

O CUIDADO NO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO MUNDIAL: UMA REVISÃO DE ROTINAS ASSISTENCIAIS

SUSANA CECAGNO¹; LUIZA ROCHA²; LUANDA SILVA OLEIRO³; JULIANA BRITO FERREIRA⁴; EVELIN BRAATZ BLANK⁵ MARILU CORREA SOARES⁶

¹ *Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FEn_UFPEL, Membro do Núcleo Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF — cecagno@gmail.com*

² *Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FEn_UFPEL, Membro do Núcleo Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF — luizarichab@gmail.com*

³ *Enfermeira, Membro do Núcleo Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF – luandasilvaoleiro@gmail.com*

⁴ *Acadêmica FEN_UFPEL, Membro do Núcleo Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF lotas – jubferreira98@gmail.com*

⁵ *Acadêmica FEN_UFPEL,, Membro do Núcleo Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF – luandasilvaoleiro@gmail.com – evelin-bb@hotmail.com*

⁶ *Professora Associada da Fen_UFPEL e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FEn_UFPEL, Líder do Núcleo Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF e orientadora do trabalho – enfmari@uol.com.br*

1. INTRODUÇÃO

A qualificação do atendimento a saúde materno-infantil constitui um dos objetivos do Ministério da Saúde (MS), sendo sustentado e alicerçado, primordialmente, por ações de melhoria da assistência ao pré-natal, que é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Para atender estas ações o MS preconiza a ampliação e a qualificação de acesso aos serviços de saúde de qualidade e a assistência em tempo oportuno, além de estar embasado nos princípios da humanização, da equidade e do atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2016).

Neste mesmo contexto, como uma estratégia global os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) corroboram para a melhoria das condições de vida materna, sendo um programa de desenvolvimento mundial que colaborou na diminuição de cerca de 1,5 milhões de mortes de mulheres entre os anos 2000 e 2015. Entretanto, o acesso desigual aos serviços de saúde e retardo na identificação de fatores de risco e manejo de complicações decorrentes do ciclo gravídico, continuam sendo barreiras para qualidade de vida da díade mãe e filho (SOUZA, 2015).

Atualmente, o acompanhamento de pré-natal e a atenção adequada ao parto são considerados as principais estratégias de prevenção ou redução de riscos de morte de mulheres gestantes e de crianças (BRASIL, 2017).

Diante do exposto o objetivo deste trabalho é apresentar uma contextualização acerca do pré-natal no contexto mundial, com foco nos países com menores taxas de mortalidade materna.

2. METODOLOGIA

Este resumo constitui-se de uma revisão de literatura, tipo narrativa, por incorporar as descrição e discussão do desenvolvimento de um tema específico, conforme paradigma teórico e contextual. A metodologia decorre de uma análise crítica de literaturas e discussões acerca do “estado da arte” da temática discutida (ROTHER, 2007).

Esta revisão de literatura foi composta por estudos, protocolos, documentos oficiais e políticas públicas de saúde publicados a partir do ano 2000 que abordassem a assistência do pré-natal em países pertencentes a Organização das Nações Unidas (ONU) e que possuísem taxas de mortalidade materna igual ou menor de 70 a cada 100.000 nascidos vivos no ano de 2015.

Após buscas, os dados foram agrupados e analisados por continentes, tendo-se destacado os países com melhores indicadores de mortalidade materna mundial.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No continente europeu, em países com taxa de mortalidade materna igual ou menor de 6 a cada 100.000 nascidos vivos, como Alemanha, Itália, e Suécia é preconizado o início do cuidado de pré-natal até a 12º semana de gestação. O cuidado deve ser sistemático, completo e de ampla cobertura, sendo imprescindível a abrangência da maior parte da população, sendo oportunizado por meio da acessibilidade das usuárias aos serviços públicos de saúde (EUROPERISTAT; 2010; ISTAT, 2014).

Segundo o protocolo europeu de pré-natal, descritos por Eringa e Huisjes (2017) as atividades básicas dos cuidados são divididas em três grandes áreas: triagem de análise das condições socioeconômicas da saúde para diminuir as possibilidades de desfechos negativos; proporcionar intervenções terapêuticas não farmacológicas e educar as mulheres grávidas sobre o planejamento de um nascimento seguro.

No continente europeu e na Ásia a rotina de cuidado de pré-natal é sistematizada e organizada em trimestres gestacionais. No primeiro trimestre são preconizados a análise das condições socioeconômicas das gestantes, anamnese e exame físico detalhado, a partir daí classificado como alto ou baixo risco. Dentre os motivos classificatórios de alto risco, incluem-se: uso de álcool e outras substâncias químicas, índice de massa corpórea acima de 30, altura inferior a 1,50m, gestação múltipla e/ou histórico de presença de patologias genéticas na família. A assistência de alto risco é realizada em nível terciário e a de baixo risco a nível domiciliar e/ou primário (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009; EUROPERISTAT, 2010).

Na África o número de consultas de pré-natal é diferenciado de acordo com a classificação de risco obstétrico. As gestantes sem comprometimento fisiológico são atendidas com pré-natal focalizado com mínimo de quatro consultas no período gestacional. Já as gestantes classificadas como alto risco são assistidas com no mínimo seis consultas durante toda a gravidez. A avaliação nutricional é realizada por meio de consultas com profissional capacitado, e, no caso de identificação de estado subnutricional, é iniciado suplementação alimentar (AMSTY, 2014).

