuagens, alicates de manicures, e outros.

PRINCIPAIS IST'S NA GESTAÇÃO

HERPES GENITAL

Os vírus herpes simples tipo 1 (HSV-1) e 2 (HSV-2) são mundialmente encontrados.

- A **transmissão** ocorre principalmente por contato sexual. A priminfecção materna pode causar aborto, microcefalia, retardo do crescimento intrauterino, herpes congênito, herpes neonatal e óbito fetal. A contaminação ao feto se dá majoritariamente pelo canal de parto se houver lesão ativa.
- O **diagnóstico** pode ser dado pelo quadro clínico, pode ser solicitado sorologia das glicoproteínas específicas (IgM e IgG).
- O **tratamento** das lesões na gestação pode ser realizado em qualquer fase gestacional, o Aciclovir é o fármaco de escolha para grávidas, 400 mg três vezes ao dia por 7 a 10 dias. É recomendável o parto cesáreo para gestantes que possuem lesões ativas no momento do parto.



Fonte: Drauziovarella.uol.com.br

HPV

- A **transmissão** pode ocorrer por via sexual ou vertical.
- O **diagnóstico** é clínico, se houver necessidade pode ser realizada biópsia.
- O **tratamento** durante a gestação pode ser feito com eletrocauterização, laser de CO₂, criocauterização e métodos cirúrgicos. Os métodos químicos, quimioterápicos e imunoterápicos são contraindicados na gravidez.

A gravidez pode agir como facilitadora no aparecimento de lesões causadas pelo HPV.



Fonte: <https://blog.paulatostes.com.br/hpv-causas-tratamentos/>

PRINCIPAIS IST'S NA GESTAÇÃO

VAGINOSE BACTERIANA

CAUSA

Causada por bactérias anaeróbicas como Gardnerella vaginalis e Bacteroides sp.

TRANSMISSÃO

Transmitida por via sexual, a infecção ocorre devido o desequilíbrio da flora vaginal.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico. Pode ser solicitado exame bacterioscópico demonstrando as clue cells, teste das aminas positivo, após adição de KOH a 10% ao conteúdo vaginal, pH vaginal maior que 4,5 e presença de corrimento de aspecto branco acinzentado aderido às paredes da vagina.

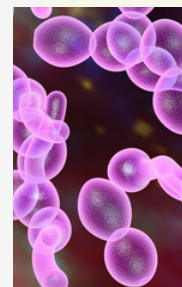
ATENÇÃO ÀS GESTANTES

Pode provocar ruptura prematura de membrana amniótica, corioamnionite e parto prematuro, portanto, as gestantes devem ser tratadas. Nesses casos pode-se utilizar o Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2 vezes ao dia, por sete dias.



CANDIDÍASE

- **Causada** pela Candida albicans, podendo ser transmitida via sexual. Pode apresentar prurido vaginal, corrimento branco e espesso, sem odor. É comum na gravidez devido ao aumento de glicogênio no epitélio vaginal, diminuindo o pH, favorecendo o crescimento fúngico nesta região.
- O **diagnóstico** é realizado com solução de KOH a 10% revelando a presença de hifas.
- O **tratamento** nas gestantes é realizado após o 1º trimestre e durante a amamentação, com miconazol 2% em creme, via vaginal, por 7 dias, ou nistatina 100.00 UI, aplicada à noite, via vaginal, por 14 dias. É contraindicado o tratamento oral na gestante.



Fonte: cardiomed-ma.com.br

TRICOMONÍASE

CAUSA

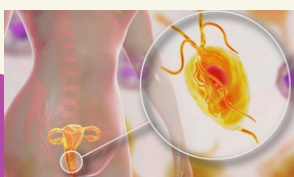
Causada pelo protozoário Trichomonas vaginalis, que é transmitido sexualmente.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito pelo exame direto a fresco com a presença dos protozoários flagelados. A paciente pode apresentar corrimento espumoso, purulento, com mau cheiro.

ATENÇÃO ÀS GESTANTES

Na gravidez pode ocorrer ruptura prematura de membranas, parto prematuro e baixo peso ao nascer. No 1º trimestre da gestação e durante a amamentação utiliza-se o metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única.



Referências

- Atenção à Saúde da Mulher no Pré-natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido- Fluxogramas, 2012 <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Sa%C3%BAde+da+Mulher+no+Pr%C3%A9-natal%2C+Puerp%C3%A9rio+e+Cuidados+ao+Rec%C3%A9m-nascido-+Fluxogramas.pdf/abbb832a-fc41-3636-afd0-e38fe6de99c5?t=1648643391649>
- BARROS, A. J. D. São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out. /dez. 2006, p. 872-874.
- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Pré-Natal e Puerpério. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2019 [cited 2019 Nov 14]. Available from: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal\[1\]perperio-31-05-2019.pd](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal[1]perperio-31-05-2019.pd)
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho, 2002. Disponível em: . Acesso em: 19 janeiro 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 Nov 14]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica : guia técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – SEGUNDA EDIÇÃO (CIAP2) https://saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf
- FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./ abr. 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- LEONARD, S. A. et al. An Expanded Obstetric Comorbidity Scoring System for Predicting Severe Maternal Morbidity. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, v. 136, p. 440-449, 2020.
- Matos MAB, Priscila RRL, Rubia PB. PlanificaSUS: Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019
- Ministério da Saúde: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>
- NOVAIS, Elisiane. MELO, Emiliana, FERRACIOLI, Patrícia. OLIVEIRA, Rosana. MATHIAS, Thais. RISCO GESTACIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES ATENDIDAS PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE. *Cienc Cuid Saude* 2018 Jul-Set 17(3) e45232 . DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.45232
- PIANCASTELLI, C. H.; FARIA H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/texto_1.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- VIEGAS, S. M. F. A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, out. 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8CRNHQ>>. Acesso em: 23 jan. 2023.