

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SHIRLLANY GOMES DOS SANTOS LOPES

**EXAMES NO PRÉ-NATAL: DESENVOLVIMENTO DE CARTAZ EDUCATIVO PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO À TRANSMISSÃO
VERTICAL DE SÍFILIS E HIV**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SHIRLLANY GOMES DOS SANTOS LOPES

**EXAMES NO PRÉ-NATAL: DESENVOLVIMENTO DE CARTAZ EDUCATIVO PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO À TRANSMISSÃO
VERTICAL DE SÍFILIS E HIV**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna Neonatal e Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Natália Del' Angelo Aredes.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **EXAMES NO PRÉ-NATAL: DESENVOLVIMENTO DE CARTAZ EDUCATIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO À TRANSMISSÃO VERTICAL DE SÍFILIS E HIV** de autoria do aluno **SHIRLLANY GOMES DOS SANTOS LOPES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna Neonatal e Lactente.

Profa. Ma. Natália Del' Angelo Aredes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

***D**edico este Trabalho de Conclusão de Curso a Deus que é a fonte de conhecimento inesgotável e que esteve ao meu lado em todos os momentos de escolha, leitura, elaboração, reflexões e produto final.*

AGRADECIMENTOS

À Deus Altíssimo e meu amigo de todas as horas.

À Natália;

Pela motivação e dedicação em acompanhar e direcionar este estudo ajudando-me a caminhar sempre em direção ao objetivo.

À Coordenação Geral, Comitê Gestor e Coordenadoras;

Que organizaram e acompanharam os estudos realizados propondo e realizando intervenções.

À Micheline;

Tutora, que abria os caminhos das dúvidas que surgiram no processo de estudo.

À Mônica;

Pela intermediação e confiança repassada para os(as) alunos(as) em suas dificuldades acadêmicas.

À Giovana;

Por disponibilizar tempo e apoio às aulas presenciais que necessitei durante o período deste estudo.

À equipe do Programa Estadual DST/AIDS e Hepatites Virais;

Pela colaboração em disponibilizar materiais de apoio e diferentes contribuições.

À minha família e amigos;

Por acompanhar-me, disponibilizar-se com paciência e solidariedade nos momentos fáceis ou difíceis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
ANEXO I	17

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Pg. 2
Figura 2	Pg. 3
Figura 3	Pg. 4
Figura 4	Pg. 14

LISTA DE ANEXOS

Anexo I

Pg. 18

RESUMO

Introdução: A atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além do diagnóstico e do tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005). **Objetivo:** Desenvolver e distribuir material educativo aos profissionais de saúde reforçando a importância de solicitar exames para rastreio da transmissão vertical de Sífilis e HIV. **Métodos:** Elaboração de um folder educativo para distribuição nas 12 Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco e estas distribuirá para os municípios sob sua jurisdição. **Resultados:** O folder educativo foi desenvolvido com base em discussões com colegas de trabalho sendo que os mesmos reconheciam a importância da formulação do produto apresentado neste projeto de intervenção na prática e lembrar aos profissionais a cerca da importância de todos os exames recomendados pelo Ministério da Saúde e viabilizar que eles sejam solicitados em todo pré-natal realizado. **Conclusão:** Esta intervenção tem potencial para aprimorar a atenção de pré-natal e puerperal qualificada e humanizada através das consultas acolhedoras e que solicitem os exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Acesso a serviços de saúde de qualidade e que integrem os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência, à gestante e ao recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o hospitalar de alto risco é fundamental e há muito a ser feito, nos diferentes níveis de atenção em saúde.

Palavra-chave: Pré-Natal, Sífilis Congênita, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

1 INTRODUÇÃO

Uma atenção pré-natal e puerperal humanizada e de qualidade é imprescindível para a saúde materna e neonatal. A inclusão de ações de prevenção e promoção à saúde, diagnóstico e tratamento adequado aos problemas decorrentes, neste período, se faz necessário uma atenção mais rigorosa à gestante e a puerpéra. (BRASIL, 2005).

O programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal seja de seis (06) sendo, no mínimo, duas (02) realizadas por médico, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas (02) no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005).

Esse aumento do número de consultas do pré-natal evidencia um maior cuidado para com a saúde da mulher e uma redução da mortalidade infantil, que são indicadores sensíveis em saúde pública. Dentro desse contexto, se insere as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (BRASIL, 2006).

Atualmente, as DST são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde pública mais comum. Nos países em desenvolvimento, as DST estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde (BRASIL, 2006). Dentre essas doenças infecciosas, que devem ser investigadas nas gestantes, encontram-se a Sífilis e o HIV/AIDS.

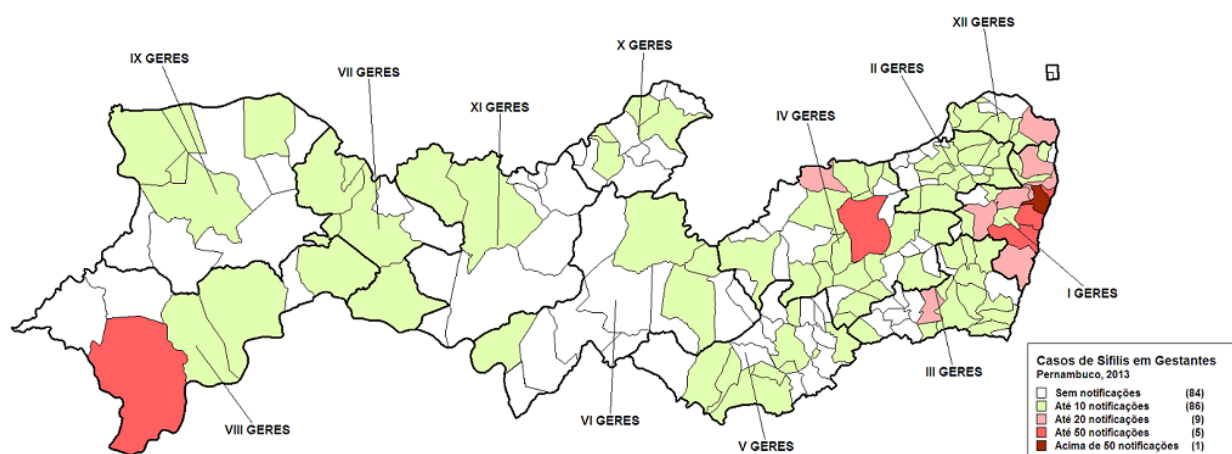
No Brasil, de acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (ano base 2010), foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) / Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), 608.230 casos de AIDS, acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) do sexo masculino e 210.538 (34,6%) do sexo feminino (BRASIL, 2010).

As taxas de Pernambuco são alarmantes para a Sífilis e AIDS. O número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL é de 47.100, sendo a cobertura de 16,11%

de gestantes com seis (06) consultas ou mais, conforme preconização pelo Ministério da Saúde, sendo que 16 municípios não cadastraram nenhuma gestante em 2013. A cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é de 86,97% e o Programa de Saúde da Família (PSF) é de 72,07%. O número de nascidos vivos em Pernambuco no ano de 2013, no período de Janeiro a Outubro é de 140.729 (SINASC, 2013).

A taxa de incidência de Sífilis Congênita (SC) foi de 5,4% e a mortalidade por SC foi de 8,5%. Foram notificados 764 casos de Sífilis Congênita e 564 casos de sífilis em gestantes, conforme Figura 1 e 2 abaixo. No estado de Pernambuco são 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) (ANEXO II), ocorrendo a maior incidência de Sífilis Congênita (Quadro 3) e detecção de sífilis em gestante na I e VIII GERES, respectivamente (Quadro 4) (BRASIL, 2014).

Ilustração 1. Distribuição dos casos de sífilis em gestantes, segundo município de residência. Pernambuco, 2013*



Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
Nota: *Notificações até março/2014

Figura 1: Distribuição dos casos de sífilis em gestantes, segundo município de residência. Pernambuco, 2013.