Na Austrália e Fiji, países que compõem a Oceania é preconizado o início precoce do atendimento de pré-natal até a 12ª semana de gestação. No primeiro encontro da gestante com o profissional de saúde são realizados anamnese, exame físico detalhado. Solicitados exames (hemoglobina, HIV, VDRL, tipagem e fato Rh), averiguado estado de imunização, rastreado e estratificados riscos obstétricos e iniciado suplementos alimentares e medicamentosos, incluindo ácido fólico e sulfato ferroso. As condutas de investigação laboratoriais assemelham-se as rotinas brasileiras e são fracionadas em trimestres. A média de consultas nestes países é de quatro consultas de pré-natal, exceto a Austrália que preconiza seis consultas. No decorrer dos meses gestacionais são rastreadas

patologias do ciclo gravídico, principalmente diabetes e hipertensão, que são prevalentes na região, além de malária e toxoplasmose, também é elaborado plano de parto e estratificado o risco gestacional (ROBSON, KILLEN, 2017; FIJI, 2014).

Na América do Norte e Central, em países como Canadá e Estados Unidos a captação precoce é até 14^o semana gestacional e preconizado no mínimo seis consultas.. Na primeira consulta são rastreados fatores genéticos que possam levar a comprometimentos fetais, além de exame ultrassonográfico para avaliação da transnucência nuchal. São realizadas anamneses precisas, averiguados fatores que possam estar associados a problemas que comprometam o bem estar materno e fetal. No primeiro encontro já é definida a maternidade de referência da gestante para parto e nascimento. A avaliação física é completa e inclui o exame pélvico. Para rastreio são solicitados os seguintes exames: tipagem sanguínea e fator Rh, hemoglobina, sorologias para rubéola, hepatite B e C, sífilis, parvovírus, caxumba e citomegalovírus, exame quantitativo de urina, glicemia de jejum, hormônio estimulante da tireoide, triagem de gonorreia e clamídia. Em cada consulta é avaliado pressão sanguínea, mobilidade fetal, batimentos cardíacos, altura uterina, teste rápido para proteinúria e peso. No segundo trimestre mantém-se rastreio de complicações obstétricas e exame de imagem para avaliar morfologia fetal. E, último trimestre repete-se fator Rh para título de anticorpos em mulheres Rh negativo e triagem para diabetes, presença de *Streptococo B* (CANADÁ, 2008; EUA, 2010).

Na América do Sul, países como Argentina, Chile, Colômbia, Uruguai e Brasil o pré-natal deve iniciar no nível primário de atenção a saúde, pode ser assistido por médicos ou enfermeiras capacitadas para a assistência perinatal. É priorizado uma rede definida de referência e contra-referência para qualificar o cuidado e evitar a peregrinação de gestantes para os serviços públicos de saúde. A primeira consulta deve ser realizada entre a 10^a e 12^a semanas gestacional e o quantitativo de consultas também varia de 6 a 10 durante todo o curso da gravidez (BRASIL, 2012b; ARGENTINA, 2013; COLOMBIA, 2013; CHILE, 2015).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que os países com melhores indicadores e taxas de mortalidade materna apresentam protocolos assistenciais sistemáticos, preconizando um rol de procedimentos obstétricos que visam a prevenção de agravos, a promoção da saúde materno-infantil e a atuação oportuna diante a identificação de intercorrências do ciclo gestacional.

Assim, entende-se que é imprescindível, no Brasil, o fortalecimento de políticas públicas voltadas a saúde materno-infantil, que oportunizem ampliação de acesso ao cuidado de pré-natal e melhoria da qualidade da atenção prestada às mulheres e seus conceitos durante a gestação. O cuidado individualizado, baseado na clínica ampliada e mediante a identificação e estratificação de risco gestacional é primordial que seja implementado nas rotinas de pré-natal hoje vigentes. Há necessidade, ainda, de fortalecer a co-responsabilidade das mulheres diante do cuidado nesta fase importante de suas vidas, imbuindo-as de conhecimentos para que colaborem nas práticas de atenção e prevenção do aparecimento das comorbidades típicas deste período.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMNSTY INTERNATIONAL. **Struggle for maternal health: barriers to antenatal care in Africa.** London: Amnsty International, 2014.

ARGENTINA. Ministerio de la Salud. Dirección Nacional de Maternidad y Infancia. **Recomendaciones para la práctica del controle preconcepcional, prenatal y puerperal.** Buenos Aires: Ministerio de la Salud, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro 2012. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Interfederativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2017-2018.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **ApiceOn: aprimoramento, inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 31p

CANADIAN MINISTRY OF HEALTH. **Canadian perinatal health report.** Canada, 2008.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Pretección Social. **Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto y puerperio.** Guía nº 11-15, Bogotá: Ministerio de Salud y Pretección Social, 2013.

CHILE. Ministerio de Salud. **Guía Clínica perinatal.** Santiago: Ministerio de Salud, 2015.

ERINGA, M.P.; HUISJES, H.J. Prenatal care: current policy in europe countries. **European Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 28, n. S, p. 7-52, 2017.

CHILDBIRTH CONNECTION. **Workforce composition and distribution.** Transforming maternity care blueprint for action, EUA, 2010.

EURO-PERISTAT. The care of pregnant women and babies during pregnancy and the postpartum period. **European Perinatal Health Report**, p. 75-106, 2010.

ISTAT. National Institute of Statistics. Socio-demographic and environmental statistics directorate. **Pregnancy, childbirth and breastfeeding in Italy: year 2013.** Roma: ISTAT, 2014.

FIJI. Ministry of Healthy. **Community health worker manual: promote safe motherhood in your community.** Australian: FHSSP, 2014.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Uma revisão do progresso na saúde materna na Europa Oriental e na Ásia Central.** Nova Iorque: UNFPA/WHO, 2009.

ROBSON, S.; KILLEN, A. **Maternity care in Australia: a framework for a healthy new generation of Australians.** Australia: RANZCOG, 2017.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.