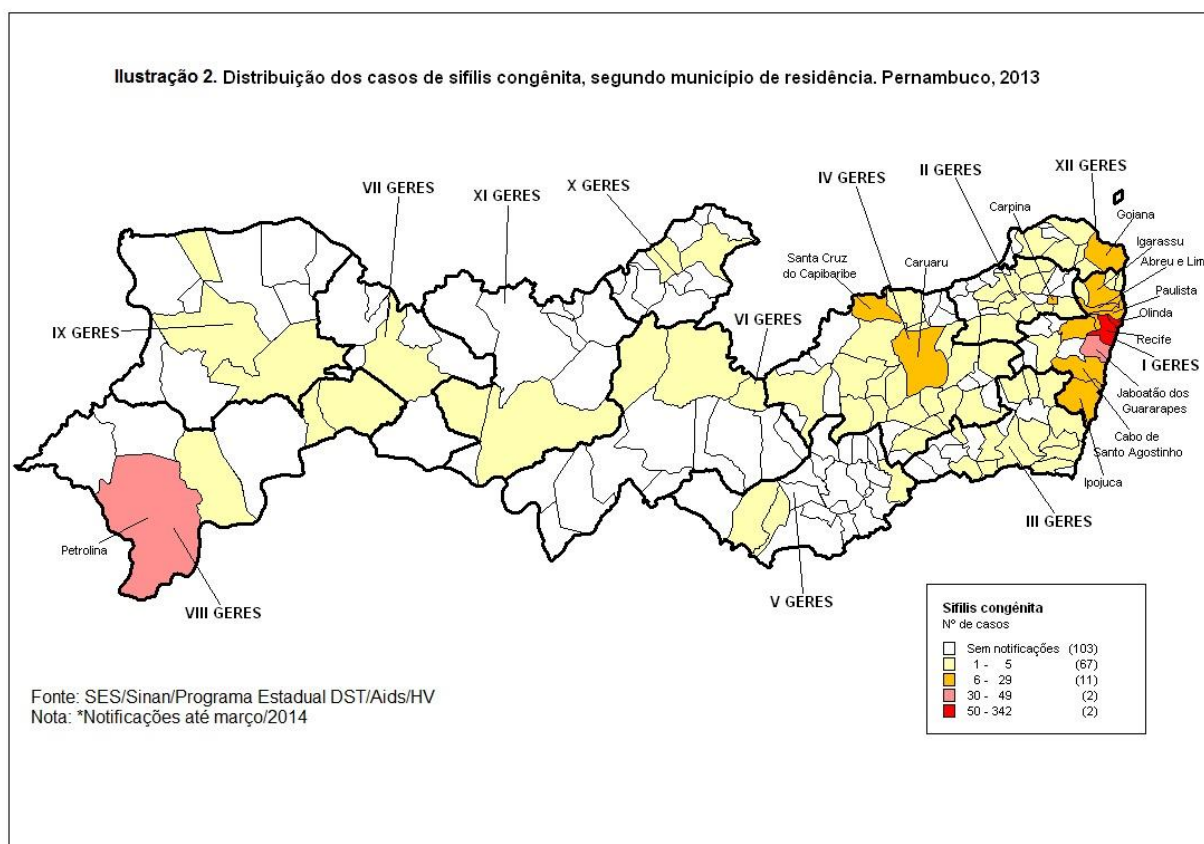


Figura 2: Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo município de residência. Pernambuco, 2013.

Segundo o Sinan da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no ano de 2012, 1.449 casos de AIDS foram notificados, apresentando assim uma taxa de incidência de 16,35 casos por 100.000 habitantes. No período de 2007 a 2012, 1.188 casos em média foram notificados (PERNAMBUCO, 2014).

Analisando-se a distribuição dos casos notificados de AIDS por sexo no referido ano de 2012, identifica-se que 874 são do sexo masculino e 575 do feminino. Com uma razão de 1,5 homens para cada mulher registrada no estado. Identifica-se ainda, uma taxa de incidência de 20,54 casos por 100.000 habitantes no sexo masculino e de 12,5 por 100.000 habitantes no sexo feminino (PERNAMBUCO, 2012).

A transmissão vertical do HIV apesar de possuir até 98% de chances de ser evitada segundo os manuais do Ministério da Saúde (MS) tem sido responsável desde o ano de 1995 até 2012 em Pernambuco pela totalidade de registros de casos de

aidsem indivíduos menores de 13 anos. No referido período de 2007 a 2012, 27 casos em média, foram notificados nessa faixa etária (PERNAMBUCO, 2012).

Ilustração 3. Distribuição do número de casos de gestantes HIV+ a partir da estimativa do Ministério da Saúde (MS) de 0,22% dos Nascidos Vivos (NV), segundo município de residência. Pernambuco, 2013*

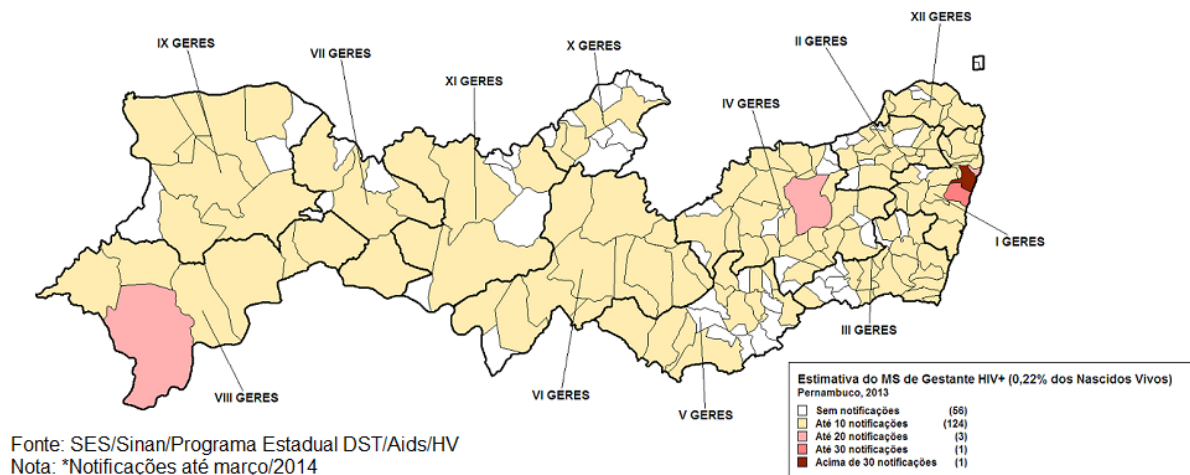


Figura 3: Distribuição do número de casos de gestantes HIV+ a partir da estimativa do Ministério da Saúde de 0,22% dos nascidos vivos, segundo município de residência. Pernambuco, 2013.

Desde 2000, a notificação de gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus tornou-se obrigatória no Brasil. Desta forma avalia-se as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2000).

Além disso, o preenchimento do cartão da gestante e da ficha de pré-natal deve ser realizado adequadamente (BRASIL, 1998) – Anexo I.

O controle da SC requer uma reflexão e reestruturação da assistência pré-natal, pois casos têm ocorrido em crianças cujas mães receberam assistência pré-natal com o número de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Vale salientar que o uso de preservativos de barreira seja masculino seja feminino continua sendo a medida de prevenção mais eficaz e mais importante para evitar a transmissão de DST e AIDS. Torna-se indispensável a realização de

campanhas de prevenção dirigidas às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2014).

Em virtude do número elevado de casos de Sífilis Congênita e HIV perinatal, desenvolvemos um folder educativo para lembrar os profissionais de saúde da importância de solicitar exames para rastreio dessas doenças e com ênfase na atenção à transmissão vertical de Sífilis e HIV. O folder será distribuído em locais de Atenção à Saúde da Mulher para sensibilizar os profissionais quanto à solicitação dos testes na primeira consulta de pré-natal e intervir junto a gestante e seu parceiro para o tratamento e acompanhamento adequado a fim de evitar a transmissão vertical de Sífilis e HIV para o concepto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal a ser realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis (06) consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma (01) no primeiro trimestre, duas (02) no segundo trimestre e três (03) no terceiro trimestre de gestação;
3. Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
4. Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
5. Exames laboratoriais:
 - ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
 - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - VDRL, um exame na primeira consulta e outro à 30ª semana de gestação;
 - Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - Testagem Anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
 - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se possível;
 - Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta se disponível;

6. Registro em prontuário e Cartão da Gestante (ANEXO I), inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de intervenção (BRASIL, 2012).

As doenças infecciosas durante a gravidez são relativamente frequentes, entre essas doenças encontra-se a Sífilis, sendo factível a transmissão materno-fetal, tornou-se uma doença de notificação compulsória desde julho de 2005 (ANEXO V). Assim, é um excelente indicador da atenção pré-natal e puerperal de qualidade na saúde materna e neonatal.

Em diversos países, inclusive aqueles que são notadamente desenvolvidos ainda há desconhecimento da situação epidemiológica de DST que se justifica pela subnotificação e pelo subregistro. Isto é importante de se considerar ao analisarmos que nem toda a população tem acesso aos serviços públicos – embora seja algo preconizado pelo SUS – e ainda existe desconhecimento frente às doenças desta categoria que se desenvolvem assintomaticamente. (PEELING, 2004).

O Estado de Pernambuco possui 27 CTAs (Centro de Testagem e Aconselhamento) onde é ofertada gratuitamente a testagem rápida para Sífilis, HIV, Hepatite B e C. Em caso de resultado positivo, a gestante é encaminhada para um dos 23 SAEs (Serviço de Assistência Especializada), onde a mesma é aconselhada, acompanhada e tratada para diminuir o risco de transmissão vertical (ANEXO III) (BRASIL, 2013).

A Sífilis é uma doença que é produzida por uma bactéria denominada ***Treponema pallidum***, de transmissão predominantemente sexual. Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central (BRASIL, 2006).

A Sífilis Congênita (SC) é resultante da disseminação hematogênica de ***Treponema pallidum*** da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação bem como em qualquer estágio da doença com percentuais de 50% a 100% de ocorrências da Sífilis Primária e Secundária, 40% na Sífilis Latente Precoce e 10%

na Sífilis Latente Tardia. Há grande probabilidade de transmissão direta através do canal do parto. Ocorrendo a inoculação da Sífilis Congênita, o Ministério da Saúde lançou o projeto de eliminação da SC, da qual sua meta seria reduzir drasticamente os casos para um (01) em cada mil (1000) nascidos vivos. Em média 40% das ocorrências de sífilis em gestantes podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal (BRASIL, 2006).

Apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus HIV e de ser factível de cura com tratamento simples e de baixo custo, a Sífilis não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle (BRASIL, 2007).

Para detecção da Sífilis na gestação, o Ministério da Saúde, recomenda o VDRL que é o teste sorológico de triagem para detecção da Sífilis na gestante e deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre da gestação. É considerado caso de Sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de Sífilis e/ou o exame de VDRL reativo, com qualquer titulação, realizado no pré-natal, ou no momento do parto ou na curetagem (BRASIL, 2006).

Após confirmação de DST, atentar-se para as infecções de notificação compulsória. A inclusão da Sífilis nesta lista justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com o tratamento inadequado (ARAÚJO, 2008). Além disso, a notificação nominal dá identidade aos casos de Sífilis na gestação, chama a atenção dos gestores e dos profissionais de saúde para o problema, confere-lhe mais visibilidade.

Os autores reafirmam a ocorrência de sífilis gestacional e HIV na gestação enquanto indicadores de assistência pré-natal em virtude de serem doenças totalmente passíveis de prevenção, diagnóstico e tratamento durante a gestação. Entretanto, a dificuldade de acesso ao serviço de pré-natal e exames laboratoriais torna mais difícil o diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento da gestante e do parceiro e o estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a gestante, o que aumenta a probabilidade de transmissão vertical da Sífilis e do HIV.

O tratamento da gestante para sífilis é considerado adequado quando realizado de forma completa, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

O tratamento da Sífilis na gestação é considerado inadequado quando:

- a) Realizado com qualquer outro medicamento que não fosse penicilina; ou
- b) Tratamento incompleto, mesmo tendo sido realizado com penicilina; ou
- c) Tratamento concluído com menos de 30 dias antes do parto; ou
- d) Ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- e) Ausência de queda dos títulos (Sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou
- f) Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente o quando não se tem a informação disponível sobre seu tratamento.

Questão da maior relevância é a de que nem todas as mulheres diagnosticadas são tratadas, aumentando, enormemente, os riscos para os conceptos. O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da Sífilis na gestação não diferem do período não gestacional.

Essa discussão também remete à necessidade de tratamento do parceiro. O Ministério da Saúde, com base nas orientações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), tem salientado a importância do tratamento rotineiro no pré-natal do parceiro nos casos de gestantes portadoras de Sífilis.

Mesmo ocorrendo o tratamento da gestante de forma adequada é extremamente importante o tratamento do parceiro. Caso isso não ocorra, a transmissão de Sífilis se perpetua na gestação atual ou em futuras gestações. As estratégias para tratamento dos parceiros incluem melhor acolhimento e flexibilização de horários de atendimento para abordagem e tratamento de homens com Sífilis nos Centros de Saúde.

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema

informatizado, SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita o acompanhamento de cada gestante.

De acordo com dados de estudos sentinelas, a infecção por HIV tem prevalência em gestantes de 0,6%. O diagnóstico durante a gestação, ou ainda no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho) (BRASIL, 2013).

Os testes para detecção de HIV e de Sífilis devem ser oferecidos na primeira consulta de pré-natal e repetidos próximo à 30ª semana gestacional (sempre que possível), a todas as gestantes (BRASIL, 2005).

A equipe de saúde é um importante vetor da informação à clientela sobre os riscos da transmissão vertical pela amamentação; sobre a contra-indicação do aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher); discutir a necessidade da testagem do parceiro e alertar a importância do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais; informar sobre a necessidade de acompanhamento periódico da criança em serviço especializado de pediatria para crianças expostas ao HIV e oferecer informações sobre onde poderá ser feito esse acompanhamento; continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições (BRASIL, 2005).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal. Esses princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. Eles estão sendo incorporados nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitorização e avaliação da OMS.

3 MÉTODO

Trata-se de uma intervenção na prática profissional. Para tal foi realizada uma revisão bibliográfica sobre: Sífilis Congênita, Sífilis na Gestação, Gestante com HIV, aconselhamento para o teste HIV e foram revisados os artigos sobre o tema em questão, os manuais, portarias e programas do Ministério da Saúde (Mapinfo, SINAN, SINASC, SIAB, SISPRENATAL) além de boletins epidemiológicos eletrônicos DST/AIDS - PE de Janeiro de 2014, com investigação do ano de 2013.

Foram realizadas visitas nos Centros de Testagem e Aconselhamento para reconhecer as necessidades dos serviços enquanto possibilidade de intervenção na prática em conversa com profissionais dos serviços. Verificou-se a importância de lembrar os profissionais de saúde, sobretudo médicos, quais exames solicitar – destacando as doenças discutidas acima.

Foi elaborado um folder educativo para distribuição para as 12 GERES do Estado e estas distribuirão para os municípios sob sua jurisdição às equipes de saúde que prestam assistência de pré-natal nas redes assistenciais municipais, estaduais e federais, pública ou privada do território estadual.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O folder educativo foi desenvolvido com base em discussões com colegas de trabalho, sendo que os mesmos reconheciam a importância da formulação do produto apresentado neste projeto de intervenção na prática.

Para tanto, leituras de materiais divulgados pelo Ministério da Saúde e artigos científicos na temática embasaram o preparo do material. Considerando o tema abordado neste trabalho foi priorizado o manual do Ministério da Saúde para elaboração do folder educativo, visto que o mesmo trata especificamente da assistência de pré-natal incluindo claramente os exames laboratoriais essenciais e é direcionado aos profissionais de saúde, além de ser uma obra atualizada e revisada periodicamente, o que permite que o folder acompanhe suas edições com o passar do tempo.

Abaixo a Figura 4 demonstra o produto final do folder elaborado como proposta de intervenção na prática:

Profissionais de saúde

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, é critério fundamental para o acompanhamento **pré-natal** a solicitação dos seguintes exames:

- ☑ Grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente);
- ☑ Urina tipo I;
- ☑ Hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- ☑ Glicemia de jejum;
- ☑ Sorologia para toxoplasmose, se disponível;
- ☑ Colpocitologia oncótica, quando indicada;
- ☑ **Sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível;**
- ☑ **Sorologia para sífilis (VDRL);**
- ☑ **Ofertar o Teste anti-Hiv.**

Por que solicitar exames?

Além do melhor acompanhamento de pré-natal, esses resultados guiarão as condutas do profissional de saúde no tratamento e notificação de possíveis acometimentos à saúde da gestante. Não se esqueçam dos exames de sífilis e HIV para evitar a transmissão vertical durante a gestação, aleitamento e parto!

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Figura 4: Folder educativo desenvolvido neste estudo para intervenção na prática

Os folders serão distribuídos durante as atividades educativas que forem realizadas com base neste tema, anexados nos postos de enfermagem e consultórios médicos – a depender dos locais que as unidades de saúde julgar estratégico. Acredita-se que com esta cobertura, estimularemos a reflexão acerca do tema e promoveremos oportunidade de lembrar os profissionais acerca da importância de todos os exames recomendados pelo MS e viabilizar que eles sejam solicitados em todo pré-natal realizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de consultas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, contrariamente, ocorre através do cumprimento de recomendações científicas de diagnóstico e tratamento; trata-se do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.L.A, SILVA, D.M.A, SILVA, R.M, GONÇALVES, M.L.C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. Ver. **APS**. 2008; 11 (1): 4-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 993, de 4 de setembro de 2000. **Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória de dá outras providências**. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – Manual técnico. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para controle de sífilis congênita** – manual de bolso. 2ª ed. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Curso básico de vigilância epidemiológica: Sífilis Congênita, Sífilis em gestantes, Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Expostas** – Série de Manuais nº 78. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso 8**. Ed Ver. Brasília: 2010. 444p: 11. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal – Normas e Manual Técnico. Brasília; 3.ª ed. Brasília; 1998.

PEELING. RW. Avoiding HIV and Dying of Syphilis **Lancet**. 2004; 364: 1561-1563.

PIRES, O.N, PIMENTEL, Z.N.S, SANTOS, M.V.S, SANTOS, W.A. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruará-Área Verde. **J. Bras Doenças Sex Transm**. 2007; 19 (3-4): 162-165.

SES/Sinan/Programa Estadual/AIDS/HIV, BRASIL: 2014.

ANEXO I- Cartão da Gestante

ANEXOS

ANTECEDENTES

GRÁVIDEZ ATUAL

PARTO

RECÉM-NASCIDO

SISTEMA DE REGISTRO

Ministério da Saúde

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduita
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBAg					
Touplasmose					
Combs. indireta					
Outros					

Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação

Sulfato ferroso						
Ácido fólico						
Ultra-sonografia						
Data	IC DUIM	IC USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Gráfico de curva da curva sensitividade gestacional

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____

Cadastro no SIS - gestante: _____

Agendamento

Nome do profissional: _____

Data: _____

Hospital/Instituição de referência: _____

Ministério da Saúde